

Работодатели играют важную роль в финансировании здравоохранения России, уплачивая за работников взносы ОМС. Однако многие работодатели одновременно платят и за ДМС персонала. Насколько это правильно с точки зрения бизнеса? Интерес российского предпринимателя-работодателя к здравоохранению понятен и прагматичен. Многие считают, что страховая медицина так и не заработала из-за низкого финансирования. Однако по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), общие расходы России на здравоохранение превысили 6,5% ВВП.

Для сравнения, сопоставимая по населению и экономике Мексика с общими расходами 6,2% ВВП в 2014 году заняла 12-е место в мировом рейтинге эффективности здравоохранения агентства Bloomberg (Россия – 51-е место). Если же учесть не оцениваемые ВОЗ неформальные платежи населения, медицинский туризм и издержки бюджета на ведомственную медицину, то общие расходы России могут оказаться даже выше, чем у Израиля (7,2% ВВП в 2013 году). Поэтому уже достигнутый уровень финансирования позволяет требовать результата.

Рекомендации «Стратегии-2020», реализуемые Минздравом и ФФОМС, противоречат опыту развития ОМС в Европе. По данным ВОЗ, «Стратегия-2020» видит будущее в конкурентной (рисковой) модели ОМС, где коммерческие страховые медицинские организации (СМО) будут отвечать за отклонение фактических расходов от плановых и будут действовать в интересах застрахованных, эффективнее используя ресурсы. Однако ОМС в Евросоюзе является, как правило, некоммерческим, нерисковым и неконкурентным. СМО в этих странах – некоммерческие организации, созданные как кассы взаимопомощи для работников по профессиональному признаку и обязанные направлять прибыль на свои уставные цели, в том числе на страхование неработающих членов семей.

Исключение – Голландия, где работают некоммерческие и коммерческие СМО. Тарифы ОМС там формируются без актуарных расчетов и учета здоровья застрахованных; превышение выплат покрывается ростом тарифа и взаимовыручкой СМО с помощью сложной системы взаиморасчетов и объединения средств. У населения есть традиция помнить о своей профессии и пользоваться услугами «своего» СМО, а у самих СМО есть четкий тренд на централизацию и консолидацию рисков как ключевой фактор финансовой устойчивости и снижения административных издержек.

Поэтому число СМО быстро сокращается – во Франции, например, осталось всего три

фонда страхования. Исключение – Бельгия, а также Германия, Чехия, Словакия и Нидерланды, где в 1990-е годы начался эксперимент по усилению конкуренции между СМО. Этот опыт оценивается как негативный: конкуренция между СМО не повлияла на качество медицинской помощи, но снизила ее доступность из-за стимула отбирать людей с хорошим здоровьем, ограничивая доступ к страхованию тем, у кого здоровье плохое. Такая селекция незаконна, но возможна – маркетинг, регистрация новых клиентов только через Интернет, недоступность представительства СМО. Для борьбы с селекцией разработаны компенсации за застрахованных с плохим здоровьем, однако они сложны и затратны.

Важна также высокая доля налогового (бюджетного) финансирования ОМС «по-европейски». В рамках страховой модели Бисмарка страховались лишь работники. Неработающие (дети, старики, безработные, инвалиды) были лишены медицинской помощи. Поэтому все без исключения развитые страны или построили свои системы общедоступной медицинской помощи на основе впервые разработанных в СССР принципов «бюджетной» модели, или внесли в свою страховую модель «бюджетные» элементы. Это требует использовать те формы оплаты медуслуг, которые лучше всего подходят конкретной стране: нет универсальных рецептов.

Но «Стратегия-2020» рекомендует решения, заимствованные у других стран без учета реалий России. Например, оплату амбулаторной помощи по принципу подушевого финансирования (фондодержания), используемую в «бюджетной» Великобритании, отличающейся от России развитием городов, высокой плотностью населения и системой врачей общей практики – «фондодержателей». По различным оценкам, при подушевом финансировании поликлиника выживает в ОМС при среднем соотношении: на двести тысяч прикрепленных примерно 400 врачей всех специальностей. Для Москвы это хорошо, а для россиян, которые не живут в одном из 95 городов с населением 200 тыс. и более, такой подход – программируемая недоступность специализированной помощи.

Другой пример: рекомендованный «Стратегией-2020» перевод оплаты услуг стационаров на т.н. клинико-статистические группы (КСГ), чей расчет требует предварительно создать систему разнесения затрат для определения реальной себестоимости медуслуг, – в России ее нет. Поэтому использование таких тарифов КСГ приведет к закрытию «нерентабельных» стационаров и отказам в помощи под благовидным предлогом – неработающее оборудование, противопоказания для операции. Как сделать страховые принципы понятными для всех, если страхователи платят взносы ОМС непонятно за что (себестоимость приобретаемых системой ОМС услуг неизвестна), а тарифы ОМС не покрывают затрат лечебных учреждений?

С точки зрения предпринимательского сообщества России представляется, что рекомендации «Стратегии-2020» связаны с серьезными финансовыми, организационными и социально-политическими рисками. Необходимо гибкое, с учетом реалий России использование инструментов бюджетного финансирования, а также приведение системы ОМС к доказавшим свою эффективность социальным принципам ОМС, исключив коммерческих страховых посредников, возложив на ФФОМС все функции «единого страховщика», превратив в его филиалы территориальные ФОМС и сформировав эффективную централизованную систему управления здравоохранением.

Источник: [Российская бизнес-газета](#) , № 45, 17.11.15

Автор: Андрей Рагозин, эксперт всероссийского предпринимательского объединения «Клуб лидеров»