

Государственное обязательное медицинское страхование в России полно парадоксов. На обязательное медстрахование можно отчислять меньше, чем на добровольное. В нашей системе ОМС граждане персонально не участвуют в уплате взносов, не знают, для чего полис и с каким страховщиком надо взаимодействовать, и часто вообще не понимают, что такое ОМС. Но это до тех пор, пока они не обратятся в медучреждение любого уровня, где им популярно объяснят, что полис (т.е. ОМС и государство) денег не гарантирует, а отстаивать гарантии следует в свободное от болезни время, да и еще три раза взмахнут рукой – вот преискурант, вот касса, вот любая дверь по коридору.

Президент Владимир Путин сказал по поводу системы ОМС, что она так и не заработала. Скажу прямо: а она и не могла заработать, причем ни при каких обстоятельствах. Все элементы системы присутствуют, но собранные воедино они дают искаженное представление об истинной цели преобразований, их полезности для граждан, отрасли и государства. Каким же образом изначальный замысел реформы обернулся тем, чем он обернулся сегодня?

История

Внедрение государственной системы ОМС распадается на два этапа: с 1993 г. по август 1998 г. и после августа 1998 г. Нами, коллективом Федерального фонда ОМС (ФФОМС) первого состава, закладывалась основа построения классической системы страхования здоровья посредством объединения систем/фондов социального и обязательного медицинского страхования. Целями были: объединение ресурсов двух систем и доведение отчислений на страхование здоровья до 9% от ФОТ (на соцстрахование тогда направлялось 5,4% и на ОМС – 3,6%) и плюс платежи на неработающих граждан; взятие под контроль не только организации, финансов и имущественного комплекса двух систем, но и всего процесса – от профилактики до реабилитации, проведение ревизии полномочий и деятельности этих социальных фондов, перераспределение ресурсов на приоритетные задачи и повышение эффективности деятельности сферы охраны здоровья граждан.

Против такого объединения возражали большие профсоюзные лидеры и даже наш отраслевой, поскольку финансовые потоки и имущественный комплекс беспокоил их больше, чем логика построения оптимальной системы страхования здоровья. Однако, когда спустя десятилетие размер взносов на соцстрах все-таки сократили до 2,9%, отдав на ОМС 2% от ФОТ, никто даже не пикнул.

Для реализации задуманного, с одной стороны, в правительственном постановлении (1997 г.) мною было проведено решение об объединении названных систем (постановлением утверждалась Концепция развития здравоохранения); с другой – при оценке и внедрении предлагаемых новаций мы старались не разрушить принципы построения отечественного здравоохранения, на основе которых оно работало долгие годы и которые обеспечивали минимизацию числа учреждений и отраслевых служб и оптимизацию кадрового состава, но исключали наличие в отрасли даже предпосылок некой конкурентной среды.

Избрание такого максимально корректного алгоритма построения новой системы ОМС основывалось на нашем опасении, что если революционная смена экономических принципов работы здравоохранения совпадет с некими организационными и структурными преобразованиями, с возможными изменениями привычных мест медобслуживания и в целом основ организации медобеспечения, то это может привести к управленческому и функциональному хаосу в системе.

Переход к классической системе страхования здоровья был единственным шансом устранить частных страховщиков из финансовой цепочки государевых средств – это и являлось стратегической задачей объединения социальных систем.

Причина неполного выполнения пятилетки развития ОМС и здравоохранения проста: в 1998 г. наступил новый исторический этап, когда путем насильственных кадровых перемен в Минздраве и ФФОМСе отрасль была отдана на заклате страховщикам, которые фактически осуществили рейдерский захват здравоохранения.

Сейчас уже все понимают, что с начала 90-х гг. в нашей стране начались преобразования, сутью которых был дележ не только отдельных предприятий, но и территорий, а также секторов экономики. Попала под раздачу и социальная сфера, в первую очередь здравоохранение, где интерес был (и остается) не к министерству, а к внебюджетным средствам федерального и территориальных фондов ОМС. Так наступила эра с навязанными страховщиками правилами игры, основанными на безудержном зарабатывании на системе, по инерции называемой нами системой обязательного медстрахования.

Искажено даже понятие добровольности при медицинском страховании, которое в других странах подразумевает желание работников объединить свои платежи и взносы работодателя в организованную ими больничную кассу для дальнейшего возмещения за счет этих средств потери трудоспособности и получения определенного объема медпомощи у определенных врачей (или медучреждений). В России же в начале 90-х гг. было создано более пяти сотен страховых компаний, которые возглавляли случайные и далекие от здравоохранения персонажи, на которых неожиданно свалилась возможность позаниматься медициной, что они и начали делать, активно меняя хозрасчетные договоры (они применялись в отрасли при новом хозяйственном механизме) на так называемые договоры ДМС на предоставление работникам и членам их семей медицинской помощи в государственных (же) медучреждениях (иных не было) просто вне официальных рамок прикрепления на медицинское обслуживание (были еще монополии, лукаво подменявшие платные медуслуги).

Только теперь мы начинаем осознавать последствия невероятного эксперимента в российском здравоохранении и, как понимает читатель, совершенно не изначальной модели обязательного медицинского страхования.

