



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

**С.В. ШИШКИН, И.М. ШЕЙМАН,  
Е.Г. ПОТАПЧИК, О.Ф. ПОНКРАТОВА**

# **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

**МОСКВА**

2019





НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

**С.В. ШИШКИН, И.М. ШЕЙМАН,  
Е.Г. ПОТАПЧИК, О.Ф. ПОНКРАТОВА**

# **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ В РОССИИ И ПЕРСПЕКТИВ ЕЕ РАЗВИТИЯ**

**МОСКВА**

**ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ**

2019

## Авторский коллектив

<b>ШИШКИН С.В.</b>	Директор Центра политики в сфере здравоохранения, доктор экономических наук
<b>ШЕЙМАН И.М.</b>	Профессор кафедры управления и экономики здравоохранения, кандидат экономических наук
<b>ПОТАПЧИК Е.Г.</b>	Ведущий научный сотрудник Центра политики в сфере здравоохранения, кандидат экономических наук
<b>ПОНКРАТОВА О.Ф.</b>	Исследователь Центра политики в сфере здравоохранения

<b>ВВЕДЕНИЕ</b>	<b>7</b>
<b>1. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	<b>10</b>
1.1 ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО (ОБЯЗАТЕЛЬНОГО) МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	10
1.2 РЕЗУЛЬТАТЫ ВВЕДЕНИЯ ОМС В РОССИИ	12
1.2.1 Влияние ОМС на приток средств в систему здравоохранения	12
1.2.2 Влияние ОМС на распределение средств по регионам	16
1.2.3 Взаимодействие финансирующей стороны и медицинских организаций: влияние на структурную эффективность	17
1.2.4 Что дает ОМС населению?	24
1.3 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДВУХ МОДЕЛЕЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ — БЮДЖЕТНОЙ И МОДЕЛИ ОМС — НА ПРИМЕРЕ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН	26
1.3.1 Сравнение структурных показателей развития здравоохранения в России и Республике Беларусь	26
1.3.2 Обзор эмпирических сравнений бюджетной и страховой моделей	28
<b>2. ПРОБЛЕМЫ ОМС, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ</b>	<b>31</b>
2.1 НЕДОСТАТОЧНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАХОВЫХ ПРИНЦИПОВ И ИХ ЗАМЕЩЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ	31
2.2 НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОМС МОТИВАЦИИ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОВЫШЕНИЕ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ	34
2.3 СЛАБАЯ НАЦЕЛЕННОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ	36
2.4 НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ФИНАНСОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМО И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ	37

2.5	НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ ПЕРЕХОДА НА НОВЫЕ СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	39
2.6	СЛАБОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.....	41
2.7	СОХРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ ДЛЯ УЧАСТИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС.....	42
2.8	НЕДОСТАТОЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНКУРЕНЦИИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	43
2.9	НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ФИНАНСИРОВАНИЯ.....	44
<b>3.</b>	<b>АНАЛИЗ ИЗДЕРЖЕК И РИСКОВ ВОЗМОЖНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БЮДЖЕТНОЙ МОДЕЛИ.....</b>	<b>47</b>
3.1	МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СМЕНЫ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ.....	47
3.2	ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗВРАЩЕНИЯ РОССИИ К БЮДЖЕТНОЙ МОДЕЛИ.....	49
<b>4.</b>	<b>НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ ОМС.....</b>	<b>56</b>
4.1	ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОМС.....	57
4.2	РАСШИРЕНИЕ ИНФОРМИРОВАНИЯ ГРАЖДАН О РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	58
4.3	РАЗВИТИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.....	58
4.4	ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ПАРАМЕТРОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	60
4.5	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБОСНОВАНИЯ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ.....	61

4.6	СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС.....	62
4.7	РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТИЯ В ОМС ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНЦИИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В ОМС.....	63
4.8	СЛЕДУЕТ ЛИ СОХРАНЯТЬ СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС?.....	64
<b>5.</b>	<b>АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ И РАЗВИТИЯ ОМС.....</b>	<b>65</b>
5.1	ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНИИ.....	66
5.2	РАСШИРЕНИЕ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ КОНКУРЕНЦИИ СТРАХОВЩИКОВ.....	70
5.3	РАЗВИТИЕ ФОРМ РАЗДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ МЕЖДУ СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ И ГОСУДАРСТВОМ.....	72
5.4	НОВЫЕ ФОРМЫ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ — ФОРМИРОВАНИЕ ЗАМКНУТЫХ СЕТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	73
5.5	РАСШИРЕНИЕ ЗОНЫ ДОГОВОРНЫХ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА.....	74
5.6	УЧАСТИЕ СТРАХОВЩИКОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	75
<b>6.</b>	<b>АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВНЕДРЕНИЯ РИСКОВОЙ МОДЕЛИ ОМС В РОССИИ.....</b>	<b>77</b>
	<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>81</b>
	<b>СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....</b>	<b>88</b>
	<b>ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ.....</b>	<b>94</b>





## ВВЕДЕНИЕ

Наиболее значительное институциональное преобразование в сфере здравоохранения в последние десятилетия связано с созданием системы обязательного медицинского страхования (ОМС).

К началу 1990-х гг. в советском обществе сформировалась негативная оценка состояния системы здравоохранения [1–3]. Граждане были недовольны низким качеством оказываемой медицинской помощи, недоступностью современных методов лечения и новых препаратов для большей части населения, отсутствием должного внимания медиков к пациентам. Медики, в свою очередь, критически оценивали практику бюджетного финансирования здравоохранения: хронический недостаток финансов для обновления медицинского оборудования и использования современных медикаментов; низкую заработную плату — ниже, чем в среднем по народному хозяйству; отсутствие стимулов к улучшению своей работы и т.д. Среди руководителей и работников здравоохранения утвердилось понимание, что решить эти проблемы невозможно без кардинальных изменений в системе финансирования здравоохранения. Следует отметить, что в конце 1980-х гг. в нескольких регионах проводился эксперимент по внедрению новых способов бюджетного финансирования медицинских учреждений [1]. Но эти нововведения не давали гарантии, что в здравоохранении станет больше финансовых средств, поэтому перспективы улучшения финансового положения отрасли стали связываться с введением обязательно-го медицинского страхования.

Стремление расширить источники финансирования и получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств стало главным фактором выбора страховой медицины в качестве направления изменения системы финансирования здравоохранения [2, 4, 5]. Не нужно забывать, что этот выбор сделало само медицинское сообщество. Инициатива введения страховой медицины принадлежала руководству Министерства здравоохранения СССР. Она была поддержана руководителями республиканского и ряда региональных органов управления здравоохранением, а также значительной частью врачей. В 1991 г. был принят Закон о медицинском страховании граждан в РСФСР.

Конкретный дизайн российской системы ОМС сложился под влиянием доминирующих в обществе идей о преимуществах рыночных принципов организации производства товаров и услуг. Выбиралась такая модель ОМС, которая создала бы условия для конкуренции страховщиков за застрахованных, а также для конкуренции медицинских организаций за заключение контрактов со страховщиками [5, 6].

Практическое внедрение ОМС началось в 1993 г. В отличие от постсоциалистических стран Центральной и Восточной Европы Россия изначально не полностью, а лишь частично заменила бюджетную систему финансирования здравоохранения. В 1994 г. она аккумулировала всего лишь 24% общего объема затрат государства на здравоохранение. На протяжении последующих лет роль ОМС возрастала. В 2017 г. в ОМС концентрировалось 58% государственных расходов на здравоохранение.

Система ОМС существует в России уже 25 лет. Но в средствах массовой информации и дискуссиях на экспертных площадках регулярно поднимаются вопросы об оправданности ее введения и ее результативности. Продemonстрировала ли новая система финансирования здравоохранения преимущества перед прежней системой бюджетного финансирования? Какие реальные проблемы имеются в ОМС в настоящее время? Какой должна быть стратегия последующих действий? Что конкретно нужно сделать для повышения эффективности системы ОМС — усиления ее влияния на доступность и качество медицинской помощи и эффективность использования ресурсов здравоохранения? Эти вопросы привлекают внимание исследователей и широкой общественности.

