

Евгений Гонтмахер,
заместитель Директора Института
мировой экономики и международных отношений РАН

К ВОПРОСУ О РЕФОРМЕ ОМС: СТИЛЬ, СУТЬ И АЛЬТЕРНАТИВА

1. Стиль

Грядущую реформу обязательного медицинского страхования всерьез обсуждать бессмысленно. Подготовленный в недрах Минздравсоцразвития проект соответствующего закона появился на сайте этого министерства в конце мая – вроде бы для публичного обсуждения, но всего лишь через несколько дней он, минуя согласование в Правительстве, оказался внесенным в Государственную Думу группой депутатов от «Единой России». На 7 июля уже намечено первое чтение.

Вот такая головокружительная скорость вокруг документа, который касается буквально каждого гражданина России. Но эксперты, страховщики, представители медицинского сообщества, организации, защищающие права пациентов, просто-напросто проигнорированы. Причем, сделано это намеренно, с особым цинизмом. Еще 19 мая, до публикации проекта на сайте Минздравсоцразвития, заместитель министра Юрий Воронин на пресс-конференции сообщил: "Надеюсь, его (указанный законопроект – Е.Г.) удастся рассмотреть в весеннюю сессию, чтобы он был принят в этом году и заработал с 1 января 2011 года".

Увы, в который раз Государственную Думу, а точнее обладающую там большинством «Единую Россию», используют в качестве примитивной машины для голосования. Помнится, попытка монетизировать льготы именно таким образом привела к массовым протестным выступлениям, которые удалось остановить только обильными чрезвычайными денежными вливаниями. Продавленные в прошлом году изменения в пенсионной системе, подрывающие перспективы безбедной старости работников молодого и среднего возраста, были заретушированы единовременным повышением нынешних пенсий (т.н. валоризацией). Казалось бы, шаг вперед в стилистике социального реформаторства правительства. Но совсем недавняя социальная новация, ставшая законом, касающаяся изменения принципов работы бюджетных организаций, снова продемонстрировала старый метод проламывания, несмотря ни на что. Однако в случае с реформой обязательного медицинского страхования, кажется, побиты все рекорды пренебрежения к процедурам (на которых, как известно, и держится демократия).

Думаю, что не ошибусь, когда предположу, что 7 июля законопроект будет принят голосами «Единой России», а уже в сентябре его, с незначительными поправками, окончательно одобрят, в октябре рассмотрят в Совете Федерации и передадут на подпись Президенту. Такой график работы нашего парламента предопределен ни кем иным как заместителем министра

Юрием Ворониным. Ведь он, как отмечалось выше, дал установку, чтобы уже с 1 января 2011 года в системе обязательного медицинского страхования началась новая жизнь.

Рад буду ошибиться, ведь в нашем законодательном процессе бывают и чудеса, как, например, с законом о транспортном налоге, который, будучи принят единороссовским большинством Государственной Думой в конце прошлого года, был отвергнут Советом Федерации по просьбе самих же «медведей». Тут, видимо, не обошлось без высочайшего окрика.

2. Суть

После такого горького, но необходимого вступления хотелось бы остановиться собственно на сути предлагаемой реформы.

Прежде всего, нужно отметить, что реформа и не предлагается. Речь идет о косметическом ремонте системы ОМС, которая функционирует сейчас. А она, как известно, с самых высоких трибун была названа – совершенно справедливо – неэффективной.

Почему я делаю вывод об отсутствии реформы? Корневой вопрос – финансовая обеспеченность системы ОМС. Любопытные цифры содержатся в финансово-экономическом обосновании к законопроекту (см. таблицу 1).

Таблица 1. Финансовое наполнение системы обязательного медицинского страхования (по данным Минздравсоцразвития), млрд. руб.

