

Плюсы и минусы обязательного медицинского страхования

Похоже, политики всерьез взялись за реформирование здравоохранения. Нынешним летом Верховная Рада активизировала попытки принять закон о всеобщем медицинском страховании. И, судя по всему, принятие его – дело времени. Вот только решит ли он основные проблемы отечественной системы медицинского обслуживания?..

Три кита медицины

Существуют 3 системы здравоохранения: преимущественно частная (как в США), преимущественно государственная и преимущественно страховая.

Самая старая система медицинского страхования – в Германии. В 1883 г., во времена правления кайзера Вильгельма I и рейхсканцлера Отто фон Бисмарка, был принят закон, согласно которому каждый работник обязан вносить часть своей зарплаты в так называемую больничную кассу, причем его взнос составлял две трети страховой суммы, еще треть вносил работодатель. При этом в Германии еще с XVIII в. существовали профессиональные общины, члены которых добровольно вносили определенную сумму на случай болезни, таким образом страхуя себя и своих товарищей. По сути, закон Бисмарка закрепил и отрегулировал эту практику, а также переложил часть трат на работодателя.

Эта система действует в Германии до сих пор, хотя, конечно, с течением времени она усложнялась и совершенствовалась. По сути, больничные кассы сегодня – это некоммерческие страховые фонды, деятельность которых строго регулируется государством. Они бывают местными (по месту жительства), производственными (по месту работы) и профессиональными (например, морскими или горняцкими). Системой обязательного страхования охвачены 90% немецких граждан; 8% имеют частную страховку, за 2% неимущих платит государство.

Почти такая же ситуация во Франции, только вместо больничных касс там функционируют крупные страховые фонды. Подобная модель здравоохранения действует в Австрии, Бельгии, Нидерландах, Швейцарии и многих странах Восточной Европы. Ее особенность состоит в том, что государство тратит на здравоохранение относительно мало, перекладывая основную тяжесть на работодателей (50-60% зарплаты работника). Сами граждане платят меньше: во Франции – 16% от зарплаты, Италии – 13%, Нидерландах – 9%, Японии – 7%. Получается, что богатые платят за бедных, здоровые за больных, работающие – за пенсионеров. Работает принцип общественной солидарности, благодаря которому всем независимо от доходов гарантирован одинаковый уровень медицинского обслуживания. Достоинство такой системы – широкий выбор врачей и клиник, что обеспечивает конкуренцию и высокое качество услуг; главный недостаток – постоянный рост стоимости медицинских услуг, которую государство не может регулировать. Соответственно приходится вводить дополнительные платежи (например, 10 евро в месяц на лекарства), а также ограничения по страховке: полностью оплачиваются не все услуги или медикаменты (в частности, в стоматологии ограничения довольно серьезные). Тем не менее за счет страховки возможно получить санаторно-курортное лечение, витаминотерапию, а в некоторых случаях даже оплатить услуги пластического хирурга и операцию по смене пола.

Другая модель здравоохранения, преимущественно бюджетная, действует в Великобритании, Швеции, Дании и ряде стран Северной Европы. Там большинство медицинских учреждений (в Норвегии – почти 100%) принадлежат государству, и медицинские услуги оплачиваются из бюджета. Деньги из бюджета распределяют по врачам и медицинским учреждениям

в соответствии с количеством пациентов, обратившихся за помощью, то есть целенаправленно покрывают расходы больницам на оказание помощи. Кроме того, в некоторых случаях государственные деньги идут и в частные клиники, с которыми заключаются соответствующие договоры на обслуживание пациентов (скажем, специализированные клиники с оборудованием, которого нет в государственной больнице в данном районе).

В Великобритании государственная медицина оплачивается из налогов граждан, и в целом тут тоже соблюдается принцип «богатый платит за бедного». Здесь тоже качество медицинских услуг не зависит от дохода – медицина доступна абсолютно для всех людей, проживающих в стране на законных основаниях. Правда, есть и недостатки: пациентам приходится стоять в очереди. Приема у терапевта (семейного врача), если случай не срочный, можно ждать неделю, а у специалиста – до полугода. Можно, конечно, и быстрее получить услугу, но тогда нужно платить из собственного кармана или по добровольной страховке, которая стоит существенно дороже. Некоторые работодатели оплачивают частные страховки для своих сотрудников.

Что касается США, то там спасение утопающего – дело рук самого утопающего. Практически вся медицина частная, при этом действуют крупные частные страховые фонды, и 80% граждан имеют частные страховки. А вот если таковой нет, лечение может обернуться огромными счетами.

