

Иногда идеи овладевают массами. В данном случае идея овладела массами врачей. Идея эта – отказаться от страховой модели здравоохранения в том виде, в котором она у нас ныне существует, и, возможно, вернуться к бюджетной модели. Только это, по их мнению, позволит избавиться от хаоса и неопределенности в российской медицине. Такого же мнения придерживается ряд специалистов в сфере организации здравоохранения, экономики и юриспруденции.

На недавно прошедшем внеочередном съезде Национальной медицинской палаты, на котором собралось 2 тыс. медицинских работников из 83 регионов страны, был проведен интерактивный опрос об их отношении к различным аспектам страховой медицины. 84% участников съезда ответили, что работа страховых компаний не приводит к улучшению качества медицинской помощи, 91% считают, что существование страховых компаний в сегодняшнем виде нецелесообразно.

Выступившая на съезде заведующая отделом НИИ общественного здоровья и управления здравоохранением Первого медицинского университета им. Сеченова профессор Наталья Кравченко обосновала для нас социально-экономические преимущества бюджетной модели здравоохранения перед страховой. Страны, исторически ориентирующиеся на систему страхования Бисмарка (Нидерланды, Германия, Франция, Бельгия, Австрия, Люксембург, Швейцария), располагают необходимыми для эффективности этой модели условиями: относительно небольшая, компактно заселенная территория с хорошо развитой транспортной инфраструктурой, высокой плотностью населения, проживающего в городах с небольшим расстоянием между ними. В этих странах высокий уровень ВВП, расходов на здравоохранение и доходов населения, мощная диверсифицированная экономика, стабильный рынок труда и официальный наем как преимущественный тип занятости. Там нет, как у нас, оплачиваемых из государственных фондов медицинских систем для элиты (все платят сами за себя), что объединяет нацию в стремлении сделать медицинскую помощь доступнее и качественнее, превращая здравоохранение в объект национальной гордости. Россия абсолютно не похожа на эти страны, чей опыт она безуспешно пытается копировать.

При бюджетной модели финансирование централизовано и осуществляется за счет налогов в рамках бюджетирования, ориентированного на результат. Приоритетом является не обеспечение рентабельности конкурирующих друг с другом лечебно-профилактических учреждений, а их сотрудничество и интеграция в рамках единой национальной системы здравоохранения с целью обеспечить доступность, своевременность, этапность и преемственность медицинской помощи каждому жителю

страны независимо от уровня его доходов и места проживания, с минимумом издержек. Многие принципы этой модели были впервые разработаны и внедрены в СССР и рекомендованы ВОЗ в 1978 году. Они с успехом применяются в Великобритании, Финляндии, Дании, Швеции, Норвегии, Италии, Испании, Португалии, Канаде, Австралии, Ирландии, Новой Зеландии.

Ряд исследований позволяет утверждать, что России больше подходит бюджетная модель, заявила профессор Кравченко. Она обходится на 15–20% дешевле, позволяя при этом добиваться сопоставимых или даже достоверно более высоких показателей здоровья населения, предусматривает более экономное расходование средств, а ее централизованное налоговое финансирование более стабильно в условиях кризиса. Недостаточная нагрузка медучреждений слабо населенных территорий компенсируется большой нагрузкой их в развитых территориях. Высокую эффективность здравоохранения демонстрируют страны, использующие бюджетную модель и похожие на Россию неразвитостью своих территорий (Финляндия, Канада, Австралия, Новая Зеландия, Норвегия, Швеция, Ирландия) и/или низким ВВП (Мексика, Куба). Беларусь, сохранившая практически неизменной «советскую» модель, расходует на здравоохранение почти в 2 раза меньше России, добиваясь по ряду показателей среднеевропейского уровня. К этой же модели вернулся Казахстан после безуспешного введения страховой модели.

Чтобы обеспечить доступность медицинской помощи с минимумом издержек и не превращать здравоохранение России в очаг социального конфликта, целесообразно решиться на отказ от страховой модели в пользу бюджетной с учетом опыта СССР и использующих ее развитых стран. Рекомендуется исключить из системы обязательного медицинского страхования (ОМС) страховых посредников и возложить на ФФОМС функцию единого страховщика в соответствии с Федеральным законом №326, превратив территориальные фонды ОМС в филиалы ФФОМС. Это позволит сократить неэффективные расходы, связанные с посреднической нестраховой деятельностью страховых медицинских организаций, повысить консолидацию рисков ОМС и увеличить централизацию управления ими; гарантировать сохранность средств ОМС и выполнение ее обязательств; расширить возможности маневра средствами ОМС, что важно в условиях финансово-экономического кризиса.

Проблемы со страховыми организациями возникли не сегодня. Еще в 2004 году на рабочем совещании по поводу законопроекта «Об обязательном медицинском страховании» была признана необходимость его доработки. В частности, в законопроекте указывалось, что только страховые медицинские организации могут выступать страховщиками по ОМС. Этим главным образом частным коммерческим организациям предоставлялось большое количество прав при фактическом

государственном финансировании. Участники совещания тогда предупреждали, что реализация недоработанного законопроекта может привести к монополизации страхового рынка, подчеркивали специфику здравоохранения, которая во всем мире регулируется не законами рынка и в которой преобладает государственный подход.

Законопроект практически не был доработан, предупреждениями пренебрегли, и сегодня мы имеем то, что имеем. Деньги, предназначенные для финансирования здравоохранения и собранные с граждан в виде обязательных страховых взносов, поступают в федеральный и 86 территориальных фондов ОМС, оттуда попадают на счета коммерческих (частных, а вовсе не государственных) страховых компаний. И уже потом, отчислив от этого некую приличную сумму, страховые фирмы переводят деньги на счета лечебных учреждений согласно количеству пациентов и объему оказанных услуг. То есть из налогов оплачивается не только работа врачей, но и трех посредников, не имеющих к здоровью населения никакого отношения.

Президент Национальной медицинской палаты профессор Леонид Рошаль говорит: «В 90-е годы сама идея создания обязательного медицинского страхования (ОМС) была замечательная. На фоне тогдашнего полного безденежья медицина оказалась на грани провала. С организацией ОМС в здравоохранение пошли деньги – 5% от налогов. Подключение в последующем к этой системе страховых компаний всегда вызывало у меня настороженность и неприятие. Время показало, что это так: введение страховых компаний не улучшило ни качество, ни доступность медицинской помощи. Поэтому сегодня возник вопрос, по правильному ли пути мы идем. Территориальный фонд ОМС практически превратился в отдел финансов Минздрава. Он оплачивает все, включая воду, электричество, машины. А должен заниматься только вопросами лечебными и близкими к ним».

Признал положение неблагоприятным и президент России Владимир Путин, заявив 4 декабря 2014 года в Послании Федеральному собранию: «Мы давно этим занимаемся, но по-настоящему страховая медицина так и не заработала».

Тем, кого больше всего касается эффективность здравоохранения, пациентам, безразлично, по какому принципу им оказывают медицинскую помощь, лишь бы хорошо лечили.

Источник: [Независимая газета](#) , 29.07.15

Автор: Горбачева А.