

# **Проблемы и пути развития системы ОМС: экономика, политика или культура?**

**Андрей Рагозин**  
кандидат медицинских наук

**Санкт-Петербург, 12 июля 2017**

**Почему за 25 лет система ОМС  
не стала страховой?**

**Почему неэффективно  
здравоохранение России?**

# Наверное, проблема в экономике – не хватает средств?

Место в мировом рейтинге*	Страны	Общие расходы на здравоохранение (ВОЗ,2014)	
		% ВВП	\$ на душу населения
<b>8</b>	Чили	<b>7,8</b>	<b>1 749</b>
<b>11</b>	Аргентина	<b>4,8</b>	<b>1 137</b>
<b>17</b>	Мексика	<b>6,3</b>	<b>1 122</b>
<b>18</b>	Польша	<b>6,3</b>	<b>1 570</b>
<b>19</b>	Китай	<b>5,5</b>	<b>731</b>
<b>22</b>	Малайзия	<b>4,2</b>	<b>1 040</b>
<b>25</b>	Турция	<b>5,4</b>	<b>1 036</b>
<b>30</b>	Иран	<b>6,9</b>	<b>1 082</b>
<b>31</b>	Румыния	<b>5,6</b>	<b>1 079</b>
<b>55</b>	Россия	<b>7,1</b>	<b>1 836</b>

\*The Most Efficient Health Care (Bloomberg, 2016)

# **Может быть, государство не проводит активной политики в здравоохранении?**

На уровне субъектов Федерации прямая обязанность контроля и защиты прав населения на охрану здоровья и медицинскую помощь дублирована множественно:

1. Субъект Федерации (региональный Минздрав)
2. Территориальный Фонд ОМС
3. Страховые медицинские организации (СМО)
4. Территориальный орган Росздравнадзора.

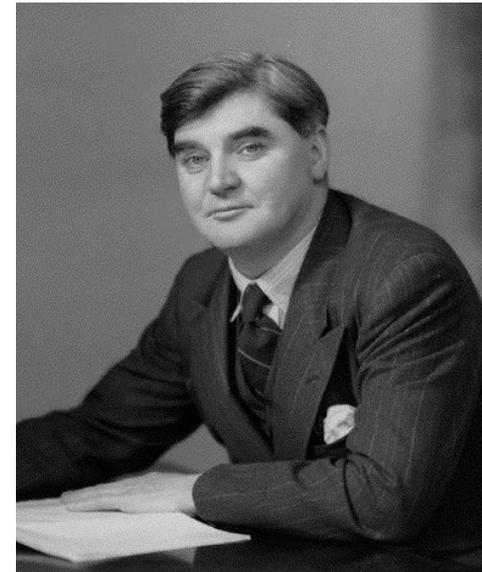
**С учётом активной работы в отрасли целого ряда других органов (контрольно-ревизионных, надзорных и правоохранительных), политику государства в здравоохранении трудно назвать пассивной.**

**Возможно, русские ментально  
(биологически) неспособны  
создавать сложные социально-экономические  
системы и эффективно управлять ими?**



**Н.Семашко на четверть века  
опередил создателя NHS  
Э.Бивена**

**ФРГ гарантировала  
общедоступность  
медицинской помощи  
всему населению  
лишь в начале 80-х годов  
прошлого века**