Цель данного исследования — дать оценку результатов и проблем функционирования сформированной в России системы обязательного медицинского страхования и определить возможные направления ее дальнейшего развития с учетом зарубежного опыта.

Ответы на поставленные вопросы предполагают, прежде всего, выявление основных результатов введения ОМС и проведение сравнительного анализа функционирования двух моделей финансирования — бюджетной и модели ОМС. Этому посвящен первый раздел работы.

Во втором разделе выделяются главные нерешенные проблемы российской системы ОМС. Они анализируются на большом фактическом материале, освещающем развитие этой системы в сравнении с трендами развития в других странах, в том числе в постсоветских странах с примерно равными исходными условиями развития.

В третьем разделе рассматриваются альтернативные стратегии действий: сохранение системы ОМС или возвращение к бюджетной модели. Анализируются издержки и риски последней стратегии.

Четвертый раздел посвящен анализу направлений и механизмов повышения эффективности существующей модели ОМС, включая повышение прозрачности системы финансирования, расширение информирования граждан о работе медицинских организаций и страховых медицинских организаций, совершенствование планирования и распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, развитие новых способов оплаты медицинской помощи, расширение возможностей участия в ОМС частных медицинских организаций и развитие конкуренции как между страховыми медицинскими организациями, так и между медицинскими организациями.

В пятом разделе анализируются возможности использования зарубежного опыта организации и развития ОМС, включая характеристику направлений развития моделей финансирования здравоохранения преимущественно в европейских странах и определение апробированных за рубежом институтов финансирования здравоохранения, заслуживающих внимания для улучшения российской системы ОМС.

Работа заканчивается анализом возможностей внедрения рискованной модели ОМС, включая характеристику основных принципов формирования системы разделения рисков между фондами ОМС, страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями, потенциальных преимуществ рискованной модели, условий и ограничений ее внедрения. В заключении представлены главные результаты проведенного исследования.

# 1. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## 1.1 ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО (ОБЯЗАТЕЛЬНОГО) МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В последние годы заметно усилилась критика российской системы ОМС. Нередко можно услышать, что созданная модель не является страховой. При этом характеристики страховой модели отождествляются с принципами организации добровольного медицинского страхования. При таком подходе система ОМС, независимо от ее дизайна, всегда будет отличаться от добровольного медицинского страхования и в ней никогда не будут в полной мере реализованы все те принципы, по которым построено добровольное страхование.

Анализ моделей обязательного медицинского страхования, реализованных в разных странах, приводит к следующим выводам.

**Ключевыми признаками системы социального (обязательного) медицинского страхования являются:**

- определены категории застрахованных лиц;
- определены источники и размеры обязательных страховых взносов за застрахованных лиц;
- обеспечено соблюдение принципа: богатый платит за бедного, здоровый — за больного;

- существует перечень услуг, гарантируемых застрахованным лицам;
- существует организация, не являющаяся органом государственной власти, которая аккумулирует взносы и оплачивает медицинскую помощь застрахованным.

Эти признаки не тождественны принципам организации добровольного медицинского страхования, но они реализованы во всех моделях финансирования здравоохранения, которые квалифицируются как разновидности системы социального (обязательного) медицинского страхования и противопоставляются системе бюджетного финансирования здравоохранения. В российской модели ОМС все указанные признаки реализованы, и это дает достаточные основания для ее квалификации как модели социального медицинского страхования.

В ряде работ российских экспертов высказывается мысль, что дело не столько в том, является ли российская модель ОМС страховой системой финансирования, сколько в самой системе ОМС. Она не соответствует социально-экономическим и даже географическим особенностям нашей страны, поэтому ее нужно менять на бюджетную модель [7]. Сомнения по поводу модели ОМС высказывались и в выступлениях ведущих государственных деятелей.

Центр тяжести в дискуссиях все более смещается в сторону сравнения модели ОМС с ее бюджетной альтернативой. Все чаще высказывается мнение, что эта модель не обладает преимуществами в сравнении с бюджетной моделью.

**В связи с этой дискуссией возникают два главных вопроса:**

- обладает ли модель ОМС такими характеристиками, которые не могут быть обеспечены бюджетной моделью финансирования здравоохранения;
- существуют ли эмпирические свидетельства позитивного влияния российской системы ОМС на показатели развития здравоохранения.

Для ответа на эти вопросы в следующей части данного раздела оцениваются реальные результаты развития системы ОМС в последние два десятилетия, влияние этой системы: а) на обеспечение притока средств в здравоохранение; б) распределение средств по субъектам РФ; в) эффективность использования ресурсов, качество и доступность медицинской помощи. Анализируются последствия перехода на ОМС с точки зрения интересов населения. В ходе этого анализа выделяется специфический вклад модели ОМС, то есть тот эффект, которого невозможно или трудно достичь в рамках бюджетной модели финансирования здравоохранения.

В заключительной части первого раздела проводится обзор российских и зарубежных сравнений двух моделей финансирования здравоохранения и представлены результаты такого сравнения для постсоветских стран, выполненного с использованием техники эконометрического анализа.

## 1.2 РЕЗУЛЬТАТЫ ВВЕДЕНИЯ ОМС В РОССИИ

### 1.2.1 Влияние ОМС на приток средств в систему здравоохранения

Источники формирования финансовых средств в двух моделях различаются. Источниками финансовых средств в бюджетной модели являются общие налоговые поступления, а в модели ОМС — целевые страховые взносы работодателей, работников (в ряде стран) и государства. Целевой характер страховых взносов работодателей порождает ожидания в отношении более устойчивых поступлений средств в систему здравоохранения. Поскольку ставки страховых взносов работодателей и работников фиксированы по отношению к фонду оплаты труда, система ОМС является относительно менее зависимой от бюджетных приоритетов, которые в России традиционно складывались не в пользу здравоохранения. Появление нового источника средств в виде маркированных взносов может обеспечить устойчивый приток средств.

В 1990-е гг. этот фактор действительно оказал положительное влияние на финансовое обеспечение здравоохранения. В ситуации затяжного экономического спада, когда общие налоговые поступления устойчиво снижались и не хватало средств на финансирование бюджетной сферы, появление нового источника финансирования позволило смягчить финансовую ситуацию в здравоохранении по сравнению с другими отраслями социальной сферы. Как следует из *таблицы 1.1*, сокращение объемов государственного финансирования в здравоохранении было заметно меньше, чем в образовании и культуре. Если для сопоставления размеров государственных расходов в разные годы производить их корректировку с использованием значений индекса — дефлятора ВВП, то реальный размер государственного финансирования здравоохранения (бюджетные ассигнования плюс страховые взносы) за период 1992–1999 гг. уменьшился на 33%, в то время как государственное финансирование образования и сферы культуры сократилось примерно на 50%.

Таблица 1.1 — Динамика расходов государства на отрасли социально-культурной сферы в реальном выражении в 1991–1999 гг. (1991 г. = 100%)<sup>1</sup>

Статья расходов	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Здравоохранение, в том числе:</b>	100	81	109	99	74	72	84	68	67
• государственный бюджет	1100	81	92	82	61	58	68	52	50
• страховые взносы работодателей	–	–	17	17	13	14	16	16	16
• образование	100	79	80	76	56	58	64	52	49
• культура, искусство и средства массовой информации	100	91	81	87	63	54	60	46	51

Но само по себе наличие целевого страхового взноса не обеспечивает устойчивость финансирования здравоохранения в длительной перспективе. Многое зависит от дизайна системы ОМС, прежде всего, от порядка формирования ее средств. Можно выделить три главных фактора, которые сдерживают позитивное влияние целевого взноса.

