

К ВОПРОСУ О РЕФОРМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: СТИЛЬ, СУТЬ И АЛЬТЕРНАТИВА

Гонтмахер Е. Ш., д. э. н., заместитель директора Института мировой экономики и международных отношений РАН

В статье анализируется проект закона «Об обязательном медицинском страховании», принятый в первом чтении. Произведя несложные вычисления на базе общедоступных данных Росстата, автор указывает на явные противоречия между заявленной Минздравсоцразвития схемой финансирования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и прогнозом социально-экономического развития страны, утвержденным Правительством РФ. Далее автор останавливается на отдельных положениях предстоящей реформы, таких как возможность для пациента выбора врача и медицинского учреждения, включение в систему ОМС скорой и высокотехнологичной медицинской помощи, оказание помощи отдельным группам незастрахованных лиц и т. д. В заключение приводятся основные принципы, которые, по мнению автора, должны лечь в основу развития здравоохранения в России, а также возможная последовательность шагов по реализации этих принципов.

Грядущую реформу обязательного медицинского страхования (ОМС) всерьез обсуждать бессмысленно. Подготовленный в недрах Минздравсоцразвития проект соответствующего закона появился на сайте этого министерства в конце мая 2010 г., вроде бы для публичного обсуждения, но всего лишь через несколько дней он, минуя согласование в правительстве, был внесен в Государственную Думу группой депутатов от «Единой России», а в июле уже был принят в первом чтении¹.

Вот такая головокружительная скорость прохождения документа, касающегося буквально каждого гражданина России, притом что эксперты, страховщики, представители медицинского сообщества, организации, защищающие права пациентов, просто-напросто проигнорированы.

Увы, в который раз Государственную Думу, а точнее, обладающую там большинством «Единую Россию» используют в качестве примитивной машины для голосования. Помнится, попытка монетизировать льготы именно таким образом привела к массовым протестным выступлениям, которые удалось остановить только обильными денежными вливаниями. Продавленные в прошлом году изменения в пенсионной системе, подрывающие перспективы безбедной старости работников молодого и среднего возраста, были заретушированы единовременным повышением нынешних пенсий (так называемой валоризацией). Казалось бы, шаг вперед в стилистике социального реформа-

¹ В ноябре 2010 г. после поправок, не меняющих основной смысл этого документа, он был принят Государственной Думой во втором и третьем чтениях

торства правительства. Но совсем недавняя социальная новация, ставшая законом, касающаяся изменения принципов работы бюджетных организаций, снова продемонстрировала старый метод проламывания несмотря ни на что. Однако в случае с реформой ОМС, кажется, побиты все рекорды пренебрежения к процедурам (на которых, как известно, и держится демократия).

А теперь хотелось бы остановиться собственно на сути предлагаемой реформы.

Прежде всего нужно отметить, что реформа и не предлагается. Речь идет о косметическом ремонте системы ОМС, которая функционирует сейчас. А она, как известно, с самых высоких трибун была названа — и совершенно справедливо — неэффективной.

Почему я делаю вывод об отсутствии реформы? Корневой вопрос — финансовая обеспеченность системы ОМС. Любопытные цифры содержатся в финансово-экономическом обосновании к законопроекту (табл. 1).

При анализе этих цифр возникают два основных вопроса.

1. За счет чего взносы работодателей в 2013 г. возрастут чуть ли не в 2 раза по сравнению с 2012 г.?

В 2008 г. (пока самые свежие данные Росстата) в систему ОМС поступило 252,3 млрд руб. страховых взносов. Это 1,3% от выплаченной в этом же году заработной платы (19,55 трлн руб.). С 1 января 2011 г. тариф возрастает в 1,65 раза, т.е. при том же, что и в 2008 г., объеме зарплаты в ОМС должно поступить почти 420 млрд руб., но не 712 млрд, как считает Минздравсоцразвития. Но может быть в 2013 г. по сравнению с 2008 г. существенно увеличится оплата труда в стране? Несложно подсчитать, что недостающие 298 млрд руб. поступят, если общий объем зарплат в 2013 г. составит 33,2 трлн руб., или примерно 40 тыс. руб. в месяц в расчете на одного занятого. Хочу напомнить, что, по самым свежим данным Росстата (июль 2010 г.), средняя начисленная зарплата в России составила 21 360 руб. Выходит, что Минздравсоцразвития планирует всего лишь за три ближайших года почти двукратный рост оплаты труда? Но правительство в прогнозе социально-экономического развития страны недавно утвердило ожидаемый размер средней номинальной зарплаты в 2013 г. на уровне 26 380 руб. в месяц. Так откуда же возьмутся планируемые

Таблица 1. Финансовое наполнение системы обязательного медицинского страхования, млрд руб.

