

БУДУЩЕЕ – ЗА СТРАХОВАНИЕМ В МЕДИЦИНЕ



В республике идет подготовка к внедрению в скором времени обязательного медицинского страхования. Чем вызвана необходимость смены механизма финансирования здравоохранения, на какой основе будет строиться система ОМС и как повлияет новая форма организации медобслуживания на систему здравоохранения, качество медицинских услуг? Какова практика и опыт других стран в этой области? Об этом своим мнением делится Жанна КАЛМАТАЕВА, доктор медицинских наук, ректор Высшей школы общественного здравоохранения Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

В Послании Президента Республики Казахстан – Лидера Нации Н.А. Назарбаева народу Казахстана «Социально-экономическая модернизация – главный вектор развития Казахстана» было сказано: «Человек должен понимать, что ему невыгодно болеть. У нас бесплатное здравоохранение, но будущее – за страхованием в медицине, как это сейчас делается в пенсионных фондах. При этом будет реализовываться солидарная ответственность за здоровье, при которой сам человек несет ответственность, его работодатель и государство. Чем хуже здоровье у человека, тем меньше его будут страховать, чем лучше – тем больше будет сумма страховки. Сейчас

люди выбирают те лечебные учреждения, где лучше медицинское обслуживание. Они определились с этим вопросом, теперь нужно продвигаться дальше. Поэтому поручено внести предложения по развитию системы здравоохранения с учетом внедрения механизмов солидарной ответственности граждан за свое здоровье.

Условия для запуска этого механизма и создания устойчивой системы медицинского страхования, которая основана на четырех позициях (правовая, экономическая, организационная и социально-психологическая), в нашей стране имеются.

Успешно реализуется Государственная программа развития

здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 годы. Реализация программы способствует созданию условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрения специальных социальных услуг, а также создания условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, профессионального и личностного роста медицинского персонала.

В нашей стране развивается и страховой рынок, о чем можно судить только по заключениям

На сегодня в Казахстане все три источника на рынке представлены, поэтому условия для запуска системы медицинского страхования есть, другой вопрос – детализация и технологии этого механизма.



экспертов этой сферы. В специальном докладе А.М. Best (сентябрь 2012, Лондон) было сказано, что страховой рынок Казахстана восстанавливается. В 2011 году общий объем подписанных премий вырос на 25,4 % и составил 175,5 млрд тенге (\$1,2 млрд). В 2012 году рынок страхования продолжил рост, о чем свидетельствуют данные Комитета по контролю и надзору финансового рынка и финансовых организаций Национального Банка Казахстана. Общий объем страховых премий в 2012 году к 1 июля достиг 99,5 млрд тенге, что соответствует 12,5 % роста по сравнению с первым полугодием 2011 года.

Тем не менее страховой сектор мал и факторы его роста разнообразны. Они включают экономическое развитие, которое ведет к повышению спроса на услуги добровольного страхования. Обязательные виды страхования также поддерживают рынок страховых услуг.

Иветта Эссен (Yvette Essen), директор отраслевых исследований в Европе и на развивающихся рынках, отметила, что «степень проникновения страховых услуг низка, отчасти потому, что в условиях социально-экономической системы бывшего СССР люди, как правило, больше рассчитывали на помощь со стороны государства. Однако страховщики полагают, что отношение к страхованию и приобретению страховых полисов изменится с появлением нового поколения».

В I квартале 2012 года рынок медицинского страхования Казахстана вырос по сравнению с ана-

логичным периодом прошлого года на 25,4 % – до 7,8 млрд тенге. По данным страховой компании AMANAT INSURANCE, на 1 января 2012 г. рынок медицинского страхования Казахстана составлял 12,4 млрд тенге.

Финансирование систем медицинского страхования осуществляется из трех источников: страховые взносы работодателей – отчисления от доходов (налоги); заработки трудящихся – отчисления из заработной платы; средства государственного бюджета. На сегодня в Казахстане все три источника на рынке представлены, поэтому условия для запуска системы медицинского страхования есть, другой вопрос – детализация и технологии этого механизма.

Думаю, что внедрение ОМС однозначно окажет влияние на конкурентоспособность медицинских и страховых компаний, так как одним из основных пунктов медицинского страхования являются выплаты за предоставленную медицинскую помощь, контроль оказанной медицинской помощи, соответствие назначений врача стандартным протоколам диагностики и лечения, соответствие профессионального уровня врача требованиям страховой компании.

Безусловно, если ОМС станет реальностью, это должно положительно сказаться в целом на жизни каждого казахстанца, на благосостоянии и здоровье нации. Медицинское страхование стоит на страже здоровья населения, гарантируя не только оплату предоставленного медицинского сервиса, но и ка-

чественное лечение, так как один из основных принципов медицинского страхования – высокая эффективность медицинской помощи. Что касается затрат на лечение, то опыт стран показывает, что страховая компания возмещает расходы, связанные с применением эффективных способов лечения, с положительным результатом оказания медицинских услуг. Очевидно, что усилится ответственность врачей за выполнение отработанных и четких схем лечения, снизится врачебная полипрагмазия, уменьшатся последствия врачебных ошибок.

