

**Стенограмма выступления С.В. Шишкина (Независимый институт социальной политики) на 5-й Международной научной конференции «Конкурентоспособность и модернизация экономики» 6 апреля 2004 г.**

Уважаемые коллеги, я буду говорить о проблемах здравоохранения и о задачах его реформирования с экономической точки зрения, поэтому я не буду напоминать вам об известных фактах увеличивающихся показателей общей заболеваемости, показателях смертности, состоянии здоровья. Надеюсь, что они вам известны.

С экономической точки зрения ключевые проблемы системы здравоохранения выглядят следующим образом:

- несбалансированность государственных гарантий бесплатной медицинской помощи с государственным финансированием;
- неэффективное использование имеющихся ресурсов;
- эклектичная, неэффективная, сложившаяся система финансирования здравоохранения, сочетающая элементы бюджетного и страхового финансирования.

Главной, с моей точки зрения, является проблема несбалансированности того, что мы конституционно гарантируем, и что государство реально обеспечивает. Если посмотреть на динамику расходов государства на здравоохранение, включая бюджет и средства обязательного медицинского страхования, то можно увидеть, что они сократились в реальном выражении на треть в течение 90-х годов. Это по минимальной оценке, рассчитанной с использованием индексов-дефляторов ВВП. С 2000 года государственные расходы растут, но мы до сих пор еще пока не вышли на уровень 1991 года. Гарантии же медицинской помощи никто не менял. Между тем появляются новые более дорогостоящие медицинские технологии, дорожают лекарственные средства, запросы людей растут. Соответственно разрыв между гарантиями и их финансовым обеспечением велик. Как же компенсирует наше общество этот разрыв? Это понятно - ростом расходов населения.

Расходы населения на лекарственные средства в реальном выражении выросли за период с 1994 по 2002 год в 3,6 раза, а расходы на платные медицинские услуги – в 6 раз. Очевидно, что эта динамика отражает не только ухудшение состояния здоровья населения, но и перенос на домохозяйства нагрузки по финансированию здравоохранения. Приведу некоторые данные о том, как у нас платят домохозяйства за медицинскую помощь. Это данные по двум типичным регионам средней полосы России, полученные в исследовании, проведенном Независимым институтом социальной политики в 2002-2003

гг. Две трети домохозяйств в провинции платят за стоматологическую помощь, больше половины платят при лечении в стационарах, треть платит за получение амбулаторно-поликлинической помощи. Причем ситуация сильно различается по регионам, и в том регионе, где бюджетное финансирование здравоохранения лучше, там выше показатели частоты обращения к формальной и неформальной оплате медицинской помощи.

В общественном сознании существует иллюзия, что большая часть расходов населения на медицинскую помощь идет в форме оплаты в руки. Однако данные практически всех социологических исследований показывают, что в кассу официально люди платят чаще и больше, чем они платят в руки. Еще очень интересный факт, который был обнаружен: если взять соотношение объемов средств, которые заплачены в кассу, в руки и на приобретение медикаментов для лечения в медицинских учреждениях, то окажется, что эти соотношения очень близки в двух обследованных регионах, несмотря на разный уровень государственного финансирования здравоохранения в этих регионах и доходов населения. Конечно, этот результат требует проверки по всем регионам страны, и для этого потребуются дополнительные опросы. Но судя по приблизительным оценкам, построенным по данным опроса RLMS, в остальных регионах эти показатели также достаточно близки. То есть вне зависимости от уровня государственного финансирования соотношение расходов пациентов на оплату медицинских услуг в руки, в кассу и на лекарства для лечения в поликлиниках и больницах очень близки. Это свидетельствует об укорененности некоторых социально-психологических установок в отношении необходимости дополнительных затрат на медицинскую помощь, которая гарантируется государством, и заставляет задуматься о перспективах и формах легализации оплаты медицинской помощи населением.

Каково в итоге сейчас соотношение государственных и частных расходов на здравоохранение? Примерно 62% тратит государство и 38% тратит население. Это при минимальной оценке размеров неформальных платежей, как равных примерно 40-45% от размера формальных платежей за медицинские услуги.