Показатель	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Страховые взносы работодателей	315,0	361,0	712,0
Страховые взносы на неработающее население	224,7	239,3	254,9
Передача средств из бюджетов на содержание учреждений здравоохранения	173,0	190,7	229,0
Передача средств из бюджетов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи	—	—	76,9
Средства на повышение уровня обеспеченности стандартов предоставления медицинской помощи в связи с осуществлением программ модернизации	37,6	37,6	—
Недостаток средств системы обязательного медицинского страхования по сравнению с установленным федеральным нормативом (4059,6 руб. на человека в год)*	90,3	29,7	—
ИТОГО	840,6	858,3	1272,8

Примечание: * — этот дефицит, видимо, будет покрываться из федерального бюджета.
Источник: по данным Минздравсоцразвития.

на этот год 712 млрд руб. страховых взносов работодателей? В данной ситуации я больше доверяю правительству, чем Минздравсоцразвития.

2. Даже если допустить, что в систему ОМС в 2013 г. действительно поступит почти 1,3 трлн руб. и это составит, как заявляют представители Минздравсоцразвития, 75% от общих расходов на здравоохранение, то хватит ли этих средств для полноценного удовлетворения потребности нашего населения в медицинских услугах?

Снова посчитаем: 1,7 трлн руб. — это, пользуясь официальным прогнозом правительства, не более 3,8% ВВП. В экономически самый благоприятный год — 2007 г. — государственные расходы на эти цели составили 3,4% ВВП. Казалось бы, прогресс. Но есть несколько оговорок.

Во-первых, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) минимально допустимый уровень государственных расходов на здравоохранение — 7% ВВП.

Во-вторых, ВВП в расчете на душу населения России по паритету покупательной способности более чем в 2,2 раза уступает соответствующему показателю по ОЭСР. Поэтому наше отставание от развитых странах по государственному (бюджет + ОМС) финансированию здравоохранения не двойное, а более чем 4-кратное.

В-третьих, самое главное. Есть такой показатель DALY (сокращение от «Disability-adjusted life year»), используемый Всемирной организацией здравоохранения. Он состоит из суммы потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, и измеряет «бремя болезней» для человека, а соответственно, и для общества. Один DALY эквивалентен потере одного года здоровой жизни. В России показатель общего бремени болезней в 2007 г. составил 210 лет на 1 тыс. человек в соответствии с Международным классификатором болезней, в то время как во Франции этот показатель составляет 137 лет, в Германии — 100 лет. Наибольшее бремя болезней (64%) в России приходится на 24 заболевания, в целом потери от этих недугов составляют 135 лет на 1 тыс. человек. В Германии этот показатель в 2,5 раза меньше, чем в России, и составляет 53 года, а во Франции в 1,6 раза меньше — 84 года. Эти сопоставления говорят о том, что здоровью российской нации нужны не косметические примочки, а глубокое и интенсивное лечение, которое невозможно, как бы мы ни старались внедрить самые современные экономические механизмы в предоставлении медицинских услуг, без быстрого и радикального увеличения *государственного* финансирования на эти цели. А это предлагаемой «реформой» никак не предполагается.

А теперь остановимся на некоторых деталях предстоящей реформы.

1. Представленная в виде основных новаций для застрахованных лиц возможность выбора врача и медицинского учреждения на самом деле присутствует в российском законодательстве почти 20 лет (статья 6 Закона от 28 июня 1991 г. № 1499–1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»). Более того, законопроектом, принятым в первом чтении, эти права существенно ущемляются.

Статьей 11 законопроекта дается право на «выбор медицинской организации *из участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования*» и «выбор врача *с учетом его согласия*, оказывающего медицинскую помощь в медицинской организации, осуществляющей свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования». Тем самым, во-первых, *нельзя обратиться за медицинской помощью в другой субъект*

Российской Федерации, и, во-вторых, выбранный врач *вправе отказать без всякого обоснования* в обслуживании пациенту, у которого есть полис ОМС.