Во-первых, в формировании средств присутствует эффект замещения. Появление дополнительных поступлений от страховых взносов работодателей может сопровождаться сокращением бюджетных затрат на здравоохранение. Масштабы этого замещения определяются общей экономической ситуацией и степенью нормативного закрепления размера взноса государства на неработающее население. Если такого закрепления нет, то зависимость от бюджетных приоритетов сохраняется, хотя и в меньшей мере, чем в бюджетной модели.

Во-вторых, поступления от целевого взноса зависят от его размера, а этот размер во многом определяется доминирующим принципом его установления. В ряде стран действует семейный принцип формирования средств ОМС, при котором работодатели и работники солидарно платят не только за себя, но и за неработающих членов семьи. Так, в некоторых постсоветских странах Центральной и Восточной Европы

<sup>1</sup> Рассчитано по данным Госкомстата России с использованием индексов — дефляторов ВВП, публиковавшихся по истечении соответствующего года (1992 — 17,2; 1993 — 10,2; 1994 — 4,1; 1995 — 2,8; 1996 — 1,4; 1997 — 1,2; 1998 — 1,1; 1999 — 1,6)



(например, в Эстонии, Хорватии, Чехии, Словении) размер страхового взноса составляет 12–18% от фонда оплаты труда [8]. Он покрывает часть расходов на неработающее население, которое в России финансируется из бюджета. Меньшая зависимость от бюджета обеспечивает относительно более стабильный приток средств за счет взносов работодателей. В России размер страхового взноса значительно ниже — в 1990–2004 гг. он составлял 3,6% от фонда оплаты труда, затем был уменьшен, но с 2011 г. установлен равным 5,1%. Семейный принцип формирования средств отсутствует. Зависимость российской системы ОМС от бюджета велика. Около 37% средств Федерального фонда ОМС (ФОМС) обеспечивается взносами субъектов РФ на ОМС неработающего населения и трансфертами из федерального бюджета [9].

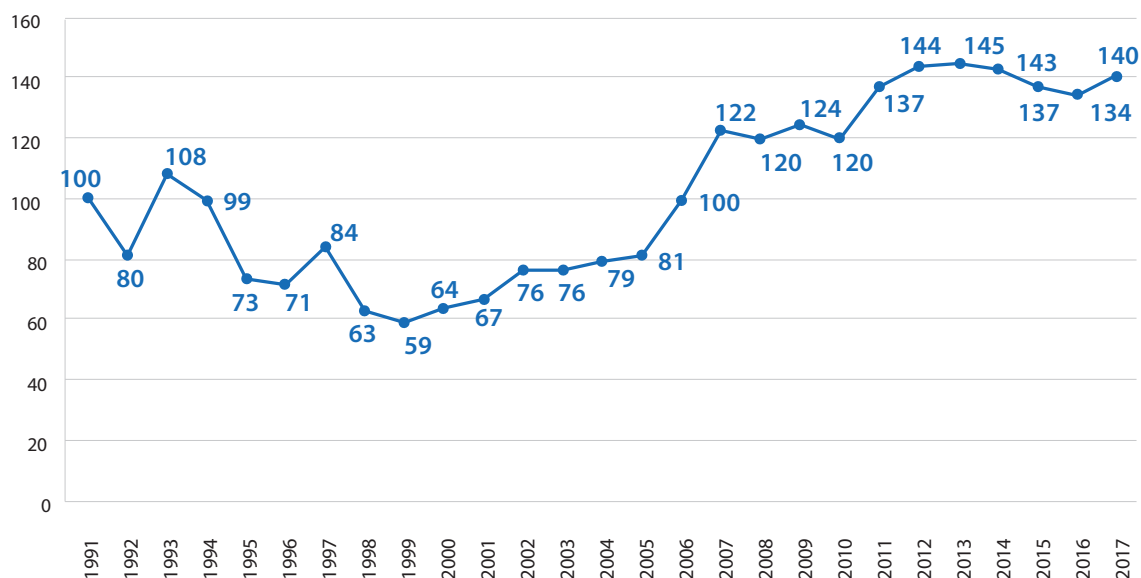
В-третьих, объем собираемых страховых взносов зависит от размеров неформального сектора. При высокой доле наемных работников, получающих зарплату «в конверте», страховые взносы в систему ОМС становятся меньше, чем могли бы быть при прозрачной выплате всей зарплаты. Эта проблема стоит очень остро в России, где значительная часть экономически активного населения занята в неформальном секторе — 20–25%; из них примерно 10–15% не имеют официально оформленных трудовых контрактов и не уплачивают обязательные взносы в социальные фонды, а остальные платят их в сокращенном размере [10].

В России действуют все три фактора, сдерживающие позитивное влияние целевого взноса на объем собранных средств. Наши оценки, основанные на ежегодной корректировке фактических расходов на здравоохранение на дефлятор ВВП, показывают, что государственные расходы на эту сферу в реальном исчислении сокращались вплоть до 1999 г., и лишь затем они стали увеличиваться, причем исходный уровень 1991 г. был достигнут только в 2006 г. (*рисунок 1.1*). Можно предположить, что главным фактором роста государственных расходов на здравоохранение стала не форма сбора средств (общие налоговые поступления или целевой взнос на ОМС), а готовность государства их обеспечивать.

Особенно важно то, что в Федеральном законе от 29 ноября 2010 г. № 326 «Об обязательном медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был определен порядок установления страховых взносов субъектов РФ на ОМС неработающего населения [11]. Практически это означает, что снизилась зависимость финансирования отрасли от текущих бюджетных приоритетов.



Рисунок 1.1 — Государственные расходы на здравоохранение в 1991–2017 гг., % к общим расходам на здравоохранение в 1991 г. в реальном выражении <sup>2</sup>



Таким образом, можно выделить главные условия позитивного влияния ОМС на общий объем поступлений в сферу здравоохранения:

- экономический рост;
- наличие твердых обязательств бюджета по страхованию неработающего населения;
- высокий размер страховых взносов за работающих граждан;
- низкая доля занятых в неформальном секторе.

Эти условия в России далеко не всегда присутствовали на протяжении постсоветского периода. Но это обстоятельство никак не принижает роль самой модели ОМС. Заложенный в ней принцип целевого источника финансирования здравоохранения несет в себе потенциал обеспечения устойчивого притока средств. Если бы здравоохранение финансировалось полностью из бюджета, то спад в финансировании в 1990-х — середине 2000-х гг. мог быть еще более значительным, а увеличение расходов после 2010 г. было бы более скромным.

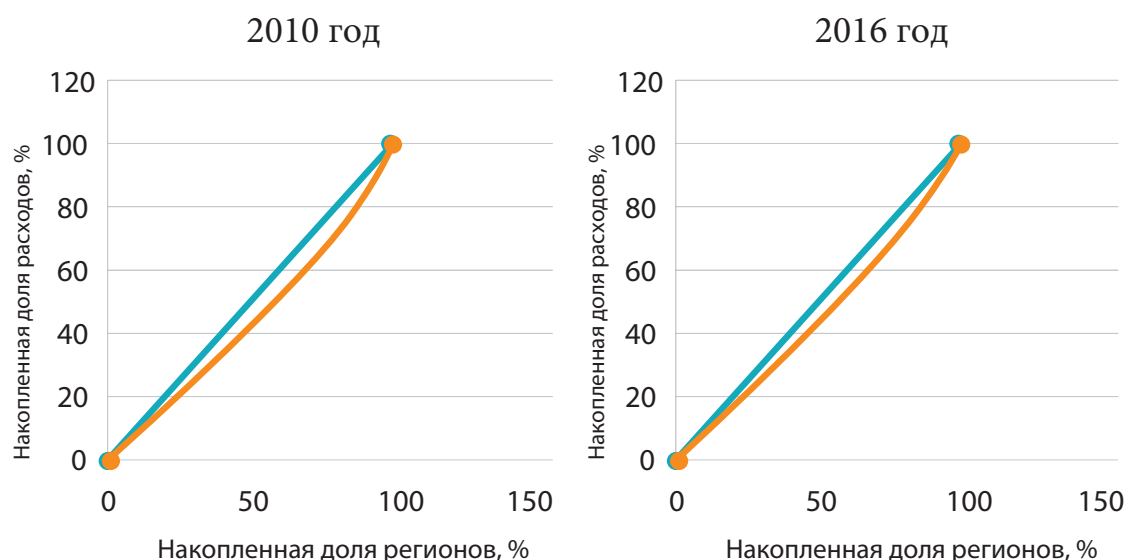
<sup>2</sup> Расчет по данным Минфина России и Росстата

