

Научно-исследовательский финансовый институт при Минфине (НИФИ) в конце 2015 года представил план сокращения расходов на российскую систему здравоохранения.

Реформа предлагает существенное ограничение доступа россиян к бесплатному лечению – введение лимитов на посещение врачей общего и специализированного профиля, вызов скорой помощи. Хотя эксперты института настаивают на постепенности нововведений, в нынешних экономических условиях правительство может обратиться к их идеям уже в этом году.

Реформированием российского здравоохранения, как и других социальных услуг государства, например пенсионной системы, российское правительство так или иначе занимается последние пять лет. Первый этап преобразований в отрасли, подразумевающих все большую экономию бюджетных ресурсов, начался еще в 2010 году. Основной целью тогда стала модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС) с вливанием в материальную базу отрасли приличных средств в рамках «приоритетного национального проекта «Здоровье». Советское наследие – сверхдешевую и среднекачественную российскую медицину – необходимо было сделать значительно дороже и лучше, полностью поменяв принципы работы: только это обещало ей и технологический прогресс, и воспроизводство кадров. Несмотря на то что реформирование здравоохранения было начато в богатые годы, речь сразу шла об экономии. Одновременно с увеличением размера страховых взносов с 3,1% до 5,1% было решено постепенно сокращать долю типов лечения, которые финансируются напрямую из бюджета, и начинать оплачивать их из собираемых взносов. При этом с 2012 года, согласно майским указам президента, началось повышение средней зарплаты врачей – средства на эти расходы должны были поступать также из бюджета ОМС. В результате в 2013–2014 годах во многих регионах начали сокращать коечный фонд стационаров (в целом по стране – на 9,3%), закрывать небольшие медицинские учреждения и концентрировать специализированную медпомощь в межмуниципальных медицинских центрах. В 2014 году начались сокращения медработников: численность врачей снизилась на 2,2%, среднего медперсонала – на 2,8%. В результате, по данным исследования Высшей школы экономики, большинство россиян (80%) сочли, что в случае болезни им не будет обеспечена бесплатная медицинская помощь в требуемом объеме.

В прошлом году о необходимости глобального сокращения расходов на здравоохранение заговорили снова – на этот раз с такими предложениями выступили эксперты Научно-исследовательского финансового института при Минфине. По их мнению, теперь необходимо ограничить медуслуги еще и на декларативном уровне – то есть отказаться от идеи, что государство лечит в системе буквально всех и все. Для этого

необходимо скорректировать базовый для отрасли документ – Программу госгарантий оказания медпомощи. Чтобы эффективно сократить объемы гослечения, по мнению экспертов, необходимо, например, установить закрытый список заболеваний, покрываемый ОМС, а полностью бесплатное лечение должны получать только определенные группы населения, выделенные по возрасту или по критерию нуждаемости. Кроме этого, НИФИ предлагает перейти к нормированию услуг для нелюбимых категорий клиентов ОМС – скажем, оставить возможность вызывать врача на дом опять же только для определенных групп населения – инвалидов и пожилых. При этом для всех рекомендуется сократить число бесплатных посещений терапевта (и после превышения пациентом этого лимита вводить для него соплатеж) и количество бесплатных госпитализаций. Кроме того, предлагается установить лимиты на бесплатный вызов скорой помощи. «Например, необходимо взимать плату с тех пациентов, которые инициируют повторный вызов бригады, после того как уже отказались от госпитализации предыдущей машиной скорой помощи», – поясняет Любовь Мельникова из НИФИ. Плюс к тому можно установить доплаты на посещения врача более высокой квалификации, в вечернее или сверхурочное время.