Когда обсуждаются экономические проблемы здравоохранения, особенно самими работниками отрасли, то часто можно услышать такую позицию: государство недоплачивает, мы мало тратим на здравоохранение в сравнении с другими странами, и потому естественно, что население вынуждено много доплачивать. Если рассмотреть показатель доли совокупных (государственных и частных) расходов на здравоохранение в ВВП, то мы тратим 5,5% ВВП. Это, действительно, вдвое меньше, чем страны Западной Европы, и на один-два процентных пункта меньше, чем страны Восточной и Центральной Европы. Но это примерно столько же, сколько тратят на здравоохранение страны с

аналогичным уровнем подушевого ВВП: Турция, Перу и др. Мы примерно на их уровне, и в этом смысле рассчитывать на значительное увеличение расходов на здравоохранение вряд ли придется, это будет противоречить общим тенденциям развития экономик других стран. И если посмотреть на долю частных расходов в совокупных расходах на здравоохранение, то у нас она, без учета неформальных платежей, по официальным данным, составляет 32%. Это выше, чем в странах западной Европы, где она колеблется от 20 до 25%, но гораздо ниже, чем в большинстве стран с аналогичным или более низким уровнем подушевого ВВП. Да, государство стало тратить на здравоохранение меньше. Да, мы перенесли часть расходов на здравоохранение на население, но мы - и общество в целом, и государство - тратим на здравоохранение примерно столько, сколько можем себе позволить.

Каковы же все-таки возможные пути решения проблемы несбалансированности существующих государственных гарантий и их финансового обеспечения? По конституции мы гарантируем всю бесплатную помощь, а позволить себе можем немного и гораздо меньше, чем в Западной Европе, где объем гарантий сопоставим с нашим или даже больше.

Первый подход, который отстаивают представители отраслевых групп интересов: давайте все-таки, сколько можем, увеличим финансирование. Понимаем что много нельзя, но тем не менее... И давайте мы сами усилим контроль за использованием ресурсов, а вы лучше вмешивайтесь во внутренние проблемы отрасли – мы сами лучше знаем, как эти деньги потратить. Позиция примерно аналогичная образованию – дайте побольше денег, мы сами наведем порядок. При этом каждый управленец говорит, что порядок нужно навести на другом уровне иерархии. Минздрав говорит, что это нужно в первую очередь делать на уровне субъектов Федерации, органы здравоохранения субъектов Федерации говорят, что это главврачи должны наводить у себя порядок, а главврачи – что это должны делать заведующие отделениями.

Второй подход - это пересмотр конституционных гарантий. Естественно он может и должен обсуждаться. Если не можем сбалансировать гарантии с ресурсами, не можем сильно увеличить государственное финансирование, то, может быть, уменьшить гарантии? Как уменьшить? - Сократить виды медицинской помощи, которая гарантируется, убрать, например, стоматологию, оставить только помощь при неотложных состояниях, убрать всю плановую медицинскую помощь, которую можно подождать. Именно так по необходимости сделали многие страны СНГ. Этот путь решения проблемы решения возможен, но понятны его политические и социальные издержки.

Один из вариантов этой позиции - давайте введем соплатежи населения за каждое обращение к врачу, за каждый день пребывания в больнице. Мы и так вроде бы платим, давайте теперь официально, по определенному тарифу каждый из нас будет платить, причем эту сумму можно дифференцировать в зависимости от реальной стоимости полученных услуг. Опыт введения таких соплатежей есть за рубежом

Вроде бы экономически очень привлекательное предложение, но надо при этом понимать, что, это все равно пересмотр конституционных гарантий, и главное - мы лишаем четкости разграничение ответственности государства и населения за медицинскую помощь, если критерием разграничения будет только доля стоимости медицинской помощи, которая оплачивается населением. В зависимости от финансового состояния бюджета, в зависимости от состояния экономики эта граница, этот процент, который население будет возмещать, будет меняться. И скорее всего, - перемещаться в сторону населения.

Наконец, третий подход состоит в следующем: давайте все-таки вмешаемся в вопросы организации здравоохранения, внутрь отрасли, и давайте попытаемся конкретизировать гарантии, определить, что именно в терминах медицинских услуг обязаны гарантировать бесплатно каждому обратившемуся за медицинской помощью, а не декларировать, что гарантируется вся необходимая медицинская помощь.

Как публично любят провозглашать врачи, больному должно быть предоставлено бесплатно все, что ему необходимо по медицинским показаниям. Но эта позиция лукавая, потому что бесплатно предоставляется не все и не всем, а часть предоставляется за деньги..

Предлагаемый альтернативный подход кажется очень простым: давайте попытаемся четко определить, что именно мы гарантируем. Но он оказался очень сложным технически. Как это определить? И вот что предлагается. Первое, давайте для каждого заболевания сделаем клинико-экономические стандарты, и там укажем, что больному положено. Это потребуются сделать 1000-1100 клинико-экономических стандартов. Давайте определим условия оказания медицинской помощи, количество лиц в палате, питание и т.д. Давайте четко определим порядок направления пациентов к специалистам и на госпитализацию: вы можете пойти на консультацию к специалисту не по собственному желанию, а только по направлению врача общей практики, а если по собственному желанию, то тогда платите. Идти в медицинское учреждение для плановой, неострой госпитализации тоже только по направлению врача общей практики. Это обычная на западе практика, а у нас сейчас полная свобода, и каждый ходит туда, куда хочет и может.