## 1.2.2 Влияние ОМС на распределение средств по регионам

Особенностью модели ОМС является значительный потенциал выравнивания финансового обеспечения здравоохранения в разрезе регионов. После принятия Федерального закона № 326 была проведена централизация страховых взносов на ОМС, что дало возможность начать работу по выравниванию финансового обеспечения здравоохранения в регионах. В 2010 г. размеры государственного финансирования здравоохранения (расходы территориальных фондов ОМС и бюджетов субъектов РФ) в расчете на одного жителя различались в 3,8 раза, а в 2016 г. этот разрыв сократился до 3 раз.

Для графического изображения неравномерности финансового обеспечения здравоохранения в субъектах РФ на **рисунке 1.2** представлены кривые Лоренца, построенные по данным о государственных расходах на здравоохранение (бюджет + ОМС) в расчете на душу населения с учетом коэффициента удорожания условной единицы бюджетной услуги в 2010 и 2016 гг.

**Рисунок 1.2** — Распределение государственных расходов на здравоохранение в расчете на душу населения в субъектах РФ <sup>3</sup>



**Источник:** Расчет по данным Минфина России, Федерального и территориальных фондов ОМС

<sup>3</sup> По оси абсцисс откладывается доля регионов в процентном отношении, а по оси ординат — доля расходов на здравоохранение в регионах РФ в расчете на душу населения в процентном отношении. Прямая линия обозначает абсолютно равномерное распределение расходов. Кривая Лоренца демонстрирует степень неравномерности в распределении расходов: чем сильнее ее изгиб, тем больше степень неравенства

Коэффициент Джини, характеризующий уровень неравенства в распределении указанных расходов <sup>4</sup>, уменьшился с 0,1586 в 2010 г. до 0,1228 в 2016 г. При этом за рассматриваемый период почти исчезли различия в размерах субвенций ОМС в расчете на душу населения, распределяемых из бюджета Федерального фонда ОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС на выполнение программы государственных гарантий. Коэффициент Джини, рассчитанный по данным о распределении этих субвенций в 2016 г., составил всего лишь 0,0408.

*В бюджетной модели финансирования такое перераспределение финансовых ресурсов обеспечить значительно сложнее.* Это потребовало бы пересмотра сложившихся полномочий и расходных обязательств органов исполнительной власти всех уровней.

### 1.2.3 Взаимодействие финансирующей стороны и медицинских организаций: влияние на структурную эффективность

Это взаимодействие существенно различается в двух моделях финансирования здравоохранения. *В бюджетной модели в ее традиционном понимании господствует сметное финансирование. Модель ОМС предполагает оплату объемов медицинской помощи с учетом ее качества.* В бюджетной модели орган управления здравоохранением обычно напрямую, используя административные методы, заведует подведомственными ему медицинскими учреждениями. *В модели ОМС финансирующая сторона вступает в договорные отношения с медицинскими организациями.*

Особенно важно то, что *в этой модели участвуют любые медицинские организации независимо от их ведомственной принадлежности.* Это создает условия для более свободного распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, усиления конкуренции по объемам и качеству услуг. В отличие от бюджетной модели финансирующая сторона в модели ОМС не должна

.....

<sup>4</sup> Коэффициент Джини — статистический показатель, свидетельствующий об уровне дифференциации общества либо регионов по отношению к какому-либо признаку в виде степени отклонения от абсолютно равномерного распределения [12]. Коэффициент Джини равен отношению площади фигуры, ограниченной прямой равномерного распределения и кривой Лоренца, к площади всего треугольника, образованного осями абсцисс и ординат и прямой равномерного распределения

финансировать только «свои», подведомственные учреждения, а может выбирать медицинские организации, способные обеспечить нужные объемы и качество медицинской помощи. Именно это разделение на заказчика и исполнителя стало основой больших ожиданий в отношении повышения эффективности системы здравоохранения.

Однако это преимущество модели ОМС не реализуется автоматически, что проявилось в практике российского здравоохранения.

**Во-первых,** органы исполнительной власти имеют обязательства в отношении устойчивого финансового обеспечения подведомственных учреждений. В последние годы особенно важны обязательства в отношении повышения размера оплаты труда медицинских работников и доведения его до целевых показателей, предусмотренных Указом Президента РФ № 597 от 7 мая 2012 г. (например, для врачей повышение к 2018 г. средней заработной платы до 200% по отношению к средней оплате труда в субъекте РФ) [13]. Достаточно распространены случаи, когда территориальный фонд обязательного медицинского страхования (ТФОМС) и страховые медицинские организации (СМО) готовы переместить ресурсы в сторону более эффективно работающих медицинских организаций, предоставляя в Комиссию по разработке территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее — Комиссия) информацию о реальных недостатках в работе отдельных медицинских организаций. Но этот сигнал не воспринимается органами управления здравоохранением, ответственными за финансовое обеспечение сети государственных медицинских учреждений.

**Во-вторых,** реальные возможности заказчика медицинской помощи оказывать влияние на эффективность работы медицинских организаций зависят от применяемых способов оплаты медицинской помощи и тарифной политики. Они могут быть разными. Нужно выбрать способ оплаты, который мотивирует поликлиники на проведение профилактической работы, а стационары — на более интенсивную работу койки и повышение доли сложных случаев в общем объеме работ. Тарифная политика должна строиться таким образом, чтобы стимулировать перевод части объемов помощи из стационара в поликлинику, дневные стационары и проч. Кроме того, должны формироваться стимулы к интеграции деятельности отдельных медицинских служб — командной работе, обеспечению преемственности и усилению координации медицинской помощи на разных этапах ее оказания.

**В-третьих,** разделение на заказчика и исполнителя возможно и в бюджетной системе. Опыт ряда западных стран (например, Швеции, Великобритании, Италии) показывает, что в рамках бюджетной модели возможно финансирование объемов

медицинской помощи, привлечение к выполнению заказов негосударственных организаций. И здесь не в меньшей мере имеет значение регулирование порядка распределения объемов: как организовать этот процесс, какие критерии использовать, как обеспечить сравнение медицинских организаций и их конкурсный отбор. Последнее присутствует в реальной практике многих стран с бюджетной моделью, но, как будет показано далее, слабо выражено в России — как в модели ОМС, так и при распределении бюджетных средств.

В международной литературе уже давно признано, что *различия между моделями финансирования здравоохранения стираются, и на первый план выступают функции финансирования*. Выделяют три функции: формирование средств, их объединение и закупка медицинской помощи. Общепризнанной является точка зрения о необходимости сравнения реализации этих функций, а не моделей финансирования. Эта точка зрения признана ВОЗом [14].

Тем не менее российская и зарубежная практики несколько корректируют этот вывод: *различия постепенно стираются, но не исчезают*. Сохраняются два главных различия.

Первое — *в модели ОМС с определенными ограничениями, но реализуется принцип «деньги следуют за пациентом»*. Если поликлиники увеличивают объемы, повышают качество оказываемой ими медицинской помощи и переключают на себя лечение части традиционных пациентов стационара, то при правильной организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС они могут рассчитывать на возникающую экономию средств. Обеспечивается перемещение финансовых средств из стационара в поликлинику, причем в текущем режиме, а не после длительных согласований.