Разберем ситуацию с возможностью выбора врача более подробно. Очевидно, что пациент будет стремиться сделать свой выбор на основании высокой оценки качества работы врача. Однако эта оценка будет формироваться в результате случайных обстоятельств (мнение родственников, знакомых и т. п.), что зачастую не соответствует действительности. Поэтому *в законопроекте должны были быть прописаны официальные процедуры оценки качества работы каждого врача* с предъявлением этих параметров, например, в Интернете и местных СМИ.

Но, допустим, такие объективные оценки стали доступными. Это значит, что к лучшим врачам выстроится очередь желающих получить помощь, в которой большинству из них будет наверняка отказано хотя бы из-за ограниченности времени приема. Тут появляется явная коррупциогенная зона, когда люди будут стремиться получить услуги этого специалиста при помощи взяток, звонков «сверху» и т. п.

С другой стороны, возникает проблема «плохих» врачей, которые в рейтингах получили низкую оценку. В условиях существования системы, когда деньги идут за пациентом, это означает, что значительная часть российских медицинских учреждений (особенно в крупных городах) фактически окажется без финансирования.

2. В законопроекте отсутствуют принципиальные положения, на базе которых можно добиться *баланса интересов всех участников ОМС*:

- страхователь (работодатель) лишен каких-либо прав, кроме получения от страховщика (Фонда ОМС) информации о его регистрации и уплате страховых взносов (п. 1 ст. 13 законопроекта). Не предусмотрена какая-либо дифференциация размера страховых взносов для тех работодателей, которые проявляют заботу о здоровье своих застрахованных работников (покупают полисы дополнительного медицинского страхования, улучшают условия труда и т. п.), что объективно ведет к увеличению затрат системы ОМС на лечение застрахованных работников;
- лечебные учреждения становятся заинтересованными в плохом состоянии здоровья застрахованных как источнике доходов, что противоречит необходимости приоритетного финансирования профилактической медицины;
- законопроект не позволяет гарантировать населению своевременность, доступность, преемственность и качество медицинской помощи, поскольку освобождает страховщика (Фонд ОМС) от функции организации такой помощи (ст. 8, 29 и 30). Вмешательство страховщика предусмотрено лишь в случае жалоб застрахованных (т. е. когда их здоровью уже нанесен вред) или ретроспективно — «по окончании случая». Тем самым предполагается, что сложная технологическая цепь современной медицинской помощи будет выстраиваться сама собой в рамках хаотических и бессистемных обращений застрахованных и их «свободных» отношений с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).

3. Законопроект не предусматривает использования доказавших свою эффективность и проверенных временем страховых инструментов управления рисками:

- организация медицинской помощи страховщиком для ее оптимизации по доступности, качеству и стоимости (*см. выше*);

- приоритет финансирования профилактики, раннего выявления и своевременного лечения болезней (см. выше);
- разделение медицинской помощи на плановую и внеплановую.

В результате *возникает опасность хронического дефицита бюджета ОМС, необходимость дотаций и постоянный необоснованный рост тарифов и расходов* (яркий пример — система страховой медицины в США, в которых при 17% ВВП, идущих на медицинскую помощь, показатели здоровья населения — лишь 35-е в мире).

4. Законопроект не предусматривает возмещение расходов на оказание застрахованным лицам экстренной медицинской помощи тем ЛПУ, которые в силу конкретных причин не участвуют в системе ОМС. Особенно это относится к части ведомственных или частных медицинских учреждений.

5. *Возникают проблемы и в связи с предлагаемым включением в систему ОМС скорой и высокотехнологичной медицинской помощи.*

Включение скорой медицинской помощи в одноканальное финансирование через систему ОМС — это не только экономическая, но и серьезная правовая проблема. Существует разница между медицинской помощью и медицинской услугой. Медицинская услуга — это термин гражданско-правового института. Может ли наступать уголовная ответственность за неоказание медицинской услуги? Нет, не может. Но государство не может позволить себе институт страхования, который является гражданско-правовым, полностью распространить на всю сферу медицинской помощи, потому что существуют требования готовности определенных служб, медицинских организаций, когда медицинская помощь должна быть оказана вне гражданско-правовых отношений, именно как такое бюджетное поручительство. Например, во время катастрофы, чрезвычайного происшествия (в результате ДТП) невозможно требовать у пострадавших полис ОМС, оставляя их из-за его отсутствия без медицинской помощи. Поэтому для введения скорой помощи в систему ОМС нужны очень серьезные проработки, которые, возможно, потребуют подготовки специального закона.

А вот проблема с включением в систему ОМС высокотехнологической медицинской помощи — чисто финансовая. В финансово-экономическом обосновании к законопроекту этот вопрос не проработан.

