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…

Наталья Сисигина,

директор Научно-исследовательского финансового института

Владимир Назаров,

научный сотрудник Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС

Как говорил Конфуций, очень трудно найти в темной комнате черную кошку, особенно если ее там нет. Но было бы желание. Даже если кошки нет, можно сказать, что комната потому такая темная, что в ней находится черная кошка. Так поступают эксперты, которые обвиняют во всех бедах отечественного здравоохранения страховую модель финансирования (« Почему увольняют врачей », «Ведомости» от 8.07.2015).

На самом деле в России до сих пор не создана страховая модель здравоохранения. Структура создаваемого мифа о неэффективности страховой модели примерно такая. Жила-была скромная, но эффективная советская модель здравоохранения им. тов. Семашко (1874–1949, один из основателей системы здравоохранения СССР). В начале 90-х гг. пришли злые реформаторы и внедрили конкурентную рисковую модель ОМС, которая по всему миру доказала свою неэффективность, а в России из-за неразвитости

рынка, низкой плотности населения и бедности оказалась просто убийственной. В результате закрываются больницы, увольняют врачей, растет коррупция, страдают пациенты.

В этом мифе неправильно все, кроме того, что современная российская модель здравоохранения действительно неэффективна. Но это отнюдь не означает, что она страховая, что страховая модель неэффективна вообще, что она не может быть эффективной в России и что надо возвращаться в лоно советского здравоохранения.

Начнем с советской модели здравоохранения – ближе к концу своего существования она явно отстала от развитых стран, в том числе по причине своей институциональной порочности. Советская система здравоохранения смогла обеспечить населению всеобщий доступ к медицине индустриального общества, ориентированной на борьбу с эпидемиями и массовую вакцинацию. Это было достижением для середины прошлого века, но уже к его окончанию стало абсолютно недостаточным. Сметное финансирование учреждений здравоохранения создавало мотивацию к увеличению количественных показателей деятельности вне зависимости от потребности в медицинской помощи и качества услуг. Обеспеченность врачами в СССР возросла с 1,5 врача на 1000 населения в 1950 г. до 4,2 в 1991 г. (в Британии – 1,6), обеспеченность койками увеличилась с 5,6 до 13,1 койки на 1000 человек (в Британии – 5,4). При этом в учреждениях не было, например, одноразовых медицинских принадлежностей, что сильно увеличивало риск инфицирования по сравнению с Западной Европой, а пациенты либо не получали необходимых лекарств, либо были вынуждены оплачивать их самостоятельно («Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой», ВОЗ, 2011). В результате за период с начала 70-х гг. и до середины 80-х ожидаемая продолжительность жизни снизилась на 1,6 года (Шишкин С. Реформа финансирования российского здравоохранения. М., 2000).

При этом советская модель все больше ориентировалась на сословный принцип оказания услуг: горожанин получал лучшее медицинское обеспечение, чем сельский житель, работник крупного завода или министерства, обладавших собственной системой здравоохранения, – лучшее, чем работник рядового предприятия, а медицинское обеспечение партийной номенклатуры все больше отличалось от того, с чем сталкивались простые советские граждане в районных поликлиниках.

Эта проблема советской модели здравоохранения стала настолько очевидной, что еще при жизни Союза была предпринята попытка в рамках нового хозяйственного механизма разделить поставщика и покупателя медицинской помощи – через механизм

фондодержания сделать поликлиники покупателями услуг стационаров. Стоит отметить, что все модели здравоохранения – и бюджетные, и страховые – развиваются в направлении внедрения контрактных отношений, различаются лишь механизмы и скорость движения, но направление на разделение поставщика и покупателя является общим в обеих моделях.

В 90-х гг. было решено сделать еще более радикальное изменение – перейти на страховые принципы, но, к сожалению, это так и осталось нереализованным.

Нынешняя модель здравоохранения совсем не страховая. Во-первых, страховая модель подразумевает четкое определение государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В России этого нет. Никто не может сказать четко, что и кому полагается в рамках системы ОМС. Программа госгарантий налагает самые общие ограничения на объемы медицинской помощи, стандарты медицинской помощи не стали работающим механизмом разграничения платного от бесплатного, а финансирование по клинико-статистическим группам находится в процессе становления. Зато есть абстрактная статья Конституции, в которой сказано, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений». Эта формулировка позаимствована отнюдь не у стран со страховой моделью здравоохранения, не у Нидерландов или Германии, а из Конституции СССР 1977 г. В результате объем права на бесплатную медицинскую помощь связывается исключительно с типом медицинской организации, но не с конкретным перечнем услуг. Это представимо в бюджетной модели здравоохранения, но для страховой крайне нетипично.

Во-вторых, страховые компании не принимают ключевых решений в системе ОМС. Государство по-прежнему является учредителем большинства медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования, зачастую в ручном режиме определяет цены и объемы медицинских услуг. Порядок взаимодействия страховой медицинской организации с застрахованными лицами определяется федеральным законодательством и не допускает использования каких-либо механизмов, направленных на поощрение рационального поведения пациента (ведение здорового образа жизни и принятие профилактических мер, своевременное обращение к врачу и выполнение врачебных рекомендаций, сокращение необоснованного потребления медицинской помощи).

Страховые компании лишь проверяют правильность заполнения документов

медицинскими организациями, но не могут повлиять ни на цены, ни на объемы медицинской помощи, обладают крайне ограниченными полномочиями в контроле качества медицинских услуг.

Оттого что мы налоги на заработную плату почему-то называем страховыми взносами, а аудиторов правильности заполнения медицинской отчетности – страховыми организациями, советская модель здравоохранения не превратилась в страховую. Если на слона надеть шапочку с изображением Микки-Мауса, от этого он не станет мышью. Мы по-прежнему имеем дело с советской моделью здравоохранения (лишь с большей территориальной дифференциацией и более запутанной структурой управления), которая для вида прикрыта несколькими фиговыми листочками страховой модели здравоохранения.