Подробнее

Если суммировать все, что было не сделано или сделано не так, то получится приговор нынешней системе ОМС, а точнее, всем тем, кто:

– без обоснований дал в 1993 г. на старт системы ОМС лишь 3,6% от ФОТ, механически отрезанных от пенсионной системы, и не осуществлял платежи на неработающих граждан,

– всячески препятствовал (включая отраслевых министров) созданию государственной системы ОМС, не понимая сути состоявшихся в государстве политических, экономических и социальных перемен,

– вводил льготы для различных групп работающих граждан, а позднее для всех – регресс при исчислении и уплате взносов на ОМС,

- волонтаристски сократил и так не обоснованный размер взносов на ОМС с 3,6% до 3,1%,
- не реализовал правительственное постановление (1997 г.) об объединении систем социального и медицинского страхования,
- изменил и понизил правовой статус фондов ОМС, подчинив и превратив их фактически в расчетно-кассовые центры Минздрава и органов управления здравоохранением на местах,
- ликвидировал в угоду страховщикам филиалы терфондов ОМС, что привело к потере специалистов и создало условия для взятия страховщиками под контроль основных финансовых потоков системы ОМС,
- заменил взносы во внебюджетные фонды на ЕСН и позднее – обратно на взносы, сбор которых передавался от социальных фондов в налоговую службу, а затем в ПФР (что прекратило взаимодействие системы ОМС с работодателями – плательщиками взносов на медицину, а в целом эффективность этих маневров выразилась в двух десятках миллионов неплательщиков социальных взносов, сохраняющих, однако, право на конституционные гарантии),
- не установил взнос в систему ОМС непосредственно работником,
- не внедрил систему лекарственного страхования и страхование профессиональной ответственности медработников,
- существенно сократил в 1996 г. объемы финансового обеспечения федеральных медицинских учреждений при их переходе в систему ОМС и настойчиво включал в нее виды медицинской помощи, финансирование которых должно осуществляться из бюджетов различных уровней,

– направил почти всю прибавку в 2% от ФОТ (при увеличении размера взносов на ОМС до 5,1%) на закупку дорогостоящего медицинского оборудования, а не на оплату медпомощи, как этого требует финансовая суть обязательного медстрахования (теперь это оборудование необходимо загружать потоком пациентов и стабильно финансировать, что может сделать лишь система ОМС),

– включал без экономического обоснования высокотехнологичные (самые затратные) виды медицинской помощи в систему ОМС, что позволило федеральному бюджету снять с себя финансовую нагрузку на этот сектор медобеспечения,

– внедрил так называемый обратный трансферт, при котором дополнительные средства системы ОМС, полученные в результате отмены регресса при уплате взносов на ОМС, должны транзитом через ФФОМС поступать в федеральный бюджет для дальнейшего их возвращения в здравоохранение (же), но уже на иные цели и задачи,

– целенаправленно и методично создавал преференции страховщикам, которые занимались ДМС первоначально за счет прибыли предприятий (и потому объем был невелик), но затем для них был принят аналогичный системе ОМС механизм отчислений от ФОТ (сначала 3% и спустя несколько лет 6%) и отнесения затрат по ДМС на себестоимость продукции. В результате медобслуживание небольшой группы граждан фактически оплачивает каждый из нас; за счет этого воссоздан новый вариант ведомственной медицины. Давно известно об особо доходном ДМС государственных служащих федеральных и субъектных органов власти (а это двойной учет граждан, дублирование ОМС, неэффективное расходование бюджетных средств и применение коррупционных схем при конкурсных процедурах и использовании средств). И недавние рейды активистов ОНФ, выявивших факты явных излишеств, это подтверждают.

Таковы вехи «развития» обязательного медицинского страхования (и здравоохранения в целом).

Выводы

Моделей развития отечественного здравоохранения всего четыре: бюджетно-сметная (за счет налогов, но при полной зависимости от финансовых органов и без гарантии достаточности средств); действующая вариация ОМС при искусственном недофинансировании и частными страховщиками; классическая система страхования здоровья, объединяющая фонды социального и медицинского страхования; система персональных медицинских счетов (с фиксированным платежом за каждого гражданина, балансом финансового наполнения электронного полиса/счета с четко обозначенным объемом гарантированного медобеспечения).

Сегодня государство вынуждено вновь решать две глобальные задачи: принимать решение о целесообразности дальнейшего применения выбранной в начале 90-х гг. самими же медиками модели ОМС и определение оптимальной организации в целом государственной системы медобеспечения на бесплатной основе как одной из важнейших конституционных гарантий.

Помимо явной нецелесообразности участия частных страховщиков в системе ОМС предстоит определить структуру, которая будет заниматься экспертной работой, контролем качества и защитой прав пациентов. Считаю, что этим может заниматься триумvirат в лице ФФОМСа как единого плательщика (по закону он уже является страховщиком), Росздравнадзора как представителя государства и Национальной медпалаты, представляющей российское врачебное сообщество.

Сейчас предстоит борьба за контроль над отраслевыми финансами, которые уже давно прокачивают страховщики, а отнюдь не за качество медицины – это лишь душеспасительный повод не дать реанимировать здравоохранение.

Предвижу сильнейшее сопротивление страховщиков по причине их глубокого проникновения во многие властные структуры, а они могут заволоклить любой вопрос.

Выскажу опасение: судя по складывающейся ситуации, желанию сохранить иллюзию стабильности и позиции ряда чиновников, уже заявивших о ненужности революций, с большой вероятностью все останется как есть (за исключением софинансирования, извините, платности медицины).

Если это желание (решение) сохранить статус-кво, тогда объясните и широко объявите об этом, и лучше каждому пациенту, которые уже в трудно осознаваемых объемах вынуждены оплачивать медпомощь и лекарства.

Источник: [Ведомости](#) , 02.09.15

Автор: Владимир Гришин, профессор, заслуженный экономист Российской Федерации, первый директор Федерального фонда ОМС