	2011 г.	2012 г.	2013 г.
Страховые взносы работодателей	315,0	361,0	712,0
Страховые взносы на неработающее население	224,7	239,3	254,9
Передача средств из бюджетов на содержание учреждений здравоохранения	173,0	190,7	229,0
передача средств из бюджетов на финансовое обеспечение скорой медицинской помощи	-	-	76,9
Средства на повышение уровня обеспеченности стандартов предоставления медицинской помощи в связи с осуществлением	37,6	37,6	-

программ модернизации			
Недостаток средств системы обязательного медицинского страхования по сравнению с установленным федеральным нормативом (4059,6 руб. на человека в год) ¹	90,3	29,7	-
ИТОГО	840,6	858,3	1272,8

К этим цифрам возникает два основных вопроса.

1. За счет чего взносы работодателей в 2013 году возрастут чуть ли не в 2 раза по сравнению с 2012 годом?

В 2008 году (пока самые свежие данные Росстата) в систему ОМС поступило 252,3 млрд. руб. страховых взносов. Это 1,3% от выплаченной в этом же году заработной платы (19,55 трлн. руб.). С 1 января 2011 года тариф возрастает в 1,65 раза, т.е. при том же, что и в 2008 году объеме зарплаты в ОМС должно поступить почти 420 млрд. руб., но не 712 млрд., как считает Минздравсоцразвития. Но может быть в 2013 году по сравнению с 2008 годом существенно увеличится оплата труда в стране? Несложно подсчитать, что недостающие 298 млрд. руб. поступят, если общий объем зарплат в 2013 году составит 33,2 трлн. рублей или примерно 40 тыс. руб. в месяц в расчете на одного занятого. Хочу напомнить, что по самым свежим данным Росстата (апрель 2010 года) средняя начисленная зарплата в России составила 20383 руб. Выходит, что Минздравсоцразвития планирует всего лишь за три ближайших года почти двукратный рост оплаты труда? Но Правительство в прогнозе социально-экономического развития страны недавно утвердило ожидаемый размер средней номинальной зарплаты в 2013 года на уровне 26380 руб. в месяц. Так откуда же возьмутся планируемые на этот год 712 млрд. руб. страховых взносов работодателей? В данной ситуации я больше доверяю Правительству, чем Минздравсоцразвития.

2. Даже если допустить, что в систему ОМС в 2013 году действительно поступит почти 1,3 трлн. руб. и это составит, как заявляют представители Минздравсоцразвития, 75% от общих расходов на здравоохранение, то хватит ли этих средств для полноценного удовлетворения потребности нашего населения в медицинских услугах?

Снова посчитаем: 1,7 триллиона рублей - это, пользуясь официальным прогнозом Правительства, не более 3,8% ВВП. В экономически самый благоприятный год - 2007 год - государственные расходы на эти цели составили 3,4% ВВП. Казалось бы прогресс. Но есть несколько оговорок.

¹ Этот дефицит, видимо, будет покрываться из федерального бюджета.

Во-первых, в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) минимально допустимый уровень государственных расходов на здравоохранение - 7% ВВП.

Во-вторых, ВВП в расчете на душу населения России по паритету покупательной способности более чем в 2,2 раза уступает соответствующему показателю по ОЭСР. Поэтому наше отставание от развитых странах по государственному (бюджет + ОМС) финансированию здравоохранения не двойное, а более чем четырехкратное.

В-третьих, самое главное. Есть такой показатель DALY (сокращение от «Disability-adjusted life year»), используемый Всемирной организацией здравоохранения. Он состоит из суммы потенциальных лет жизни, потерянных из-за преждевременной смерти и нетрудоспособности, и измеряет "бремя болезней" для человека, а соответственно, и для общества. Один DALY эквивалентен потере одного года здоровой жизни. В России показатель общего бремени болезней в 2007 году составил 210 лет на 1 тыс. человек в соответствии с Международным классификатором болезней, в то время как во Франции этот показатель составил 137 лет, в Германии — 100 лет. Наибольшее бремя болезней (64%) в России приходится на 24 заболевания, в целом потери от этих недугов составляют 135 лет на 1 тыс. человек. В Германии этот показатель в 2,5 раза меньше, чем в России, и составляет 53 года, а во Франции в 1,6 раза меньше — 84 года. Эти сопоставления говорят о том, что здоровью российской нации нужны не косметические примочки, а глубокое и интенсивное лечение, которое невозможно, как бы мы ни старались внедрить самые современные экономические механизмы в предоставлении медицинских услуг, без быстрого и радикального увеличения *государственного* финансирования на эти цели. А это предлагаемой "реформой" никак не предполагается.