Возможности более свободного движения денег в системе ОМС заметно шире, чем в бюджетной модели. Последняя основана на твердом бюджете для каждого вида медицинской помощи. Лучший пример жесткости бюджетных перегородок демонстрирует практика финансирования здравоохранения Казахстана. В этой стране отсутствует система ОМС, но действует система оплаты медицинской помощи, сходная с той, которая применяется в российской системе ОМС, — оплата ПМСП по подушевому нормативу и оплата стационарной помощи по методу клинико-статистических групп. Тем не менее, оставаясь в рамках бюджетной модели, Казахстан постоянно сталкивается с жесткостью бюджетных ограничителей. Здесь действуют подпрограммы бюджетного обеспечения амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Деньги, запланированные на стационарную помощь, не могут свободно перемещаться в поликлиники в тех случаях, когда последние обеспечивают экономию на объемах стационарной помощи. Чтобы обеспечить такое перемещение средств, нужно

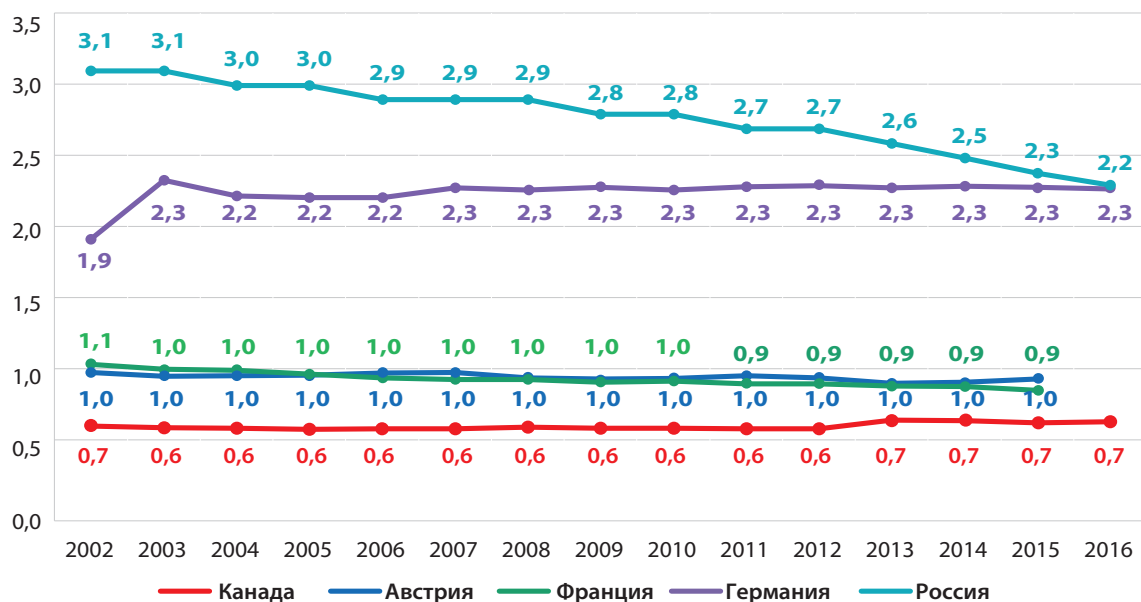
подать заявку в Министерство финансов с последующей длительной корректировкой утвержденных бюджетов для поликлиник и стационаров [15]. В модели ОМС достаточно скорректировать объемы помощи в зависимости от сложившейся ситуации, причем в текущем режиме, что и происходит в российской системе ОМС.

Второе сохраняющееся *различие состоит в степени гибкости межтерриториальных потоков пациентов и их финансового обеспечения*. В ОМС нет принципиальных преград для получения застрахованным лицом медицинской помощи за пределами места его постоянного проживания. В бюджетной модели межтерриториальные потоки ограничены обязательствами органов исполнительной власти и местного самоуправления в отношении финансового обеспечения подведомственных учреждений и обслуживания населения, проживающего на соответствующих территориях. Это порождает сложные для населения ситуации: медицинская организация может быть в поле видимости больного, но он не имеет права туда обратиться, поскольку эта организация финансируется из бюджета соседнего района.

В российской системе ОМС в последние годы утвердился принцип планирования объемов медицинской помощи. Территориальные фонды ОМС, участвуя в Комиссиях, отстаивают позицию сокращения объемов стационарной помощи и повышения интенсивности лечебно-диагностической работы в стационарах. Тарифная политика в растущей мере ориентирована на перемещение финансовых средств в медицинские организации, оказывающие амбулаторную медицинскую помощь. Наметилась линия на стационарозамещение и перемещение медицинской помощи в дневные стационары. Используемые способы оплаты медицинской помощи ориентированы на формирование более рациональной структуры медицинской помощи. В результате четко прослеживается тенденция к сокращению объемов стационарной помощи. Число койко-дней на 1 жителя в РФ снизилось на 25,8% — с 3,1% в 2002 г. до 2,3% в 2016 г. Как следует из *рисунка 1.3*, этот процесс идет более интенсивно, чем в европейских странах. Однако в России при больших темпах снижения удельных объемов стационарной помощи абсолютные их значения все еще остаются значительно более высокими, чем в большинстве западных стран: 1,0 — в Австралии; 0,9 — во Франции; 0,7 — в Канаде. И лишь в Германии этот показатель примерно такой же [16].

Использование новых способов оплаты стационарной помощи содействовало сокращению средней длительности пребывания на больничной койке. Все типы больниц добились улучшения этого показателя за период 1995–2016 гг. (*рисунки 1.4*). Наибольшее его снижение наблюдалось в городских (на 39,5%), региональных (на 38,7%) и районных больницах (на 36,6%).

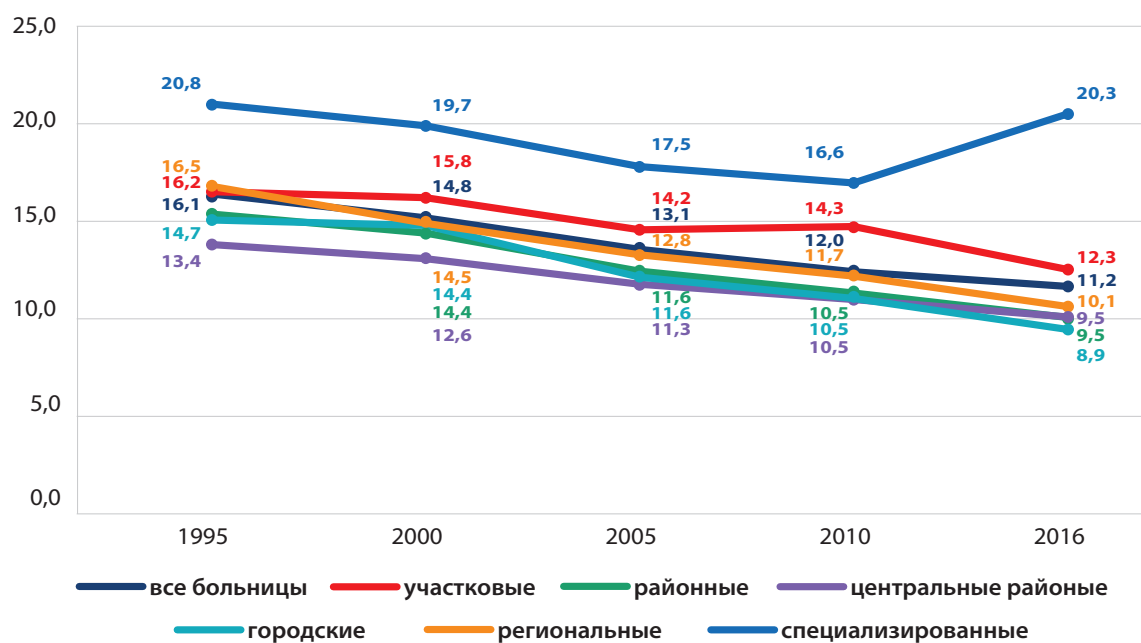
Рисунок 1.3 — Динамика объемов стационарной помощи в России и отдельных западных странах за 2000–2016 гг.  
(койко-дни на 1 жителя в год)



Источник: OECD.Stat // URL: [https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_PROC](https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH_PROC).