При этом, как поясняют эксперты НИФИ, целью предлагаемых изменений не является прямое сокращение расходов государства на систему ОМС или снижение тарифов платежей в фонды ОМС. «Те средства, которые будут сэкономлены в результате конкретизации спектра бесплатных услуг, необходимо направить на развитие других, более эффективных способов оказания медпомощи. Никто не собирается сокращать объем финансирования здравоохранения в целом, однако в ситуации ограниченных ресурсов нужно выбирать, какую услугу каким группам населения предоставлять», – поясняет представитель НИФИ Николай Авксентьев. При этом, по его словам, определять, что именно необходимо оставить в списке бесплатных направлений лечения, следует с учетом оценки эффективности конкретной технологии здравоохранения. Кроме того, полагает эксперт, в результате этого процесса произойдет не только оптимизация расходов бюджета, но и сокращение осуществляемых сейчас платежей населения в здравоохранении. В РФ, как отмечает НИФИ, при формально бесплатном здравоохранении доля платежей населения в общем объеме расходов на отрасль оценивается, по разным методикам, в 30–50%, что существенно выше, чем в странах Европы, где в среднем соплатежи населения не превышают 25%. Сопоставимые цифры можно найти разве что в Америке, но там здравоохранение официально не является полностью государственным. Как поясняет Любовь Мельникова, личные траты россиян на здравоохранение достигли таких размеров как раз из-за несоответствия между декларируемыми возможностями государственного здравоохранения и его финансированием. «Объем и тип тех услуг, за которые сейчас платят россияне, ничем не нормирован и зависит только от сложившейся в конкретном учреждении практики доплат. При введении же формализованного списка платных услуг их стоимость можно установить с учетом нынешней платежеспособности населения», – отмечает Николай Авксентьев.

Кроме того, как следует из планов НИФИ, эксперты предлагают сделать из номинально страховой системы ОМС реально страховую, где риски сверхнормативных расходов на медпомощь возлагаются на страховые компании или передаются медорганизациям и самим клиентам системы официально (сейчас они де-юре возложены на бюджет, а де-факто – на клиента ОМС). Отмечается и необходимость снижения частных расходов на медицину, балансировки финансирования специализированной и высокотехнологичной медпомощи. НИФИ предлагает в числе прочего передать страховым компаниям (хотя бы частично) не только риски, но и права на определение индивидуальных условий страхования в ОМС (например, снижение тарифа или соплатежа при прохождении диспансеризации) и постепенно вводить полный тариф ОМС, включающий капрасходы и стоимость медоборудования. Еще одно предложение НИФИ – внедрить систему индивидуальных медицинских страховых счетов для покрытия части стоимости медпомощи: источником накоплений может быть часть платежей ОМС (аналогичная схема применялась при реформе здравоохранения в КНР и Сингапуре и распространена в частном медстраховании в США). В долгосрочной перспективе реализация в том или ином виде идей НИФИ, видимо, станет неизбежной в силу внутренней динамики развития здравоохранения. В будущем, из-за тренда на индивидуализацию, лечение будет становиться более дешевым для каждого пациента, но более дорогим для общества в целом (подробнее см. «Придется копить и на таблетки» в газете «Коммерсантъ» от 3 ноября 2015 года). Большая прицельность лечения будет означать меньшую выборку среди пациентов, и в итоге при той же стоимости разработки на \$1, потраченный на создание лекарства или метода лечения, окажется значительно меньше людей, способных оплатить расходы на эту разработку. В результате перед обществом всего мира появится проблема, которая может остаться актуальной на много лет, – технологии для лечения пациентов есть, а того, кто может их оплатить, нет. Поэтому правительствам придется: или, если у государства есть дополнительные ресурсы, увеличивать бюджетное финансирование здравоохранения, или в той или иной форме перекладывать часть расходов на граждан.

Насколько вероятна реализация планов НИФИ в ближайшее время – вопрос, ответ на который сильно зависит от состояния экономики страны в целом. В конце прошлого года, еще до нового этапа снижения цен на нефть, в ответ на публичное представление идей НИФИ сначала представители Минздрава, а потом и глава социального блока правительства Ольга Голодец заявили, что государство не планирует сокращать объемы бесплатной помощи в рамках ОМС. Впрочем, госпожа Голодец сообщила, что одобрение правительства уже получила аналогичная идея Минфина, также направленная на экономию бюджетных средств, – обязать неработающих россиян трудоспособного возраста самостоятельно платить обязательные страховые взносы в Федеральный фонд ОМС (сейчас это делают регионы, которые, по словам вице-премьера, «ставят вопрос о некоторой несправедливости»). «В бюджете регионов расходы на уплату страховых взносов в ФФОМС за неработающих могут достигать 20%», – пояснил «Деньгам» источник в социальном блоке Белого дома. Решение этой проблемы Минфин, Минтруд и Минздрав планируют подготовить к марту 2016 года. Но в любом случае работа над систематизацией доходов Федерального фонда ОМС уже

начата, и переход к повышению эффективности его использования – вопрос времени, хотя, какой именно путь выберет Минздрав, неизвестно.

Источник: [Коммерсантъ-Деньги](#), № 3, 25.01.16

Автор: Мануйлова А.