6. В законопроекте *остаётся нерешенной проблема оказания медицинской помощи значительным группам незастрахованных лиц*. Это, в частности, военнослужащие и иностранцы, находящиеся на нашей территории (в частности, трудовые мигранты). Это серьезное нарушение принципа обязательности социального (в том числе и медицинского) страхования.

7. Законопроектом (ст. 11) вводится понятие *обязанностей застрахованных², что, во-первых, может быть сделано только путем внесения поправок в Конституцию Российской Федерации* и, во-вторых, предполагает ответственность за неисполнение этих обязанностей, о чем законопроект умалчивает.

² 1) получить страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования;
 2) предоставлять информацию о страховом медицинском полисе обязательного медицинского страхования при обращении за медицинской помощью;
 3) подавать заявление о выборе страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию лично, через законного представителя или страхователя по форме, установленной в инструкции по ведению страхового медицинского полиса обязательного медицинского страхования, утверждаемой уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;
 4) уведомлять страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

8. В ст. 28 законопроекта упоминается, что Фонд ОМС «участвует в разработке программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в части обязательного медицинского страхования». Это противоречит намерению перейти к одноканальному финансированию медицинской помощи через систему ОМС, что предполагает существование только одного из вышеназванных документов.

Но может быть ситуация в здравоохранении не требует каких-либо концептуальных решений? По опросу, проведенному Российской медицинской ассоциацией среди 80 тыс. врачей, оценка состояния здравоохранения Российской Федерации следующая: 93% — переживает кризис, 89% — нужна реформа здравоохранения.

Есть только два базовых варианта построения системы здравоохранения:

- бюджетная медицина (кстати, успешно функционирующая в целом ряде развитых стран например в Канаде, Великобритании);
- обязательное всеобщее медицинское страхование (Германия, Франция, а теперь и США).

В первом случае медицинские услуги предоставляются за счет налогов общего покрытия (нет целевых платежей). Во втором взимаются страховые взносы. И то и другое дает искомые суммы по простой причине: все вышеназванные страны — экономические развитые, одним из их признаков являются высокие зарплаты, которые позволяют либо через налоги, либо через страховые взносы собирать приличные деньги на социальные расходы.

В России же ситуация немного другая:

- средняя зарплата в несколько раз ниже, чем в развитых странах;
- большая часть занятых получает совсем не большую оплату за свой труд — 10–15 тыс. руб. в месяц;
- 30% зарплат находится в «тени», т. е. с них не платятся ни налоги, ни страховые взносы.

Причины просты:

- архаичная структура экономики, когда, только имея отношение к добыче нефти и газа или работая в банковском секторе, можно получать сколько-нибудь приличные деньги. Ведь неслучайно российский средний класс — это в лучшем случае не более 20% населения;
- высокая степень недоверия к государству, в том числе к его способности честно тратить общественные деньги.

Поэтому, имея экономику вчерашнего дня и неэффективное государство, мы пытаемся осуществить столь сложный проект, как ОМС. Естественно, что главную задачу — поправить здоровье людей — он в принципе решить не может. Даже если мы будем иметь право, как предлагается в законопроекте, предъявлять свой страховой полис в любой точке страны, попытаться выбрать страховую компанию и врача и находиться в федеральной базе данных с нашей историей болезни, все равно возможности ОМС будут ограничены теми незначительными суммами, которые удастся собрать в виде страховых взносов, и незначительными дотациями бюджетов.

Так что же делать? Какие основные принципы должны быть положены в основу развития здравоохранения? Их всего восемь³:

³ Они сформулированы председателем Комитета политики здравоохранения Российской медицинской ассоциации профессором Ю. М. Комаровым.