Надо понимать, что страховая система основана на принципах солидарности участников страхования (медицинская организация, страховая компания, государство и застрахованное лицо). Застрахованным лицам предоставляется возможность выбора врача, лечебно-профилактической организации. В страховой медицине наиболее важными являются проблемы обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи уязвимым группам населения, оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных. Главное, что с введением системы страхования возрастает солидарная ответственность за свое здоровье каждого гражданина нашей страны. Соответственно, предполагается, что введение ОМС в целом позитивно скажется на благосостоянии и здоровье нации.

Для нас может быть интересным и полезным опыт других стран в этом направлении. В настоящее время можно выделить

три основные, принципиально отличающиеся системы здравоохранения. Первая – преимущественно государственная (Великобритания), вторая – преимущественно страховая система, представленная в таких европейских странах, как Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторых государствах Латинской Америки, Японии и др.; третья – преимущественно частная (платная) система (США).

Практически ни в одной из достаточно развитых стран указанные системы не представлены в чистом виде. Более того, в ряде стран получает преимущественное развитие то одна, то другая система. И существует много видов медицинского страхования.

Так, в Германии действует одна из наиболее развитых систем социального медицинского страхования. Она была введена в Европе в 1883 г. Бисмарком, и в настоящее время ею охвачено более 90 % населения 8 % охвачено частным медицинским страхованием и за 2 % неимущих платит государство). Эта система обеспечивает необходимую медицинскую помощь в случае заболевания для всех застрахованных.

Система обязательного страхования осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации – больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Существует несколько видов касс: местные (преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных), расположенные по месту жительства, производственные (по месту работы), морские, горняцкие, сельскохозяйственные и эрзац-кассы (главным образом для служащих). Контроль и управление за их деятельностью осуществляет правительство.

Французская модель медицинского страхования характеризуется эффективной интеграцией со всей системой социального страхования. В системе социального страхования существует более двадцати различных видов, в том числе медицинское – по болезни, временной нетрудоспособности, несчастному случаю, беременности и родам.

Законодательством утверждён единый порядок страхования, которым охвачено 80 % населения. Система страхования, включаю-

щая в себя более 90 страховых компаний, контролируется общенациональной организацией. Фонды социального страхования, сформированные на национальном уровне, осуществляют финансирование обязательной программы страхования здоровья. Пополнение финансовых средств осуществляется путем введения страховых налогов, что составляет 90 % объема фонда. При этом страховой налог равен 60 % фонда оплаты труда.

Кроме обязательного государственного страхования существуют сеть дополнительного страхования и местные фонды социальной помощи. За счет последних получают медицинское обслуживание незастрахованные французы, число которых едва превышает 2 %.

В Бельгии раньше, чем в других странах, была введена практика государственных дотаций оплат медицинского обслуживания. В системе медицинского страхования работает шесть общенациональных союзов страховых фондов: католический (45 % населения), социалистический (26 %), либеральный (7 %), профессиональный (15 %), независимый (4 %) и вспомогательный (1 %). Таким образом, 98 % бельгийцев охвачено обязательным медицинским страхованием, и только 1 % – частным.

Преимущественно частная система медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования. Для большинства населения США страхование здоровья является частным делом каждого. Добровольной, частной формой медицинского страхования охвачено более 80 % населения. В США примерно 1500 частных страховых компаний. Наряду с частной системой медицинского страхования в США существует две правительственные программы, находящиеся на государственном финансировании: «Медикэр» (для медицинской помощи пожилым – после 65 лет) и «Медикейд» (для безработных, неимущих и некоторых групп инвалидов). Однако только 46 % американцев с низким доходом получили возможность зарегистрироваться и получить пособия в рамках программ «Медикейд». Программой обязательного

социального страхования престарелых («Медикэр») охватываются все граждане старше 65 лет, поэтому она считается более успешной.

Вызывает интерес система страхования Сингапура, представленная сквозной интегрированной моделью. Участники данной модели предлагают фиксированные льготные премии. Имеется определенный список участвующих госпиталей – Parkway Hospitals (Mt Elizabeth, Gleneagles, EastShore), а также государственные госпитали. Обычно включают ограничения по страховой рекламе, совместная оплата, сострахование. Варьирующая ставка премии – в зависимости от возраста. Осуществляется регулярная оценка степени использования. Имеются дополнительные услуги оздоровительные программы.

Главное, что с введением системы страхования возрастет солидарная ответственность за свое здоровье каждого гражданина нашей страны.

В ближнем зарубежье интересен опыт ОМС Российской Федерации.

В законе Российской Федерации прописана следующая схема ОМС: деньги ОМС, поступающие из страховых взносов на федеральный уровень, затем распределяются по регионам. Все получают столько, сколько нужно для выполнения базовой программы ОМС, исходя из подушевого норматива, единого на всей территории страны. Субъекты Федерации имеют право увеличивать его, а также оплачивать медицинские услуги для своих жителей в других регионах (предельный срок, установленный законом для таких случаев, – 25 суток).

Говорить о том, что опыт какой-либо страны лучше или интереснее, неприемлемо. Уместнее глубоко изучить системы медицинского страхования других стран, имеющих достаточный опыт, и перенести эффективные механизмы и технологии в нашу систему медицинского страхования.

Записала Гульскм Калиевна