Государство в ответе на 55%

Итак, есть 3 подхода, проверенные временем, со своими плюсами и минусами. В Украине доставшаяся по наследству советская система здравоохранения практически не действует. Понятно, что денег в бюджете на качественное финансирование здравоохранения нет, но дело не только в этом: нужны структурные реформы. С 2007 г. на рассмотрении в Верховной Раде находятся 4 проекта закона об обязательном медицинском страховании. Нынешним летом депутаты разработали очередной проект. Инициатор нового проекта, учитывающего плюсы и минусы предыдущих, глава Комитета Верховной Рады по здравоохранению Татьяна Бахтеева совершенно справедливо полагает, что на работников и работодателей весь финансовый груз переложить не удастся. Украинские предприниматели и так платят очень высокие налоги и потому предпочитают практику зарплат в конверте, так что взносы в результате будут минимальными. Проект Т. Бахтеевой предполагает следующее.

1. Создать единый страховой фонд, куда будут поступать бюджетные деньги, взносы работников и работодателей. Поскольку Фонд социального страхования уже существует, он будет реформирован для новых целей и получит соответствующее название (Фонд обязательного социального медицинского страхования, например). Каждый гражданин, а также иностранец, постоянно проживающий в Украине на законных основаниях, получит страховой полис.
2. Госбюджет будет вносить 55% средств фонда, остальное – работодатели и сами граждане. Часть от зарплаты, которую придется вносить

гражданам и их работодателям, пока не определена, но, очевидно, будет невелика (до 5%).

3. Государство будет полностью оплачивать страховку инвалидам, пенсионерам, детям, солдатам срочной службы, безработным (состоящим на учете в центре занятости), женщинам в отпуске по уходу за ребенком и некоторым другим категориям граждан.
4. Предусмотрено дополнительное страхование (по желанию можно вносить дополнительные суммы и получить полис с более широким спектром услуг в частных клиниках).

Эксперты сходятся в том, что этот проект, как и предыдущие, очень далек от идеала. Прежде всего потому, что остается неясным механизм распределения средств фонда между поставщиками медицинских услуг, то есть больницами и клиниками. Как им будут платить: фиксированную сумму за каждого обслуженного пациента, или по стоимости услуги, или по количеству коек, или просто распределять средства фонда, как сейчас распределяются бюджетные? Противники законопроекта утверждают, что его принятие создаст еще одну финансовую пирамиду, так как способ распределения денег не прозрачный. Другими словами, это прямой путь к коррупции и нецелевому использованию средств. Кто будет оценивать качество оказанных услуг, тоже пока неясно. Должна быть создана система независимого оценивания, куда можно будет обратиться в случае, если качество услуги, по мнению пациента, является неудовлетворительным. Для этого должна быть разработана общегосударственная система стандартов обслуживания, описывающая, как должен действовать врач или медучреждение в том или ином случае. Т. Бахтеева готова учесть все замечания критиков, чтобы медицинское страхование наконец стало реальностью: «Государство выделяет на охрану здоровья от 2,5 до 3,9% от ВВП, а ВОЗ определила аналогичный показатель в 5%. Это минимум, при котором система может существовать. Поэтому нужно внедрять медицинское страхование и использовать опыт наших соседей».

Обязательный страховой полис включает:

- медицинскую помощь (в том числе оперативные вмешательства) в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и другими расстройствами здоровья, а также профилактические мероприятия; плановые осмотры, лечение и протезирование зубов, иммунизацию (в том числе от сезонных инфекций);
- помощь при беременности и родах;
- выдачу справок для предъявления по месту работы, в детских учреждениях, копий осмотров.

Не предусмотрены:

- лечение СПИДа, наркомании, психиатрических заболеваний;
- санаторно-курортное лечение;
- трансплантация;
- все виды экспертиз (судебные, психиатрические, патологоанатомические); выдача справок для вождения автомобиля, приобретения оружия, получения виз, лечения за границей.

! На лечение среднестатистического жителя экономически развитой европейской страны тратится 2 тыс. долларов в год, гражданина США – 3,5 тыс., украинца – 50-80 долларов.

Українські больничні каси

Больничные страховые кассы существовали не только в Германии, но и в Украине: первая больничная касса была создана на адмиралтейском заводе «Руссуд» в г. Николаеве в 1870 г. В Украине функционировали больничные кассы двух типов — заводские и объединенные. С 1913 г. они получили право строить собственные больницы, нанимать врачей, открывать аптеки.