СТРАНА	Место в рейтинге The Most Efficient Health Care 2014	Общие расходы на здравоохранение, ВОЗ, 2014	
		на душу населения, \$	% ВВП
<b>«СТАРЫЕ» СТРАНЫ ЕВРОПЫ С МОДЕЛЮ «УПРАВЛЯЕМОЙ КОНКУРЕНЦИИ»</b>			
НИДЕРЛАНДЫ	40	5 601	12,9
ШВЕЙЦАРИЯ	15	6 187	11,5
<b>СРЕДН.</b>	<b>27</b>	<b>5 894</b>	<b>12,2</b>
<b>«СТАРЫЕ» СТРАНЫ ЕВРОПЫ С СОЦИАЛЬНОЙ СТРАХОВОЙ МОДЕЛЮ</b>			
ФРАНЦИЯ	8	4 334	11,7
ГЕРМАНИЯ	23	4 812	11,3
БЕЛЬГИЯ	41	4 526	11,2
АВСТРИЯ	35	4 885	11,0
<b>СРЕДН.</b>	<b>26</b>	<b>4 639</b>	<b>11,3</b>
<b>«СТАРЫЕ» СТРАНЫ ЕВРОПЫ С «БРИТАНСКОЙ» БЮДЖЕТНОЙ МОДЕЛЮ</b>			
ФИНЛЯНДИЯ	19	3 604	9,4
ИСЛАНДИЯ	-	3 646	9,1
ИРЛАНДИЯ	-	3 867	8,9
ДАНИЯ	34	4 552	10,6
ШВЕЦИЯ	19	4 244	9,7
ВЕЛИКОБРИТАНИЯ	10	3 311	9,1
ИТАЛИЯ	3	3 126	9,1
ИСПАНИЯ	14	2 846	8,9
ПОРТУГАЛИЯ	28	2 508	9,7
НОРВЕГИЯ	11	6 308	9,6
<b>СРЕДН.</b>	<b>17</b>	<b>3 801</b>	<b>9,4</b>

**Главный оценщик эффективности модели здравоохранения – народ. Его критерий оценки - соответствие модели массовой культуре: доминирующим ценностям (поведенческим установкам), мировоззрению, стереотипам восприятия, обычаям и неформальным практикам поведения**

- **Американцев устраивает свободный рынок медуслуг**
- **Швейцарцев и голландцев – «управляемая конкуренция»**
- **Немцев - социальное страхование Бисмарка**
- **Англичан, скандинавов, ирландцев, итальянцев и др. – бюджетная «британская» модель Бевериджа**
- **Россияне: основная часть населения (с низкими доходами и/или не имеющие полиса ДМС от работодателя) мечтает о возврате «бюджетной» модели Семашко.**
- **Значительная часть нашей элиты и населения никогда и не уходила из модели Семашко: оплачиваемая напрямую или косвенно из бюджета «ведомственная» и госкорпоративная медицина для элиты сохраняется и растёт.**

## **Поэтому источник проблем системы ОМС как социального института:**

- не в нехватке денег (их всегда будет недостаточно);
- не в отсутствии активной политики со стороны государства (отрасль даже избыточно зарегулирована);
- не в особенностях русского менталитета.

**Главная причина: разрыв между культурой (ценностями) системы ОМС и поведенческими установками населения и элиты**

**Главный риск для отрасли: продолжать игнорировать этот культурный разрыв, «сшивая» его политическим лоббизмом, ростом финансирования и непрерывной генерацией законодательных, технологических и организационных инициатив, стратегий и концепций**

**Попробуем рассмотреть здравоохранение  
как социальный институт  
с точки зрения наиболее распространённых взглядов  
на социальную эволюцию:**

**1. Теории детерминизма (наиболее популярны):**

- Биологический (в т.ч. географический)
- Политический
- Экономический (в т.ч. технологический)
- Культурный

**2. Теории эклектики**

(«красное смешиваем с квадратным»), пример – теория пассионарности и этногенеза Л.Гумилева

**3. Теории синтеза**

(Т.Парсонс, Н.Луман, Ю.Хабермас, Э.Гидденс и др.)

**4. Теории, промежуточные между эклектикой и синтезом  
(К.Маркс)**

Детерминизм	Движущий фактор социальной эволюции	Роль остальных факторов
<b>Биологический</b>	Борьба за выживание, адаптация, естественный отбор	Политика, экономика и культура – «зубы и когти» в борьбе за «место под солнцем»
<b>Политический</b>	Власть и авторитет, практики иерархии, доминирования и подчинения.	Экономика – источник ресурсов для власти, культура – её обслуга
<b>Экономический</b>	Развитие производства и технологий	Политика и культура – вторичная «надстройка» и/или массовый товар
<b>Культурный</b>	Культура – система мировоззрения и ценностей (поведенческих установок)	Политика и экономика – важные, но одни из многих форм организационного поведения («Богу Богово, кесарю- кесарево»)

