Недавно МОО «Российская диабетическая ассоциация» (РДА М. Богомолова) заключила договор о сотрудничестве с Межрегиональным Союзом Медицинских Страховщиков (МСМС – Лого «Зеленого креста» расположено на сайтах РДА). В газете «Ведомости» в последние дни развернулась дискуссия о моделях развития российского здравоохранения. Редакция Российской Диабетической Газеты (РДГ) считает, что не только экономисты, но и врачи и пациенты имеют право быть информированы об обсуждаемой проблеме…

Следует ли бояться страхования здоровья?

Экономист Сергей Шишкин о том, насколько справедлива критика существующей системы медстрахования.

За 2000–2013 гг. значительно сократилась доля пациентов, отказывающихся от медицинских услуг из-за отсутствия денежных средств

Д. Абрамов / Ведомости

Возобновился спор об организации и финансировании здравоохранения в России. В одной публикации (Андрей Рагозин, «Почему увольняют врачей» , «Ведомости» от 8.07.2015) ОМС обвиняется в экономически необоснованных тарифах оплаты медицинской помощи и в ухудшении ее доступности. Существующую модель ОМС предлагается упростить: страховые взносы заменить налоговыми поступлениями, страховые медицинские организации убрать как ненужных посредников между фондами ОМС и медицинскими организациями.

В другой публикации (Владимир Назаров, Наталья Сисигина, «Воскрешение динозавра» , «Ведомости» от 13.07.2015) утверждается, что в России страховая модель здравоохранения до сих пор не создана и мы по-прежнему имеем дело с советской моделью здравоохранения. Другими словами, поскольку модель у нас не страховая, то и нельзя делать виновным медицинское страхование в проблемах нашего здравоохранения.

Коллеги перегнули палку. Утверждение, что мы имеем дело с советской моделью, явная натяжка. То, что мы называем ОМС, представляет собой систему финансирования, заметно отличающуюся от того, что было в советское время. Так виновна ли эта система в тех грехах, о которых пишет Рагозин?

Начнем с доступности медицинской помощи. И в статье Рагозина, и в ряде других публикаций в СМИ в качестве аргумента о ее снижении приводятся впечатляющие данные Росстата о сокращении общего числа медицинских учреждений в стране. При этом авторы либо не знают, либо лукаво умалчивают, что Росстат учитывает самостоятельные учреждения и не учитывает происходившую в значительных масштабах реорганизацию мелких амбулаторий и больниц в структурные подразделения более крупных медицинских учреждений.

Утверждения о снижении доступности медицинской помощи обычно сопровождают еще и указанием на рост объема платных медицинских услуг. Да, он имеет место. Но это отнюдь не свидетельствует однозначно об ухудшении доступности медицинской помощи. Сравнение результатов эконометрического анализа факторов, влияющих на частоту практик оплаты медицинской помощи, проведенного по данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ) НИУ ВШЭ в 2004 и 2011 гг., свидетельствует, что в этот период большее значение приобрел фактор состояния здоровья и мало значимы стали размеры государственного финансирования здравоохранения в регионах. Основные причины оплаты населением медицинской помощи кроются теперь уже не в недостатке государственных средств, для того чтобы граждане могли получить медицинскую помощь бесплатно, а в желании получить услуги более высокого качества. При этом данные РМЭЗ показывают, что за период 2000–2013 гг. значительно сократилась доля пациентов, отказывающихся от получения необходимых медицинских услуг в силу отсутствия денежных средств. Так, в 2000 г. доля таких домохозяйств – «отказников» от амбулаторной помощи составляла 6,7%, а в 2013 г. была уже вдвое меньше: 3,4%. Как видим, говорить о снижении доступности медицинской помощи в предыдущее десятилетие нельзя.

А можно ли упрекать ОМС за то, что установленные тарифы на оплату медицинских услуг являются экономически необоснованными, не покрывают расходов на их оказание? Да, эти тарифы не соответствуют ожиданиям медиков. Но давайте смотреть правде в глаза: размеры тарифов зависят от объемов государственного финансирования здравоохранения, а они у нас составляют всего 3,6% ВВП по сравнению с 7,3% в европейских странах. Вследствие экономического кризиса и сокращения бюджетных доходов расходы государства на здравоохранение уменьшились

в 2014 г. на 1,2% в реальном (с учетом инфляции) выражении, а в 2015 г. уменьшатся еще на 10,2%. Неужели критики ОМС всерьез полагают, что если бы модель страхования была проще, ближе к бюджетной, то и деньги бы появились, и тарифы на оплату медицинских услуг выросли бы?