Для РФ — данные ЦНИИОИЗ: Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения.

Рисунок 1.4 — Динамика среднего срока госпитализации в России за 1995–2016 гг. (число дней)<sup>5</sup>



<sup>5</sup> Отчетная статистическая форма Госкомстата России № 47 за соответствующие годы



В целом по стационарной помощи среднее время госпитализации снизилось на 30,5%. В то же время этот показатель в специализированных больницах, финансируемых из бюджета, сократился за рассматриваемый период только на 2,6%. При этом тенденция сокращения среднего срока госпитализации в этих больницах несколько отличалась от однозначной постоянной тенденции сокращения данного показателя во всех других типах больниц. За период 1995–2010 гг. средний срок госпитализации в специализированных больницах сократился на 20,1%, за последующий период (2010–2016 гг.) — возрос на 21,9%, оставаясь при этом незначительно ниже уровня 1995 года. Вряд ли это стало результатом усложнения структуры пациентов в специализированных больницах. Более реалистично связывать причины этого процесса с доминированием сметного принципа финансирования, свойственного бюджетной системе.

Тем не менее этот показатель в системе ОМС еще заметно отстает от аналогичного показателя в западных странах. Так, во Франции он составляет 10,1 дня, в Германии — 9, Великобритании — 7, США — 6,1 дня [17].

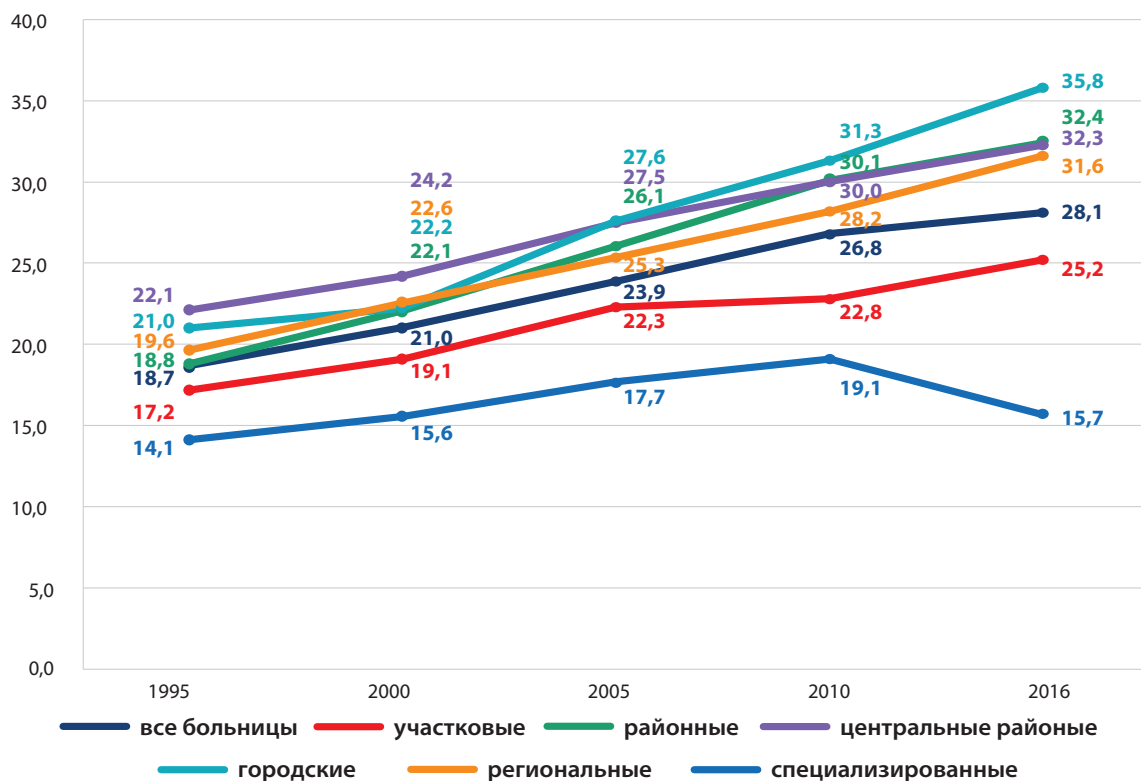
Другой важный показатель влияния ОМС на эффективность использования ресурсов — оборот больничной койки, или среднее число пациентов, пролеченных в течение года на одной больничной койке. Этот показатель объединяет влияние среднего времени пребывания больного на койке и показателя работы койки в году. Больничная сеть за последние 20 лет демонстрирует устойчивую тенденцию к улучшению показателя оборота койки (*рисунок 1.5*). В целом оборот койки увеличился в 1,5 раза. Наибольший вклад в это внесли районные (рост на 72%), городские (рост на 71%) и региональные (рост на 61%) больницы.

Что касается специализированных больниц, то они после роста оборота койки в период 1995–2010 гг. за последние 6 лет откатились по этому показателю к уровню 2000 г. из-за резкого ухудшения показателя среднего времени пребывания пациента на койке. Это можно считать еще одним проявлением действия сметного принципа финансирования, действующего при бюджетной модели финансирования.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют о **значительном вкладе системы ОМС в проведение реструктуризации здравоохранения**. Реализуемые в последние десятилетия экономические методы взаимодействия с медицинскими организациями ускоряют этот процесс. **Напротив, медицинские организации, оставшиеся на бюджетном финансировании, не демонстрируют заметных структурных сдвигов**. Эффективность использования ресурсов здесь остается низкой.



**Рисунок 1.5** — Динамика показателя оборота больничной койки в году по типам медицинских учреждений (число пациентов)<sup>6</sup>



При оценке этих тенденций важно учитывать, что введение системы ОМС создало благоприятную социально-психологическую среду для проведения модернизации здравоохранения и стало свое-образным катализатором преобразований. Сравнивая процессы преобразований в отдельных отраслях социальной сферы в России, можно с уверенностью сказать, что в здравоохранении они происходили значительно интенсивнее. Планирование объемов услуг, переход от принципа содержания государственных и муниципальных учреждений к принципу оплаты объемов медицинской помощи, многочисленные пилотные проекты по использованию новых способов оплаты медицинской помощи, переход на подушевой принцип финансирования территориальной сети учреждений — эти и многие другие нововведения существенно изменили систему экономических отношений в здравоохранении. В других отраслях социальной сферы они стали осваиваться намного позже — главным образом после принятия Бюджетного кодекса.

Тем не менее мы далеки от мысли, что все перечисленные сдвиги обеспечиваются только ОМС. Большое значение имеет вектор реструктуризации, задаваемый орга-

<sup>6</sup> Отчетная статистическая форма Госкомстата России № 47 за соответствующие годы

нами управления здраво-охранением. Так, переход в 1999 г. на планирование объемов медицинской помощи сопровождался пересмотром многих прежних представлений о соотношении отдельных видов медицинской помощи, необходимости наращивания коечного фонда и проч. Именно на этом этапе удалось сформулировать концепцию глубоких структурных сдвигов в здравоохранении, которая в последующие годы реализовывалась с участием системы ОМС.

#### 1.2.4 Что дает ОМС населению?

Прежде всего, это **более широкие возможности для выбора поставщиков медицинских услуг**. В ОМС действует принцип «деньги следуют за пациентом». Это дает возможность пациентам выбирать медицинские организации, включая негосударственные и ведомственные. В бюджетной системе теоретически такой выбор также можно обеспечить, но есть серьезное ограничение: выбирать можно только медицинские организации в своем районе и только государственные.

Возможность выбора медицинской организации приобретает самостоятельное значение в системе потребительских ценностей населения. По данным социологического обследования, проведенного Левада-Центром в конце 2009 г., важность выбора отметило абсолютное большинство респондентов, 12% ответили, что они реально выбирали амбулаторную организацию в предшествующие два года, а 18% выбирали стационар в предшествующие три года [18]. Есть основания считать, что в последующие годы значение фактора выбора не уменьшилось.