# Как «работает» культурный детерминизм?

## ЭЛИТА

Передача ценностей элиты населению, превращение элитной культуры в массовую

Сохранение ценностей как привилегии, отказ от их продвижения остальному обществу

Ценности (поведенческие установки)

Мировоззрение, стереотипы восприятия

Неформальные практики поведения

Формальные нормы (законы, правила)

Институты

Институциональная (социокультурная) система

Социальная эволюция

Создание формальных норм и институтов без опоры на неформальные практики массовой культуры

«Аномия», дисфункция институтов

Хаос и смена элит, репрессии и/или бунт

**Оказалось, что каждому виду детерминизма соответствует «своя» модель здравоохранения:**

<b>Детерминизм</b>	<b>Модель здравоохранения</b>
<b>Биологический</b>	Свободный нерегулируемый рынок медицинских услуг
<b>Политический</b>	Советская бюджетная модель «Семашко» «Социальное страхование Бисмарка»
<b>Экономический</b>	«Модель управляемой конкуренции»
<b>Культурный</b>	«Британская» бюджетная модель Бевериджа

**Мировоззрение: Биологический детерминизм**

**Модель финансирования медицинской помощи:**

**Нерегулируемый свободный рынок медицинских услуг**

(отсутствие системы общедоступной помощи как института)

**Примеры:** страны «Третьего мира», США до «Medicaid» и «Medicare»

**Ценности (поведенческие установки):**

**«Каждый за себя»** - индивидуализм, здоровье – личное дело

**Свобода сделки**, минимальная роль государства

**Маржинальность** медицинской и страховой инфраструктуры

**Практики:**

**Помощь гарантирована лишь элите** (людям с высокой платёжеспособностью)

**Монополизм** в силу специфики нерегулируемого рынка медуслуг

**Свободные цены** на медуслуги, лекарства и инвестиции в инфраструктуру ориентированы на платёжеспособность спроса, а не на доступность помощи.

**Врач - субъект права**

**Мировоззрение: Экономический детерминизм**

**Модель финансирования медицинской помощи:**

**«Модель управляемой конкуренции»**

Превращение рыночного страхования в обязательное

**Примеры:** Швейцария, Нидерланды, США после начала

**«Obamacare»**

**Ценности (поведенческие установки):**

**Активная политика государства, Социальная солидарность**

**Ответственное поведение, Свобода выбора**

**Равная общедоступность базового пакета**

**Остальное покрытие эквивалентно взносу**

**Практики:**

**Регулирование цен на лекарства, медицинские и страховые услуги, обязательность страхования и установление базовых объемов покрытия**

**Антимонопольная политика, поощрение конкуренции**

**Перекрестное субсидирование доступной цены «базовых» полисов бедных, старых и больных более высокой ценой полисов молодых, богатых и здоровых**

**Система франшиз, скидка некурящим. Врач – субъект права**

**Мировоззрение: Политический детерминизм**

**Модели финансирования медицинской помощи:**

**«Социальное страхование Бисмарка», «Бюджетная модель Семашко»**

**Примеры:** «Модель Бисмарка» - ФРГ, Франция, Австрия, Бельгия.

**«Модель Семашко» – СССР, сегодня - Куба, Беларусь**

**Ценности (поведенческие установки):**

**Патернализм («государство-нянька»)**

**Лояльность наиболее социально значимых групп населения за счёт гарантий равной общедоступности помощи невысокого качества и с минимумом издержек**

**Неэквивалентность взноса (трудового вклада) покрытию**

**Социальное ранжирование: доступ к помощи как иерархия**

**Практики:**

**Бюджетное финансирование «от возможностей»**

**Некоммерческое, нерисковое и неконкурентное «социальное» страхование**

**Профилактика, приоритет первичной помощи**

**Право выбора: нет в «модели Семашко»**

**Покрытие равнодоступно и одинаково для всех, взнос не эквивалентен риску и не зависит возраста, здоровья и поведения**

**Развитый сектор медицины для элиты: спецбольницы в «модели Семашко», коммерческое страхование и частная медицина в «модели Бисмарка»**