Всего несколько лет назад, в 2010 г., был принят новый закон «Об обязательном медицинском страховании», который значительно модернизировал нашу систему ОМС. Тогда много спорили о том, нужно ли вообще сохранять ОМС, должна ли у нас быть модель «единого плательщика» или модель со многими страховыми медицинскими организациями, выполняющими функции плательщиков. Взвесив все «за» и «против», правительство и Федеральное собрание приняли решение систему ОМС и страховые организации в ней оставить, но внести такие изменения в эту систему, которые существенно улучшат ее работу. Это установление федеральным законом твердого размера страховых взносов за неработающих граждан из региональных бюджетов, это новые правила выравнивания финансовой обеспеченности территориальных фондов ОМС, это новые правила работы страховых медицинских организаций, это новые способы финансирования медицинских организаций, увязывающие деньги с результатами их работы. В течение 2011–2014 гг. такая модернизация системы ОМС произошла, и с нынешнего, 2015 года новая модель ОМС внедрена полностью. Появились ли основания для ее нового пересмотра?

Нужно отметить, что проведенные в системе ОМС изменения оказались результативными. Обеспечено выравнивание имевших место различий в размерах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в разных регионах. Если в 2010 г., до введения в действие нового закона, размеры доходов территориальных фондов ОМС в расчете на одного жителя различались в 4,2 раза, то в 2014 г. этот размах был уменьшен до 1,9 раза, а если рассматривать финансовое обеспечение базовой программы ОМС, то территориальных различий здесь больше нет.

ОМС уменьшило барьеры, существовавшие ранее для получения медицинской помощи гражданами за пределами мест своего постоянного проживания. Сейчас полис ОМС, выданный в любом регионе, дает право его владельцу на получение бесплатной медицинской помощи на всей территории страны.

ОМС изменило порядок финансирования медицинских организаций. Недовольство этим можно часто услышать от представителей медицинского сообщества. До введения ОМС все больницы и поликлиники финансировались из бюджетов по смете. Результаты их работы, качество оказываемой медицинской помощи на размеры финансирования не

влияли. А влияли размеры учреждения, его статус, умение главврача наладить отношения с начальством и т. п. Средства ОМС стали платиться за конкретные результаты – за посещения врачей, за пролеченных больных с учетом сложности заболеваний и т. п. И очень важно, что страховщики стали контролировать, действительно ли застрахованным были оказаны объемы помощи, предъявляемые к оплате, и соответствует ли их качество установленным стандартам. Это вызывает сильное недовольство медиков, которые упрекают страховщиков в некомпетентном контроле за их деятельностью. Можно понять мотивы медиков, которым такой порядок не нравится и которые ратуют за отмену ОМС. Понять можно, но вряд ли можно принять. Если разорвать связь между финансированием и оценкой результатов работы, если не контролировать реальные объемы и качество оплачиваемых медицинских услуг, то никаких денег у государства на оказание результативной медицинской помощи и обеспечение улучшения показателей здоровья населения не хватит.

Недовольство медиков системой ОМС усилилось после состоявшегося в этом году полного перехода к так называемому одноканальному финансированию медицинских организаций. Раньше больницы и поликлиники получали государственные средства на свою работу из двух основных источников: часть – из системы ОМС и часть – из бюджета (местного, регионального или федерального – в зависимости от уровня подчиненности учреждения). При этом схожие учреждения примерно с одинаковыми объемами, структурой и качеством оказываемой медицинской помощи могли получать очень разные по размеру государственные средства.

Теперь расходы на оказание медицинской помощи – за исключением отдельных ее видов, так называемых высокотехнологичных (ангиопластика и стентирование артерий, трансплантация органов и др.) и социально значимых (лечение больных туберкулезом, ВИЧ – СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника: средств ОМС. Одноканальное финансирование позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объемами и сложностью оказываемой ими медицинской помощи и достигаемыми результатами, т. е. расходовать государственные средства эффективно. Переход от прежней схемы финансирования к новой, да еще и в условиях сокращения общих размеров государственного финансирования здравоохранения, привел к тому, что некоторые учреждения, получавшие ранее основную часть средств из бюджета, поначалу оказались в тяжелом финансовом положении. Средства, которые они стали получать из системы ОМС, оказались меньше, чем до перехода к одноканальному финансированию. Отчасти это произошло из-за общего сокращения размеров государственного финансирования здравоохранения, но в глазах медиков виноватой оказалась реформа ОМС. Однако отчасти проблемы возникли из-за недостатков в планировании, из-за того, что не был предусмотрен переходный период от старых правил к новым. Возникшие временные перекосы исправляются. И уж они никак не могут служить серьезным основанием для пересмотра всей модели ОМС.