3. Альтернатива

А теперь вернемся к вопросу о размере государственных ресурсов, которые необходимо тратить в России для того, чтобы хоть как-то сформировать долговременный положительный тренд в состоянии здоровья нации. Выше уже отмечалось, что 7% ВВП - минимальный уровень, когда появляется хоть какой-то шанс на решение этой задачи. Откуда взять эти деньги в России?

Есть только два базовых варианта:

- бюджетная медицина (кстати, успешно функционирующая в целом ряде развитых стран, например, в Канаде, Великобритании);
- обязательное всеобщее медицинское страхование (Германия, Франция, а теперь и США).

В первом случае медицинские услуги предоставляются за счет налогов общего покрытия (нет целевых платежей). Во втором взимаются страховые взносы. И то, и другое дает искомые суммы по простой причине: все названные выше страны - экономические развитые, одним из признаков

которых являются высокие зарплаты, которые позволяют - либо через налоги, либо через страховые взносы - собирать приличные деньги на социальные расходы. В России же ситуация немного другая:

1. Средняя зарплата в несколько раз ниже, чем в развитые страны.
2. Большая часть занятых получает и вовсе мизерную оплату за свой труд - 10-15 тысяч рублей в месяц.
3. 20-25% зарплат находится в "тени", т.е. с них не платятся ни налоги, ни страховые взносы.

Причины просты:

1. Архаичная структура экономики, когда только имея отношение к добыче нефти и газа или работая в банковском секторе можно получать сколько-нибудь приличные деньги. Ведь неслучайно российский средний класс - это, в лучшем случае, не более 20% населения.

2. Тотальное недоверие к государству, в т.ч. к его способности честно тратить общественные деньги.

Вот и получается: имея экономику вчерашнего дня и неэффективное государство пытаемся осуществить столь сложный проект как обязательное медицинское страхование. Естественно, что главную задачу - поправить здоровье людей - он в принципе решить не может. Даже если мы будем иметь право, как предлагается в законопроекте, предъявлять свой страховой полис в любой точке страны, попытаться выбирать страховую компанию и врача и находиться в федеральной базе данных с нашей историей болезни. Всё равно возможности ОМС будут ограничены теми незначительными суммами, которые удастся собрать в виде страховых взносов и незначительными дотациями бюджетов.

Так что же делать? Вот примерная последовательность шагов:

1. Разработать систему медико-экономических стандартов оказания медицинской помощи.

2. На этой базе подсчитать реальную потребность российского общества в услугах здравоохранения.

3. Окажется, что в стране остро не хватает современного медицинского оборудования и квалифицированных кадров.

4. Ликвидировать систему ОМС как неоправдавшую себя в условиях нынешней России с передачей соответствующего страхового взноса на цели балансировки пенсионной системы.

5. В рамках бюджетного финансирования сформировать долгосрочную целевую программу (ДЦП) по укреплению инфраструктуры системы здравоохранения.

6. По мере реализации ДЦП поднимать степень реализации медико-экономических стандартов. Причем делать это публично, после широкого обсуждения.

7. Преобразовать нынешние территориальные фонды ОМС в информационные центры, которые ведут федеральный реестр как индивидуальных историй болезни, так и персонифицированных расходов по потреблению услуг бесплатного здравоохранения.

8. Принять комплекс стимулирующих мер по развитию дополнительного (добровольного) медицинского страхования (прежде всего льготное налогообложение и страховщиков, и потребителей услуг).

9. Стимулировать создание саморегулируемых медицинских организаций как врачей, так и пациентов с передачей им значительной части государственных полномочий по аттестации медицинских кадров и контролю за качеством оказанных услуг.