**Врач перестает быть субъектом права в модели Семашко**

**Мировоззрение: Культурный детерминизм**

**Модель финансирования медицинской помощи:**

**«Британская» бюджетная модель («модель Бевериджа»)**

**Примеры:** Великобритания и бывшие страны Британской империи (Ирландия, Мальта, Австралия, Новая Зеландия, Канада); Италия, Португалия, Испания; все скандинавские страны

**Ценности (поведенческие установки):**

**Соответствуют ценностям «Государства всеобщего благосостояния»**

**Общенациональный характер здравоохранения:** равная общедоступность помощи элите и населению

**Доминирование культурного детерминизма:** жизнь и здоровье любого человека и доступность ему помощи признаётся ценностью, за которую общество должно платить столько, сколько оно стоит

**Практики:**

**Бюджетное финансирование «от потребностей»**

**Сектор медицины для элиты развит слабо**

**Право выбора – прежде всего личного врача общей практики**

**Покрытие равнодоступно и одинаково, взнос не эквивалентен риску**

**Личный (семейный) врач первичного звена – субъект права**

## **ЧТО В РОССИИ?** Мировоззрение: **эkleктика**

Используемые модели: **ВСЕ**

**Ценности (поведенческие установки):**

**Рентабельность медицинской и страховой инфраструктуры**

**Патернализм и Социальное ранжирование**

**Неэквивалентность взноса (трудового вклада) покрытию**

**«Каждый за себя», индивидуализм**

**Активная государственная политика**

**Коммерческие страховщики ОМС**

**Практики:**

**Врачи не являются субъектами права**

**Рост нерегулируемого рынка медуслуг: легального, «чёрного», «серого»**

**Зарегулированность отрасли и избыточная сложность системы ОМС**

**«Оптимизация»: обязательная рентабельность ЛПУ**

**Оказание в государственных ЛПУ услуг ОМС, ДМС и за плату**

**Массовые практики бюджетного финансирования: прикрепление к поликлиникам и распределение «объемов медицинской помощи»**

**Рост «ведомственной» бюджетной медицины для элиты**

**Вместо поощрения конкуренции между ЛПУ – их объединение**

**Доступность помощи зависит от статуса, доходов, связей и везения**

## Возможные сценарии:

**«Пессимистический»** – сохранение эклектической «химеры» и дальнейшее стихийное скатывание в биологический детерминизм («каждый за себя»).

Здравоохранение теряет статус социального института, превращаясь в поле борьбы личных интересов, лоббистов и «групп влияния»

Ожидаемый результат:

Возврат здравоохранения России в культурном плане примерно на 150 лет назад (до появления земской медицины). Рост социальной напряженности, смена элит и/или репрессии.

**«Реалистичный»** – возврат к привычным ценностям политического детерминизма – к модели Семашко.

Ожидаемый результат:

Потеря 25-30 лет реформ (жизнь поколения), возврат к проблемам здравоохранения СССР.

**!Однако это лучше джунглей «Пессимистического» сценария**

**«Оптимальный»** - в рамках культурного детерминизма :

**Консолидация общества:**

**Поставить перед обществом открытый вопрос о возможности движения к «Британской» бюджетной модели как стратегической цели – однако только тогда, когда это позволит формируемая страховой моделью культура общества**

**Реально выполнить поручение Президента РФ о переводе системы ОМС на страховые принципы**

**Создать общенациональную страховую модель «для всех»**

# **Реализация любой страховой модели невозможна без культурной перезагрузки общества в соответствии с выбранной моделью:**

Например:

**-Сведение к минимуму «ведомственной» медицины (в идеале должна остаться только военная); запрет на оплату ДМС и платных медуслуг чиновникам из бюджета всех уровней**

**-Элита должна приобретать привилегированное медицинское обслуживание за собственные деньги**

**-Превращение врачей в субъекта права**

**-Массовая автономизация или приватизация ЛПУ и/или запрет ЛПУ всех государственных форм собственности оказывать платные услуги**

**ГОТОВЫ ЛИ МЫ?**

**Спасибо за внимание!**