Существующую систему ОМС обвиняют еще и в том, что она построена и сохраняет ориентацию на «конкурентную рисковую модель», которая совсем не адекватна условиям нашей страны. Да, действительно, рынок медицинских услуг в России имеет место в мегаполисах и больших городах, а в средних и малых городах и в сельской местности возможностей выбора медицинских учреждений у жителей нет. Но это не может служить основанием для отказа развивать конкуренцию между медицинскими организациями там, где она возможна и имеет место. Не будем забывать, что в мегаполисах и больших городах (с числом жителей более 500 000) живет треть населения страны. Да и жители других населенных пунктов значительную часть специализированной медицинской помощи получают в крупных городах. И наличие в них конкурирующих медицинских организаций будет способствовать повышению качества услуг, оказываемых всем гражданам. Так, данные опроса населения, проведенного «Левада-центром» в октябре 2014 г., показали наличие следующей зависимости: чем больше доля ответов пациентов об отсутствии альтернатив получению медицинской помощи в медицинской организации, где они лечились, тем меньше доля пациентов, удовлетворенных результатами получения медицинской помощи в этой организации.

Особый вопрос – о роли страховых медицинских организаций в ОМС. Да, при создании ОМС доминировало представление о том, что конкуренция между страховщиками за привлечение застрахованных обеспечит лучшую защиту их прав на получение медицинской помощи и будет содействовать эффективному расходованию страховых средств, поскольку страховщики будут экономически заинтересованы в том, чтобы пациентам было обеспечено необходимое результативное лечение и чтобы при этом не было приписок, ненужных процедур и т. п. Но с самого начала правила ОМС были составлены таким образом, что экономической заинтересованности страховщика в эффективной организации медицинской помощи возникнуть не могло. Страховые медицинские организации были поставлены в позицию посредников в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями. При этом они выполняют ряд полезных функций: ведут учет застрахованных и оказываемой им помощи, проверяют достоверность ее объемов, указываемых в финансовых счетах, проводят экспертизу ее качества, защищают права застрахованных в суде. Но роль страховых медицинских организаций в ОМС могла бы быть более результативной. Стоит ли исключить их из ОМС? С экономической точки зрения это особой экономии не даст. Территориальным фондам ОМС придется взять на себя выполнение всех функций страховщиков, а это неизбежно повлечет увеличение штатов. Временная экономия на расходах на ведение дела страховых медицинских организаций будет съедена неизбежным в этом случае ростом затрат на содержание аппарата фондов. Лучше попытаться изменить условия работы страховых компаний в ОМС так, чтобы они были заинтересованы в повышении эффективности использования средств ОМС и могли продемонстрировать получаемые результаты. Добиться этого, как оказалось, задача очень сложная, но решаемая. В новой системе ОМС предусмотрены механизмы экономического стимулирования страховщиков за более эффективную

деятельность. Пока они еще работают плохо. Нужно их отлаживать и поэтапно развивать.

Рассмотрим последний аргумент критиков существующей модели ОМС: если источником финансирования будут служить не страховые взносы работодателей, а налоги, то это позволит лучше обеспечить стабильность финансирования в случаях кризисов и роста безработицы. Такое утверждение теоретически верно… для условий западных стран. У нас оказалось иначе. В кризисный 1998 год бюджетные расходы на здравоохранение сократились в реальном выражении на 8%, а страховые взносы работодателей за работающих – на 6%; в кризисный 2008 год бюджетные ассигнования уменьшились на 3%, а страховые взносы оказались больше на 4%. Наконец, в текущем 2015 году сокращение бюджетных расходов на здравоохранение составит 14% в реальном выражении, а сокращение взносов – всего 2%. Какой же источник финансирования ОМС более стабилен?

Таким образом, приводимые обвинения сложившейся модели ОМС и соответствующие аргументы о необходимости ее радикального упрощения на поверку оказываются несостоятельными. Согласен с Назаровым и Сисигиной в том, что у нас нет альтернативы страховой модели. Но трудно согласиться с тем, что реформы у нас могут и должны быть лишь запуском рыночного механизма, который дальше должен работать самостоятельно. Такой подход, в случае его осуществления, как раз и может привести к разрушению целых звеньев в системе оказания медицинской помощи и ухудшению ее доступности для населения. Можно упрекать государство в том, что это слабый институт, а российскую бюрократию – в «кампанейщине», но им пока нет достойной альтернативы в защите общественных интересов. А потому и будущее развитие ОМС видится не как кампания по замене его на рыночную модель, а как поэтапный процесс усиления действия страховых принципов, корреспондирующий с развитием способности государства реализовывать более сложные модели управления.

Автор – директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ «Высшая школа экономики»