Какая модель более эффективна – страховая или бюджетная? В отличие от оголтелых критиков страховой модели, мы не будем говорить о том, что страховая модель по всему миру доказала свое преимущество. По большинству значимых финансовых показателей внутригрупповые различия гораздо больше, чем межгрупповые, например:

– общий уровень расходов на здравоохранение в страховых системах колеблется, по данным Global Health Expenditure Database за 2012 г., от 12,4% (Нидерланды) до 6,3% (Эстония), в бюджетных системах – от 11,2% (Дания) до 5,0% (Белоруссия);

– доля административных издержек от общих расходов на здравоохранение составляет в страховых системах, по данным OECD Health Data за 2012 г., от 4,0% (Бельгия) до 1,1% (Нидерланды), в бюджетных системах – от 3,7% (Новая Зеландия) до 0,6% (Норвегия).

Это показывает, что помимо собственно выбора модели даже на чисто финансовые показатели влияет куча других факторов. Что уж говорить про показатели здоровья населения, вклад здравоохранения в которые оценивается ВОЗ на уровне 20%.

Вместе с тем ряд исследований также оценивают страховую модель как более эффективную в условиях современной медицины, обеспечивающую лучшие показатели здоровья населения и большую удовлетворенность населения деятельностью системы здравоохранения. Начиная с 1980-х гг. среднее значение ожидаемой

продолжительности жизни населения в развитых странах со страховой моделью здравоохранения превышает аналогичный показатель стран с бюджетной моделью (вср еднем
на
полгода
: Zee J.,
Kroneman M. Bismarck or Beveridge: a Beauty Contest between Dinosaurs.
BMC Health Services Research, 2007
). Явное участие потребителя в финансировании системы здравоохранения через страховые взносы также положительно влияет на восприятие ее деятельности (Mossialos E. Citizens and Health Systems. Luxembourg: European Commission, 1998):

– в страховых системах в среднем две трети опрошенного населения оценивают деятельность системы здравоохранения как полностью или преимущественно удовлетворительную, тогда как в большинстве бюджетных систем – только половина опрошенных;

– финансирование страховых систем здравоохранения чаще определяется населением как достаточное, тогда как для бюджетных систем характерно ожидание увеличения расходов государства на здравоохранение.

Мешают ли объективные условия в России становлению страховой модели? На наш взгляд, абсолютно нет. В качестве непреодолимых преград на пути внедрения страховой модели здравоохранения ее критики выдвигают три аргумента: слабость рыночных институтов, низкая плотность населения и невысокий уровень жизни.

Слабость рыночных институтов – это вечное объяснение ретроградов, что в бассейн нельзя наливать воду, потому что никто не умеет плавать. Но пока в бассейне нет воды, плавать никто не научится. То есть слабость рыночных институтов обуславливается в основном избыточностью государственного регулирования и/или его провалами.

Низкая плотность расселения, конечно, проблема. Благодаря советской региональной политике мы являемся единственной страной, которая в прошлом веке «понизила градус ВВП», т. е. смещала производство на север, тогда как, например, Канада, напротив, весь век «повышала градус ВВП», смещая производство туда, где комфортнее жить. Но эту проблему не стоит переоценивать. Более 80% российского населения живет в городах,

и больше половины населения живет в городах с численностью населения свыше 100 000 человек. Конечно, сельские и удаленные территории требуют специальных подходов к оказанию медицинской помощи, в ряде случаев – повышенных тарифов за медицинские услуги и нестандартных подходов к внедрению конкуренции (например, проведение конкурса на монопольное право оказания медицинской помощи в удаленных районах по определенным стандартам на 3–5 лет), но это никак не препятствует развитию страховой модели здравоохранения.

Бедность населения – совсем странный аргумент. Вообще-то в страховых системах в среднем население платит из кармана меньше денег за медицинскую помощь, чем в бюджетных. Кроме того, когда Бисмарк внедрял ОМС в Германии, он делал это как раз для наименее защищенных слоев населения – для рабочих.

Нужна ли страховая модель в России? Ответ прост: у нас нет альтернативы. Даже в странах с развитым гражданским обществом есть трудности формирования механизмов ответственности власти перед народом. В России же самым слабым институтом является государство. Представить себе российскую бюрократию (да и бюрократию вообще), которая каждый божий день думает о соотношении затрат и результатов в системе здравоохранения, невозможно. Бюрократия обречена на «кампанейщину» (вроде недавно прошедшей модернизации здравоохранения) и способна к примитивным решениям в стиле «закупим или построим что-нибудь, а потом разберемся, надо это или нет». Поэтому если у российской элиты хватит духу на проведение реформ, большинство из них (в том числе в здравоохранении) должны быть в стиле деизма: запустить рыночный механизм, а дальше он должен работать самостоятельно.

И последнее. На вопрос, почему увольняют врачей в России, есть гораздо более простой ответ, чем анализ провалов страховой модели, которой, как мы выяснили, у нас нет. Врачей увольняют, потому что действуют законы арифметики. Если общий объем ресурсов в системе не увеличивается, а в соответствии с указами президента врачам надо поднять заработную плату, то администраторам здравоохранения приходится сокращать их численность. Закрытие больниц в ручном режиме характерно отнюдь не для рыночной рисковой модели (здесь бы неэффективные учреждения постепенно бы уходили с рынка и заменялись бы более эффективными поставщиками). Такой подход нормален как раз в бюджетной модели административно-силового рынка.

Ссылка на оригинал: http://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/07/14/600422-voskreshenie-dinozavra