Конкретизация гарантий сейчас и рассматривается в качестве основного подхода к решению проблемы несбалансированности. И вот как будет выглядеть клинко-экономический стандарт оказания медицинской помощи при заболевании. Он будет включать, во-первых, перечень безусловно гарантируемых услуг и лекарств. Каждому больному будет положен определенный набор услуг и лекарств, который необходимо предоставить при этом заболевании. Во-вторых, будет определен перечень услуг и лекарств, которые предоставляются по медицинским показаниям, условно, на 100 больных делается 80 ультразвуковых исследований (УЗИ). Далее указывается тип медицинской организации, где такие услуги должны быть оказаны. Если это аппендицит, то это районная и городская больница, а не областная или федеральная клиника. Указывается стоимость и ряд других параметров.

Работа по определению таких стандартов ведется на федеральном уровне. Прототипы таких стандартов имеются в ряде регионов. Определенная работа здесь уже проведена. Разработчики стандартов уверяют, что если их аккуратно сделать и включить в них эффективные с клинко-экономической точки зрения услуги и препараты, то стоимость выполнения всей совокупности таких стандартов будет меньше, чем существующий объем государственного финансирования здравоохранения. Если эти оценки слишком оптимистичны, если мы, проведя всю эту работу, выстроим такие стандарты и увидим, что стоимость их выполнения все-таки превышает реальные возможности государства, тогда нам будет необходимо возвращаться к элементам второй стратегии, то есть пересматривать либо состав видов гарантий, либо все-таки вводить какие-то соплатежи. Но тогда размеры этих соплатежей будут обосновываться четким указанием, за что доплачивает пациент в соответствии с этим стандартом.

Если имеются клинко-экономические стандарты, то все, что превышает по объему эти стандарты, все отклонения от установленных маршрутов оказания медицинской помощи, нужно будет оплачивать на легальной основе. Именно это понимается под развитием механизмов легальной оплаты медицинской помощи - оплата услуг и лекарств сверх клинко-экономического стандартов. Необходимо также налоговое стимулирование частных расходов на здравоохранение. Оно и сейчас существует, но налоговые льготы должны быть увеличены.

Необходимо и внедрение новых форм сочетания добровольного и обязательного медицинского страхования. Существуют предложения о предоставлении возможности добровольного выхода из системы обязательного медицинского страхования (ОМС) и разрешении «забрать с собой» часть социального налога для оплаты страховки по добровольному медицинскому страхованию. Минфин такие предложения рассматривал и

отверг. Тем не менее, они, на наш взгляд, вполне разумные, и расчеты показывают, что если сейчас номинальная ставка налога 3,6%, то выход даже трех верхних децильных доходных групп в систему добровольного медицинского страхования позволяет отдать им назад 1,5-1,8 процентной ставки социального налога. Того, что останется, хватит для балансировки обязательств для всех остающихся в системе ОМС. То есть, выход части застрахованных из ОМС не будет угрожать возможностям получения гарантируемой медицинской помощи для остальной части населения.

Возможна и более скромная форма выхода из системы ОМС. Если вы покупаете страховку по добровольному страхованию, которое охватывает все обязательства по ОМС, то вам, а точнее вашему новому страховщику, возвращают деньги в размере подушевого норматива финансирования, который приходится в системе обязательного медицинского страхования в среднем на одного застрахованного. Это около 1,5 тыс. рублей. Вроде бы немного по сравнению со стоимостью страховки по добровольному медицинскому страхованию, но для создания корпоративных систем добровольного медицинского страхования эти суммы оказываются уже весьма значительными, и они стимулируют развитие в легальных формах сочетания государственного и негосударственного финансирования здравоохранения.

Следующая проблема - это низкая эффективность системы здравоохранения. Так, показатели длительности госпитализации у нас в 1,5 раза выше, чем в странах Западной, Центральной и Восточной Европы; врачей на 10 тыс. населения у нас тоже больше, чем в странах Центральной и Восточной Европы и странах СНГ; коек на 10 тыс. населения почти вдвое больше. А состояние здоровья, состояние здравоохранения хуже. И вот эта избыточность мощностей, которая используется с низкой эффективностью, есть реальная проблема здравоохранения.