В последние годы в некоторых регионах Украины (в частности, в г. Комсомольске Полтавской области) идет эксперимент по возрождению больничных касс. Фактически они работают не как страховые фонды, а как накопительные счета. Взносы добровольные и небольшие: 15 грн в месяц с работающего, 10 грн — с пенсионера. Минусы: объем предоставляемой помощи зависит от суммы на личном счете; медицинские услуги можно получить только в учреждениях, с которыми у кассы заключен договор. Плюсы: больничные кассы закупают лекарства не в аптеках, а на складах, что позволяет экономить. Кроме того, если средств недостаточно, авансом можно получить лекарств на 250 грн. Однако в сложившейся ситуации такие кассы, безусловно, не способны кардинально изменить ситуацию в здравоохранении.

! В июле Институт Горшенина провел телефонный опрос «Страховая медицина в Украине» во всех областных центрах, г. Киеве и Севастополе. В нем приняли участие 1000 респондентов в возрасте от 18 лет. Выяснилось, что: большая часть украинцев (65,2%) считают систему здравоохранения коррумпированной. Около трети граждан Украины (36,3%) полагают, что в случае введения страховой медицины уровень коррупции в системе здравоохранения уменьшится, но почти столько же считают, что ничего не изменится. Тем не менее почти половина опрошенных (45,2%) поддерживают введение в Украине страховой медицины.

Частная инициатива

Добровольное страхование здоровья украинские страховые компании предлагают давно, с середины 1990-х гг. Чаще всего полисы покупают не частные лица, а предприятия для своих сотрудников. Существует множество видов программ страхования: полис экстракласса (от 5-6 тыс. грн в год) покрывает все расходы на лечение страхователя, дороже — и членов его семьи; стандартные полисы (от 3 тыс. грн) предполагают ряд ограничений и распространяются только на определенную часть услуг, причем в государственных учреждениях. Большинство страховых компаний ограничивают выбор списком медучреждений, с которыми у компании заключен договор. Но в некоторых случаях идут навстречу клиенту: скажем, если вы привыкли обслуживаться в определенной клинике или у определенного врача, страховая компания может заключить договор с этим врачом или с этой клиникой. Некоторые полисы позволяют застрахованному обратиться практически в любую клинику, а затем (при наличии документов — счетов, справок) страховая компания возмещает затраты на лечение, но в пределах заранее оговоренной суммы. Некоторые страховые компании создают собственные медицинские центры, в которых и оказывается вся необходимая помощь (в установленном полисом объеме).

Любой полис обеспечивает приезд бригады скорой помощи, причем в большинстве случаев — из частной клиники. Также в любом полисе предусматривается возмещение затрат на медикаменты.

Если человеку, который владеет полисом добровольного страхования, требуется медицинская помощь, он звонит диспетчеру по телефону, указанному в полисе, рассказывает о своей проблеме, и диспетчер принимает решение. Например, присылает бригаду скорой помощи, или записывает на прием к специалисту, или направляет в клинику. Если клиент попадает в больницу, не успев позвонить в страховую компанию, то дальнейшие его расходы в этой больнице будут оплачены только в том случае, если он сможет их документально подтвердить (чеками из аптеки, назначениями врача).

Обычно полис не покрывает лечение хронических заболеваний, системных заболеваний (диабета, онкопатологии), тяжелых инфекций (ВИЧ, туберкулеза). Стоматологические услуги оплачиваются в ограниченных пределах. Не попадает под действие страхового полиса травма или болезнь, наступившая в результате алкогольного или наркотического опьянения, инвалидность или смерть от несчастного случая, увечья вследствие попытки самоубийства. Некоторые полисы включают оздоровительные мероприятия, например курс витаминов, терапии, вакцинацию или посещение бассейна. Главный плюс добровольного страхования — это, конечно, возможность выбора. Главный минус — то, что чем старше человек и чем больше у него проблем медицинского характера, тем дороже полис и тем больше вероятность, что страховая компания вообще не согласится его застраховать.

Комментарии



О перспективах введения обязательного медицинского страхования мы расспросили **Сергея Антонова, директора Центра медицинского права.**

? Почему в Украине до сих пор нет системы обязательного медицинского страхования? Она есть и в России, и в Молдове — чем отличаемся мы?

Причина очень простая. В нашей Конституции есть статья 49 о предоставлении бесплатной медицинской помощи. И каждый раз при обсуждении очередного проекта всплывает вопрос об этой статье. Кто из политиков решится во всеуслышание объявить, что ратует за отмену бесплатной медицины для всех? К тому же действующее законодательство Украины сегодня не может адекватно регулировать большинство правоотношений, возникающих в сфере медицинского обслуживания.

? Как Вы оцениваете опыт наших ближайших соседей?

