Дмитрий Кузнецов, директор Межрегионального союза медицинских страховщиков России, считает, что необходимо четко разграничить перечень услуг, оказываемых в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования.

– Зачем нашему здравоохранению вообще нужны страховые компании, ведь основные затраты на поддержание системы здравоохранения несут федеральный и местные бюджеты?

– Система медицинского страхования – это механизм контроля за расходами при оказании медицинской помощи. Когда мы говорим, что в стране есть обязательное медицинское страхование, то это означает, что есть некий объем медицинских услуг (и соответственно расходов на них), который государство гарантирует своему гражданину при ухудшении его здоровья. В России же пока мы видим квазистраховую модель, когда страховые компании на самом деле занимаются преимущественно контрольной деятельностью, выступая в роли адвоката застрахованного в системе ОМС гражданина, но не как страховщик в классическом смысле этого слова.

– Допустим, что слово «страховая» в названии такой компании оказывается неоправданным, но чем это плохо для пациента?

– Для пациента это, конечно, не плохо. Просто реализация возможностей страховых компаний позволила бы повысить уровень удовлетворенности гражданина медицинской помощью и дала бы возможность государству максимально контролировать расход средств обязательного медицинского страхования (ОМС). Учитывая, что их объем ежегодно возрастает, это особенно важно. Межрегиональный союз медицинских страховщиков при участии одного известного международного консалтингового агентства провел сравнительный анализ систем здравоохранения ряда стран мира. Были выделены три основные модели по степени вовлеченности государства в управление медициной и ее финансами: с преимущественно государственным управлением (Великобритания, Испания, Канада, Россия), государственно-частным (Голландия, Франция, Германия, Швейцария, Япония) и преимущественно частным (США, Сингапур). Во всех перечисленных странах степень покрытия услугами медицинского страхования, обязательного и добровольного, весьма велика. Но есть еще одна группа стран, к примеру, Турция и Индия, где основная часть медицинских расходов ложится непосредственно на самих пациентов. Несмотря на различия между всеми перечисленными странами, уровнем жизни в них, культурным и политическим бэкграундом, исследователям удалось вывести определенные закономерности. Так, наименее удовлетворенными медицинской помощью оказались граждане стран с максимально огосударствленным здравоохранением. Больше всего нареканий оказалось у граждан Великобритании. Уменьшение функций страховых компаний, работающих сейчас в отечественной системе, может приблизить Россию к Великобритании, и это, надо сказать, не самое удачное сближение.

– Чем же так недовольны англичане?

– При тотальном государственном управлении, когда всем гражданам на бумаге как бы положено все, на деле получается, что плановой операции можно прождать полгода и больше, а планового обследования – несколько месяцев. При этом реальный объем медицинских услуг, которые получает гражданин, сокращается. Естественно, это связано не с тем, что государство не хочет помогать своим гражданам, просто невозможно при конечном объеме финансовых средств оплатить практически безграничный объем медицинских услуг.

– Какой вывод мы должны сделать, на ваш взгляд?

– Совершенно точно можно сказать, что ни одна современная система здравоохранения не может гарантировать всем и все бесплатно. Такая система была бы финансово неуправляемой. Зарубежный опыт показывает, что наиболее успешна модель

смешанного управления финансированием здравоохранения. Голландия – самый яркий пример. В группе стран с такой моделью присутствует разная степень охвата населения добровольным медицинским страхованием, имеются разные подходы к участию граждан в софинансировании здравоохранения, но есть одна важная общая черта – это четкая демаркация между дополнительным и обязательным (гарантированным) объемом медицинской помощи, а значит, между ДМС и ОМС.

– Какие могут быть линии отсечения, по которым будет проходить граница между тем, что входит в обязательную медицинскую страховку, и тем, что в нее не входит?

– Точно могу сказать, что управлять только сроками оказания помощи некорректно – часто у пациента просто нет времени на ожидание. Лучше определиться с условиями оказания того или иного вида помощи при определенных заболеваниях, например, должна она быть оказана только в стационаре (с указанием типа палаты) или ее можно получить в амбулаторных условиях, с использованием каких именно препаратов, с привлечением каких кадров. Например, при всех заболеваниях пищеварительного тракта должна быть оказана помощь в рамках ОМС, но, наверное, неправильно всем обещать консультацию профессора-гастроэнтеролога при гастрите.

Источник: Московские новости , 27.11.12