**ОМС предоставляет право и реальную возможность пациентам получать медицинскую помощь за пределами места их проживания.** Благодаря ОМС границы между территориями стираются. Граждане могут обращаться в медицинские организации в других муниципальных образованиях и в других регионах. Для многих больных такая возможность является критичной. В бюджетной системе выбор ограничен границами территории проживания больного. Теоретически допускается, что два соседних района могут договориться о совместном использовании своей сети медицинских организаций и обеспечить допуск к ним населения соседнего района. Но на практике реализовать такие договоренности очень непросто: сказывается заинтересованность каждого района в обслуживании именно своего населения. Такие договоренности обычно очень неустойчивы. Как только возникает угроза доступности медицинской помощи своему населению, приток внешних пациентов ограничивается — такова природа жестких обязательств в рамках бюджетной модели.

***ОМС способно обеспечить реальные межтерриториальные потоки пациентов без всяких договоренностей между административными органами.***

Система ОМС расширяет возможности обращений граждан с жалобами на деятельность медицинских организаций, а также получения информации и консультаций по вопросам организации медицинской помощи. Население может обратиться в страховую компанию, а в последние годы — и к своему страховому представителю для содействия в решении возникших проблем. Масштабы этой деятельности очень значительны. В 2017 г. в систему ОМС поступило 3357 письменных обращений граждан. При этом главным вопросом, содержащимся в обращениях, была организация оказания медицинской помощи, в том числе лекарственного обеспечения, — 26,8% всех обращений [19].

***Система ОМС проводит экспертизу качества медицинской помощи и обеспечивает защиту прав пациентов.*** Страховые медицинские организации являются «третьей стороной» в отношениях между пациентом и медицинской организацией. Их независимый статус дает возможность выявлять недостатки в организации медицинской помощи и посылать «сигналы» руководству медицинских организаций и органам управления здравоохранением.

Сама концепция и практика контроля качества медицинской помощи вызывают серьезные дискуссии в обществе. Врачи не согласны с мелочным контролем их деятельности, который нередко сводится к проверке правильности заполнения медицинской документации. Ставится под сомнение способность внешних экспертов проверить деятельность опытных клиницистов. С этим можно согласиться. Нужны новые подходы к контролю качества, главным из которых должно стать выявление системных недостатков в клинической практике на основе тематических экспертиз. При этом нужно обеспечить реальную реакцию руководителей системы здравоохранения и отдельных медицинских организаций на выявленные недостатки в виде конкретных мероприятий по их устранению. Тем не менее ***даже упрощенные схемы контроля качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских организаций создают возможность смягчить наиболее очевидные проявления низкой квалификации части врачей, небрежность, а иногда и явные нарушения врачебной этики.***

***Система ОМС ведет контроль над соблюдением сроков ожидания плановой медицинской помощи.*** Значение этой проблемы возрастает. Согласно опросу Левада-Центра, проведенному в середине 2016 г., длительный срок ожидания медицинской помощи является наиболее острой проблемой здравоохранения для 43% россиян. Эта проблема даже более значима, чем низкая квалификация врачей или плохое

оснащение медицинским оборудованием. Треть россиян (33%) также жалуются на большие очереди непосредственно в медицинских учреждениях [20]. И хотя сроки ожидания определяются имеющимися мощностями медицинских организаций и рядом других факторов, СМО способны помочь наиболее нуждающимся в медицинской помощи пациентам на основе их обращений.

Возвращаясь к вопросу о сравнительных преимуществах двух моделей финансирования, можно констатировать, что острота проблемы длительных сроков ожидания выше в странах с бюджетной моделью финансирования. Из 23 стран, охваченных исследованием ОЭСР, в 15 странах с бюджетной системой отмечены высокие сроки ожидания плановой стационарной помощи: во всех скандинавских странах, в Англии, Шотландии, Уэльсе, Северной Ирландии, Португалии, Испании, Канаде, Новой Зеландии и Австралии [21]. В 7 странах с системой ОМС — Австрии, Бельгии, Франции, Германии, Греции, Люксембурге и США — острота проблемы высоких сроков ожидания значительно ниже.

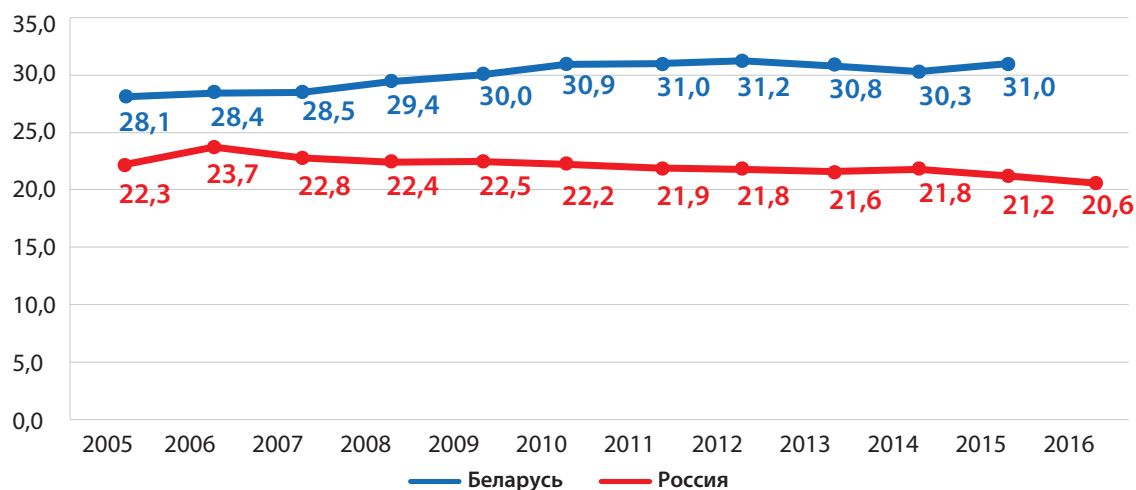
## 1.3 СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДВУХ МОДЕЛЕЙ ФИНАНСИРОВАНИЯ — БЮДЖЕТНОЙ И МОДЕЛИ ОМС — НА ПРИМЕРЕ ЗАРУБЕЖНЫХ СТРАН

### 1.3.1 Сравнение структурных показателей развития здравоохранения в России и Республике Беларусь

В Республике Беларусь (РБ) действует бюджетная модель финансирования. Здравоохранение этой страны развивается на экстенсивной основе. Вклад системы финансирования в показатели структурной эффективности системы здравоохранения очень незначительный. Об этом свидетельствует сравнение с Россией.

За период 2005–2015 гг. в России уровень госпитализаций имел тенденцию к сокращению, в то время как в РБ этот показатель увеличивался. Сегодня он превышает российский на 46% (*рисунок 1.6*). При среднем уровне госпитализации 31 на 100 жителей Республики Беларусь есть регионы, где он составляет 37–38. По данному показателю РБ занимает первое место в Европе, где средний показатель составляет 17 госпитализаций на 100 жителей [22].

Рисунок 1.6 — Динамика уровня госпитализации в России и Республике Беларусь за период 1995–2015 гг. (число госпитализированных на 100 жителей) <sup>7</sup> [22]



Еще один показатель — число врачебных посещений в год в расчете на одного жителя. В России он явно высок по европейским меркам — 8,8 посещений в 2015 г. против среднего показателя 7,0 в странах ЕС. В Республике Беларусь данный показатель приближается к 13 посещениям, что свидетельствует о более низкой услугоемкости каждого врачебного посещения, более низком уровне квалификации врачей, оказывающих ПМСП, больших масштабах приписок посещений, недостаточных масштабах и результативности первичной и вторичной профилактики заболеваний.