1. В соответствии с Конституцией РФ медицинская помощь для пациентов (кроме частных клиник) должна быть бесплатной, поскольку граждане для этого выплачивают налоги. А в нынешних условиях и в случае принятия нового закона об ОМС получается, что одна и та же услуга может быть оплачена трижды: из налогов, страховых взносов и из кармана пациентов. Возникает следующий парадокс: несмотря на рост бюджетных расходов и продолжающееся увеличение объемов внебюджетных средств за счет интенсивного роста «формальных» платных услуг граждан, доступность и качество медицинской помощи непрерывно снижаются, что говорит о серьезных и глубинных проблемах, зависящих не только от размеров финансирования.
2. Значительный акцент в организации и ресурсах должен быть сделан на предупреждении и возможно раннем выявлении заболеваний (а не на высокотехнологичной помощи), когда они поддаются эффективному лечению и не приводят к хронизации и утяжелению патологии. Во всем мире стараются не запускать заболевания с тем, чтобы затем не появлялась потребность в дорогостоящем лечении в центрах высоких медицинских технологий. Исходя из этого большая часть средств здравоохранения должна быть направлена на реализацию данного принципа, а в первичном звене должно быть сосредоточено не менее 50% всех врачей, ибо от того, как сработает первичное звено, полностью зависит эффективность всех остальных уровней медицинской помощи.
3. Преимущественное развитие должно получить сестринское дело, ибо медицинские сестры должны осуществлять весь объем повседневной работы (профилактические осмотры, первичный доврачебный прием пациентов, вызовы на дом, выполнение ряда медицинских манипуляций, реабилитация и медицинское выхаживание, осуществление административных функций и т. п.).
4. Введение системы отбора для будущих врачей, существенные изменения в характере их подготовки, кардинальное изменение системы лицензирования и аккредитации.
5. Особое внимание должно быть обращено на качество медицинской помощи, применение только доказанных и обоснованных медицинских технологий и стандартов ИСО серии 9000, развитие систем обеспечения качества и управления им, а также оценки качества путем сопоставления индикаторов результатов с соответствующими стандартами.
6. Необходимо прекратить превращение здравоохранения как социальной системы в рыночную отрасль со всеми атрибутами рынка (конкуренция, выгода, выбор, торг, товар, цена, прибыль, оплата за услугу и т. д.), медицинские учреждения приравнивать к торговым точкам, а взаимоотношения «пациент–врач» не превращать в отношения поставщика и потребителя, забывая о том, что пациентам оказывается медицинская помощь, а не медицинская услуга.
7. Развитие всех служб здравоохранения должно базироваться на обоснованно выделенных приоритетах, т. е. быть направлено на решение тех проблем, от которых общество несет наибольшие потери. В связи со сложившейся демографической ситуацией и с необходимостью восполнения населения здоровыми поколениями самый высокий приоритет как с медицинских, так и экономических позиций должен принадлежать службе материнства и детства.

8. Необходимо рассматривать здравоохранение как систему, а не набор отдельных, не связанных между собой медицинских учреждений. Театры и кинотеатры могут существовать автономно, независимо друг от друга, но медицинские учреждения могут работать только в системе, поскольку ни одно из них не может в полном объеме оказать все виды медицинской помощи.

Предлагается следующая последовательность шагов по реализации этих принципов:

- разработка системы медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи;
- на этой базе расчет реальной потребности российского общества в услугах здравоохранения;
- вывод о том, что в стране остро не хватает современного медицинского оборудования и квалифицированных кадров;
- ликвидация системы ОМС как не оправдавшей себя в условиях нынешней России с передачей соответствующего страхового взноса на цели балансировки пенсионной системы;
- разработка не концепции или стратегии развития здравоохранения (в нашем узком понимании), а программы укрепления и развития здоровья нации, как это было сделано в ряде развитых стран. Эти программы носили не отраслевой, а общенациональный характер с участием многих министерств и ведомств. Тому примером могут служить 10-летние американские программы (Health promotion. Disease prevention. Objectives for the Nation, 1980–1990: Healthy people, 1990–2000: Healthy people, 2000–2010), программы Великобритании (до 2010), Нидерландов и других стран. Это принципиально иной и абсолютно правильный подход к улучшению здоровья, не сводящий решение всех проблем здоровья только к мероприятиям медицинского характера;
- в рамках бюджетного финансирования формирование долгосрочной целевой программы по укреплению инфраструктуры системы здравоохранения;
- по мере реализации долгосрочной целевой программы увеличение степени реализации медико-экономических стандартов, причем делать это нужно публично, после широкого обсуждения;
- преобразование нынешних территориальных фондов ОМС в информационные центры, которые ведут федеральный реестр как индивидуальных историй болезни, так и персонифицированных расходов по потреблению услуг бесплатного здравоохранения;
- принятие комплекса стимулирующих мер по развитию дополнительного (добровольного) медицинского страхования (прежде всего льготное налогообложение и страховщиков, и потребителей услуг);
- стимулирование создания саморегулируемых медицинских организаций, как врачей, так и пациентов, с передачей им значительной части государственных полномочий по аттестации медицинских кадров и контролю качества оказанных услуг.