Что предлагается здесь в качестве направления необходимых преобразований? Это реструктуризация медицинской помощи, это перемещение части объемов медицинской помощи со стационарного на амбулаторный этап, это оптимизация потоков пациентов из сети стационаров и развитие первичной медико-санитарной помощи по принципу общих врачебных практик. Эти направления много лет обсуждались, но, к сожалению, изменения здесь минимальные, и в том числе потому, что действенных механизмов пока не применялось, которые бы реально способствовали этой реструктуризации.

В качестве такого механизмов могли бы выступать изменения организационно-правовой формы медицинских учреждений, предоставление им большей автономии и возможности самостоятельно зарабатывать и использовать средства, замена сметного

финансирования оплатой за количество и качество оказанных медицинских услуг. Если мы произведем эти изменения и дадим возможность плательщикам за медицинскую помощь - страховщикам в системе ОМС - размещать свои заказы на объемы медицинской помощи среди тех медицинских организаций, которые способны эту медицинскую помощь оказать экономичнее и качественнее, то это будет способствовать сокращению избыточных мощностей и перепрофилированию медицинской сети.

Необходимым механизмом реструктуризации является изменение методов планирования бюджетных расходов на здравоохранение. До сих пор у нас расходы в субъектах Федерации и в местных бюджетах на здравоохранения планируются по мощности медицинских учреждений, а не по объему помощи, которую надо оказать. Раз они планируются по мощности, то, естественно, сокращать койки никто не будет.

Необходимым механизмом является разработка территориальных программ реструктуризации. Это уже административный механизм, который в сочетании со всеми предыдущими тоже может сработать на проведение реструктуризации.

Следующая ключевая проблема – это эклектичность сложившейся бюджетно-страховой системы финансирования. Мы не завершили введение системы обязательного медицинского страхования, которое было начато в первой половине 90-х гг.. Предполагалось, что она заместит систему бюджетного финансирования. Она ее не заместила, а дополнила. Взносы за неработающее население платятся не в полном масштабе, и ОМС аккумулирует недостаточно средств, чтобы оплатить полную стоимость оказываемой медицинской помощи в соответствии с программой обязательного медицинского страхования.

Мы имеем значительную региональную дифференциацию расходов на здравоохранение - до 14 раз между разными регионами в душевом выражении. Мы в итоге имеем двойственность государственного финансирования медицинских учреждений, когда они, с одной стороны, финансируются из местных бюджетов по смете, это примерно половина средств учреждений, а с другой стороны финансируются из ОМС за результаты, но это лишь немногим более 40% средств (остальное – доходы от платных услуг населению). При такой смешанной системе у учреждений нет сильных стимулов к повышению эффективности использования получаемых средств.

Очень болезненная проблема - это роль страховщиков, частных страховых медицинских организаций и фондов обязательного медицинского страхования в этой системе. Когда задумывалось введение ОМС, хотели внедрить конкурентную модель, стимулировать конкуренцию между страховщиками, конкуренцию между медицинскими организациями. Это активно поощрялось специалистами Всемирного банка.

Конкуренции не получилось изначально. Когда начали формировать правила работы страховщиков в ОМС, свели возможности для их конкуренции к нулю: страховщики стали пассивными передатчиками средств. В этих условиях их присутствие в этой системе действительно стало проблематичным, и теперь другие специалисты Всемирного банка приезжают к нам и спрашивают – а зачем мы это все сделали, мир это уже не делает, ни у кого конкуренции не получилось. С конкуренцией покупателей медицинской помощи пока действительно не получилось нигде.

У нас существует две альтернативы, что делать с этой бюджетно-страховой системой. Одна - превратить систему ОМС в разновидность бюджетной системы финансирования. На практике это означает убрать оттуда страховщиков, а фонды обязательного медицинского страхования подчинить органам здравоохранения. И надо сказать, по этому пути пошли все страны СНГ и Восточной Европы. Они фактически отказались от идеи выстраивания конкурентной модели покупателей медицинских услуг в системе общественного здравоохранения.

Вторая альтернатива - все-таки попытаться модернизировать систему ОМС на основе усиления страховых принципов и создать реальные условия для конкуренции страховщиков. Второй путь сейчас избран Правительством. Закон об обязательном медицинском страховании, который сейчас обсуждается, ориентирован на реализацию именно второго пути. Раз мы создали эту инфраструктуру страховщиков, инфраструктуру страхования, то глупо уже от нее отказываться, но давайте перейдем на деле от бюджетной к страховой системе финансирования и попытаемся создать более эффективную систему страхового финансирования.