— С формальной точки зрения в России все в порядке, система работает отлажено. Есть единый Фонд социального страхования; есть система оценки медицинской помощи, которая определяет соответствие качества медицинских услуг; есть страховые компании, которые заключают договоры с медучреждениями разной формы собственности. Но поскольку никто не проводил реформу здравоохранения в России, то, по сути, с точки зрения потребителя ничего не изменилось. Все те же постсоветские больницы, те же устаревшее оборудование, те же равнодушные врачи, которым точно так же нужно доплачивать из своего кармана за «улучшенный» сервис! В основном фонд финансируется за счет государства, как это предлагается сделать и у нас в проекте Т. Бахтеевой. В Молдове, по оценкам большинства экспертов, система обязательного медстрахования более совершенна, чем в России, причем молдавские законодатели начали именно с реформирования системы здравоохранения.

? Какой из 4 проектов социального страхования, находящихся на рассмотрении в Верховной Раде, Вам кажется оптимальным?

— Ни один из них таковым не является. Главная проблема — отсутствие системных реформ. Если проект в конце концов примут, это будет повторение российского опыта.

? Как обстоят дела с добровольным страхованием в Украине? Насколько часто Вам как юристу приходится сталкиваться с невыплатой по страховому полису?

— В 2008-2009 гг. система добровольного страхования показала себя не с лучшей стороны. Неоднократно отмечались случаи, когда страховая компания отказывалась оплачивать медицинским учреждениям уже оказанные услуги. Пострадали не только медучреждения, но и застрахованные пациенты, которым зачастую приходилось дважды оплачивать медицинские услуги. Сейчас финансовое положение страховых компаний стало улучшаться, но страховки подорожали на

25-30%, значительно сократился объем медицинских услуг, которые они покрывают. Кроме того, бывают проблемы, связанные с недостаточно ясными формулировками. Например, если в полисе написано, что будут оплачены «лекарства средней ценовой группы», это неизбежно создает конфликтную ситуацию. Поэтому нужно внимательно читать полис и все приложения к нему, следить за тем, чтобы четко были определены объем помощи, стоимость лечения, список медучреждений, в которых помощь будет оказана и т. д.



О том, как сегодня обстоят дела в сфере добровольного медицинского страхования и перспективах в этой отрасли в связи с возможным принятием закона об обязательном медстраховании, мы расспросили непосредственного игрока страхового рынка, **Геннадия Мысника, заместителя председателя правления страховой компании «ИНГО Украина».**

? Часто ли граждане Украины прибегают к добровольному медицинскому страхованию?

— Сегодня, по нашим подсчетам, к услугам добровольного страхования прибегает 5-7% населения. Основные потребители добровольного медицинского страхования — юридические лица. Кроме того, что работодателю выгоднее заботиться о здоровье своих подчиненных, чем оплачивать им больничные, для крупных клиентов страхование обходится на порядок дешевле, чем для физического лица. С частным лицом риски гораздо выше: сотрудники компаний — это, как правило, молодые люди активного образа жизни, которые сами не склонны болеть или еще не приобрели хронических тяжелых заболеваний. Частное лицо, покупающее полис, предположим, на год, — это всегда риск компании, так что и компенсировать эти риски мы стараемся стоимостью своих услуг.

? Вы заключаете договоры только с частными клиниками?

— И с частными, и с государственными. Вообще, добровольное медицинское страхование возникло, чтобы удовлетворять запросы сотрудников транснациональных корпораций, в чей социальный пакет при приеме на работу входит и гарантированная медицинская помощь. Чуть позже к этому сегменту добавились еще и сотрудники крупных промышленных предприятий Украины, особенно те, кому стало слишком накладно содержать медсанчасти в структуре самих предприятий. Естественно, что первые и вторые пользуются разными программами страхования и полисами разной стоимости. В первом случае мы предоставляем своим клиентам практически любую urgentную, поликлиническую медицинскую помощь, профилактические и оздоровительные мероприятия, а также плановую госпитализацию преимущественно в частных клиниках. Во втором оказываемые услуги характеризуются более узким спектром и проводятся на базе госучреждений. При этом все программы предусматривают получение медицинских услуг и медикаментов для этого лечения бесплатно.

? Каково Ваше мнение о проектах обязательного медицинского страхования, которые рассматриваются в Верховной Раде? Как Вы считаете, составит ли обязательное страхование конкуренцию добровольному?

— Система государственного медицинского страхования призвана сделать доступнее оказание urgentной помощи и решить проблему необходимых медикаментов. Как показывает опыт хотя бы соседней России, в которой обязательное медстрахование действует не первый год, никаких серьезных проблем в здравоохранении, связанных с устаревшей материально-технической базой, неравным доступом к услугам разных слоев населения, она не решает. Во всех моделях социального страхования есть свои недостатки и достоинства. В любом случае, даже при наличии обязательного медицинского страхования, всегда останется место добровольному, с более широким покрытием и качественно другим уровнем сервиса.

Подготовила **Виктория Куриленко**