

Сегодня в Украине проблема обеспечения защиты здоровья граждан и их прав на медицинское обслуживание является первоочередной. Существующая система государственного здравоохранения, как известно, не выдерживает критики. При этом основная проблема не в недостатке финансирования (само по себе увеличение отчислений из бюджета в отрасль ничего не даст), а в порочной схеме распределения, перераспределения и использования денежных ресурсов, необходимых для решения задач по обеспечению профилактики и лечению заболеваний населения.

Из мирового опыта известно, что наиболее проверенный способ привлечения дополнительных ресурсов в отрасль осуществляется через различные схемы медицинского страхования. Может ли медицинское страхование в Украине явиться панацеей для развития отрасли и решения, стоящих перед ней задач по повышению качества лечения и медицинского обслуживания населения? В том виде, в котором оно предлагается, вряд ли. Дело в том, что сложившиеся в украинском обществе отношения между государством и гражданами, опосредованные различными финансовыми посредниками (страховыми компаниями, банками, благотворительными фондами и т.п.) не могут реализовываться в пользу отдельных граждан в силу мощной коррупционной составляющей, которая подпитывает теневую экономику.

Понятно, дальнейшее реформирование отрасли напрямую связано с введением обязательного медицинского страхования (ОМС) населения и дальнейшего использования средств различных благотворительных фондов (БФ). Однако в силу специфичности украинской экономики и ментальности граждан, основная задача – обеспечение населения качественной медицинской помощью, посредством привлечения средств страховых компаний (СК) решена не будет. Не выход из сложной ситуации – организация больничных касс (их эффективность напрямую связана с добросовестностью учредителей и массовостью членов).

Единственный выход, как мне представляется, в обеспечении адресного характера добровольно перечисляемых средств и передача функции финансового посредника непосредственно лечебному учреждению. В условиях развития системы семейной медицины может быть

создана новая схема медицинского страхования. Функции страховщика на себя могут взять многопрофильные медицинские центры (ММЦ), способные предложить страхователю-пациенту весь спектр медицинского обслуживания. Безусловно, подобная схема возможна при известной автономии ММЦ, но под жестким контролем наблюдательного совета из числа страхователей за целевым использованием привлекаемых ресурсов, государственной системы тарификации медицинских услуг и органов финансового надзора. В отличие от коммерческих целей любой СК, привлечение страховых платежей населения в ММЦ несет в себе иные цели. С одной стороны, ресурсы в точной мере используются для укрепления материальной базы и развития технологий лечения, с другой – они же идут на профилактику и лечение заболеваний. Расширение полномочий ММЦ в плане страхования позволит использовать привлекаемые ресурсы населения в форме прямых или портфельных инвестиций в создание разветвленной системы взаимосвязей «страхователь (пациент) – семейный доктор (страховой агент) – ММЦ (страховщик)».

Данная схема, при условии соответствующего законодательного обеспечения позволяет не только обеспечить конкуренцию между ММЦ-страховщиками, но и в случае возникновения дорогостоящего страхового события риски можно перестраховывать в других центрах.

Известно, что существующая организация здравоохранения населения сохраняет естественную монополию лечебного учреждения, что пагубным образом отражается на качестве лечения. Передача права выбора лечебного учреждения пациенту-страхователю при посредничестве семейного врача-страхового агента позволяет разрушить эту монополию, по крайней мере, в тех городах и регионах, где концентрируются медицинские центры.

Способы привлечения денежных ресурсов у населения могут быть как разовые (страхование на определенный срок, так и ежемесячные или ежеквартальные), что позволяет пациенту планировать свой бюджет. Средства могут привлекаться как в наличной форме, так и путем списания с карт-счетов граждан, пополняя кассу центра необходимыми оборотными средствами. Грамотно организованная реклама позволит пациенту определиться в своем выборе, а наличие страхового полиса дает ему право и реальную возможность получить медицинские услуги в полном объеме, определяемом договором страхования. В то же время, средства государственного и местных бюджетов, выделяемые на лечение и здравоохранение населения, должны перераспределяться между центрами на основе расчетов, учитывающих их потребности.