

*Прежде чем просить население доплачивать за медицинскую помощь, необходимо приблизить уровень государственных расходов на отечественное здравоохранение к уровню стран с сопоставимым ВВП на душу населения, считает председатель правления Ассоциации медицинских обществ по качеству медицинской помощи и медицинского образования (АСМОК), доктор медицинских наук Гузель Улумбекова. Комментируя инициативу Министерства здравоохранения по введению полиса ОМС+, она отметила, что в России бесплатная медицинская помощь недофинансирована как минимум в 1,5 раза, сообщает корреспондент ИА Regnum.*

Согласно проекту Минздрава, озвученному в рамках обсуждаемой сейчас стратегии развития медицинской отрасли на ближайшие 15 лет (до 2030 года), полис обязательного медицинского страхования может быть дополнен полисом добровольного страхования (ОМС+), чтобы оплатить услуги, выходящие за рамки стандартного набора, гарантированного государством. В частности, некоторые эксперты предполагают, что обладатель «улучшенного» полиса сможет, например, рассчитывать на лучший сервис или прием к специалисту вне очереди. Также обсуждается возможность обслуживания пациентов с этим полисом в частных клиниках. По мнению разработчиков, внедрение такой узаконенной оплаты позволит уйти от «теневых» схем расчета за медицинские услуги в поликлиниках и стационарах и не позволит медучреждениям взимать средства за несуществующие «дополнительные» процедуры, повысит конкуренцию среди медицинских учреждений и послужит улучшению качества обслуживания населения.

«Озвученные цели не должны достигаться за счет средств населения, это дело государства, – считает Улумбекова, – изначально государство должно обеспечить необходимый уровень финансирования. Прежде чем перекладывать на плечи населения расходы на медицинскую помощь, надо дать из государственного кошелька хотя бы столько, сколько выделяют в странах, близких к России по уровню экономического развития, – Чехии, Венгрии, Польше и других – тех, которые имеют сопоставимый с Россией ВВП на душу населения в год. У них государственные расходы на здравоохранение в среднем – 5,5% ВВП. Это в 1,5 раза больше, чем у нас – 3,5% ВВП в 2014 году. Поэтому ожидаемая продолжительность жизни у них – свыше 77 лет, а у нас пока не дотягивает даже до 71 года», – заявила глава АСМОК. По мнению эксперта, в условиях тотального дефицита финансовых средств, медицинских кадров и даже коечного фонда ни о какой конкуренции в отрасли между государственными и частными клиниками говорить не приходится. «Очереди в наших поликлиниках не потому, что сервиса не хватает, а потому, что не хватает врачей участковой службы – их как минимум в 1,6 раза меньше, чем необходимо по расчетному нормативу. Очереди на плановые госпитализации потому, что не хватает средств на оплату медицинской помощи в стационарах и сокращаются объемы стационарной помощи. По проекту Минздрава конкуренция выглядит так: отбираем официальные платные медицинские

услуги у государственных лечебных учреждений и в форме ДМС направляем их в пользу частных клиник. Это при том, что скудным госзаказом госучреждения и так уже делятся с частником с 2011 года. Очевидным итогом таких инициатив станет крах государственной системы здравоохранения и снижение доступности медицинской помощи. Что действительно необходимо сделать – так это ограничить тарифы на платные услуги», – подчеркнула Улумбекова.

Также она отметила, что необходимо четкое понимание, о каком именно виде страхования идет речь. Есть добровольное медицинское страхование (ДМС) – это оплата полного пакета медицинских услуг без привлечения средств обязательного страхования. Например, в Германии полис ДМС обязан приобрести каждый гражданин, чей доход превышает €3400 в год. При этом услуги, получаемые в рамках системы ДМС и ОМС, там одинаковые. В России же полисы ДМС не включают лечение сложных заболеваний, как, например, онкология – это забота государства. И с помощью дополнительного страхования, о котором сегодня ведут речь в министерстве, облегчить доступ к такому лечению не удастся. «Прежде чем говорить о таких доплатах в РФ, необходимо сначала четко прописать, какие именно медицинские услуги, в каком количестве и за какие деньги гарантированы населению, чтобы было ясно, за что придется доплачивать. Например, операция удаления простаты обычным полостным методом – это бесплатно, а с помощью робототехники – это платно. Или лекарство, которое выписал врач по льготному рецепту, стоит 500 рублей за пачку, а государство покрывает только 250 рублей. Хочешь – доплачивай или пользуйся более дешевым лекарством, методом лечения. А у нас пока гарантировано все и всем», – пояснила Улумбекова.

Кроме того, средства, которые гипотетически можно собрать за счет введения дополнительных платных услуг, все равно не покроют дефицит бюджета на здравоохранение. По предварительным подсчетам экспертов, предполагая, что взнос составит 5 тыс. рублей и заплатить его смогут только 15% населения страны, здравоохранение получит порядка 100 млрд рублей. Это около 4% от общих расходов и 0,6% от федерального бюджета. Такая сумма посильна и государственной казне. «В то время, когда реальные доходы населения в стране снижаются, а государственные расходы на здравоохранение сокращаются (в 2015 году их будет на 30% меньше, чем необходимо), согласитесь, – не лучшее время будоражить население и облагать его дополнительными расходами от имени государства», – резюмировала глава АСМОК.

**Источник:** [Regnum](#) , 27.01.15