При этом показатель общей смертности примерно равен российскому и составляет в 2016 г. около 13 смертей на 1000 жителей <sup>8</sup>.

Таким образом, *данные о состоянии систем здравоохранения в РФ и РБ опровергают часто встречающийся тезис о том, что бюджетная система в РБ обеспечила больший прогресс здравоохранения, чем российская система ОМС. Бюджетная система не смогла внести свой вклад в повышение структурной эффективности здравоохранения.*

<sup>7</sup> European Health for All // WHO. 2016. URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db>. [дата обращения 04.02.2019]

<sup>8</sup> Данные Всемирного банка // URL: <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN> [дата обращения 04.02.2019]

### 1.3.2 Обзор эмпирических сравнений бюджетной и страховой моделей

В российской литературе много публикаций, содержащих негативную оценку сложившейся системы ОМС. Главный аргумент состоит в том, что ОМС — это дополнительные расходы на содержание фондов и страховых медицинских организаций, и лучше было бы потратить эти деньги непосредственно на улучшение медицинской помощи населению. Действительно, в странах со страховой моделью финансирования здравоохранения административные расходы заметно выше, чем в странах с бюджетной моделью [23]. Но это само по себе не является свидетельством меньшей эффективности модели ОМС, поскольку дополнительные административные расходы могут привлечь дополнительные ресурсы в систему здравоохранения, обеспечить более высокую отдачу в виде улучшения показателей здоровья населения. Поэтому необходимы исследования сравнительной эффективности этих моделей, а не сравнение затрат на их функционирование.

За рубежом было предпринято несколько попыток провести сопоставительные оценки эффективности применения различных схем финансирования здравоохранения. В 2009 г. было опубликовано исследование Всемирного банка, посвященное оценке эффектов перехода стран ОЭСР от бюджетной модели финансирования здравоохранения к модели ОМС [24]. В исследовании отмечалось, что в странах с разными моделями часто используются одинаковые механизмы и инструменты. Вместе с тем признается, что эти модели функционируют с разной степенью результативности. Поэтому анализировались конкретные показатели 29 стран ОЭСР с разными моделями финансирования за 1960–2006 гг.

Анализ, проведенный с помощью различных эконометрических методов, показал, что модель ОМС увеличивает подушевые расходы на здравоохранение на 3–4%. Влияние ОМС на снижение преждевременной смертности не обнаружено.

В другой работе Wagstaff (2009) рассматривал 28 постсоветских стран за период 1990–2003 гг. [25]. Это исследование показало, что введение ОМС привело к увеличению подушевых расходов на здравоохранение на 11%. Но влияния системы ОМС на показатели общей смертности также не было обнаружено.

Еще одно исследование было посвящено определению влияния изменения системы финансирования в 17 восточноевропейских странах за 33 года (1970–2003 гг.) [26]. Результаты анализа показали, что в странах с моделью ОМС в среднем смертность была на 5% ниже, чем в странах с бюджетной системой. Начиная с 1999 г. не наблюдалось значимой разницы по показателю младенческой смертности. Общая продол-



жительность жизни имела тенденцию к росту во всех странах, но после 1985 г. была незначительно выше в странах с моделью ОМС (в среднем на 0,5 года).

Расходы на здравоохранение, исчисляемые в процентах от ВВП, росли в обеих группах стран, но рост в странах с ОМС был более значимым (с 5% в 1970 г. до 10% в 2003 г.), чем в странах с бюджетной системой (с 5 до 8% соответственно). Исследование показало также, что уровень удовлетворенности населения состоянием медицинской помощи в странах с ОМС выше, чем в странах с бюджетной системой. Почти две трети населения в странах с ОМС были очень удовлетворены или достаточно удовлетворены, а в странах с бюджетной системой была удовлетворена только половина населения.

Авторами данного доклада проведена самостоятельная эмпирическая оценка сравнительной эффективности страховой и бюджетной моделей для группы 28 постсоветских стран за период 1990–2012 гг. [27]. С помощью различных методов эконометрического анализа<sup>9</sup> оценивалось влияние моделей финансирования (бюджетная система и страховая система) на 3 показателя финансирования здравоохранения (общие, государственные и частные расходы на душу населения), 18 показателей смертности (агрегированных и по отдельным заболеваниям), 6 показателей структурной эффективности (уровень госпитализации, занятость койки и проч.). Учитывалось влияние двух дополнительных факторов — ВВП на душу населения и доли населения старше 65 лет. Учет этих факторов позволяет контролировать влияние уровня экономического развития и структуры населения и получить чистую оценку влияния модели финансирования (она включена в модель с помощью дамми-переменных: 1 — для страны и года введения ОМС, 0 — для прочих стран).

Проведенные оценки продемонстрировали статистически значимую связь между наличием системы ОМС и общими расходами на здравоохранение на душу населения. Эти расходы на 30–40% выше в странах с системой ОМС в сравнении со странами с бюджетной системой. Связь с государственными расходами еще выше: они на 64% выше в странах со страховой системой здравоохранения, чем в странах с бюджетной системой. Частные расходы на здравоохранение на душу населения также в среднем выше в странах с системой ОМС — почти на 23%.

.....

<sup>9</sup> Оценки проведены с помощью статистического пакета STATA13. Использовались следующие эконометрические методы: разность разностей, модель со случайными трендами и модель с дифференцированными трендами. При обнаружении эндогенности переменной наличия страховой системы в стране (то есть при наличии связи этой переменной с ненаблюдаемыми переменными в ошибках модели) использовались двухшаговый метод инструментальных переменных (2МНК) и обобщенный метод моментов

Кроме того, обнаружена статистически значимая связь с показателем смертности детей в возрасте до 5 лет, стандартизированным коэффициентом смертности (СКС от всех видов болезней для всех возрастов. В странах с системой обязательного медицинского страхования СКС от ишемической болезни сердца ниже на 50%; от болезней сердечно-сосудистой системы для лиц не старше 64 лет и всех возрастов — ниже на 24 и 11,3% соответственно; от цереброваскулярных заболеваний — ниже на 15%.

Продемонстрирована также связь с показателями структурной эффективности. Уровень госпитализации в страховых системах на 23% ниже, а средний срок пребывания на больничной койке на 7,4% ниже, чем в бюджетных системах.

Таким образом, *в странах с моделью ОМС государственные расходы на здравоохранение в среднем выше, чем в странах с бюджетной моделью.* Выше и частные расходы, но в меньшей степени. *Уровень госпитализации в странах с системой ОМС заметно ниже, чем в странах с бюджетной системой.* Это может быть показателем того, что в этих странах относительно большая часть больных лечится в амбулаторных условиях. Менее длительные сроки госпитализации и более высокая оборачиваемость коечного фонда в странах с системой ОМС объясняются более широким использованием современных методов оплаты стационарной помощи, прежде всего, метода КСГ.

Мы отдаем себе отчет в том, что связь показателей смертности с моделью финансирования здравоохранения не может быть прямой. На уровень смертности действует большое число факторов, которые трудно учесть при эконометрическом анализе, поэтому так различаются оценки разных авторов. Наш вывод достаточно осторожный: *страны с системой ОМС имеют в целом более низкую смертность населения по большинству показателей, но для верификации выявленной связи требуются дополнительные исследования.*

Полученные результаты эмпирического анализа в целом подтверждают выводы, полученные на основе качественного анализа российской системы **ОМС**. Эта система *внесла свой заметный вклад в привлечение в систему здравоохранения дополнительных средств. Она создала условия для выравнивания финансового обеспечения здравоохранения субъектов РФ. Переход на ОМС стал серьезным фактором реструктуризации здравоохранения. Эта модель обладает более значительным инновационным потенциалом, а на определенных этапах является катализатором позитивных изменений в системе здравоохранения. Для населения ОМС означает более широкие возможности для выбора поставщиков медицинских услуг, получения медицинской помощи за пределами места жительства.*



## 2. ПРОБЛЕМЫ ОМС, ТРЕБУЮЩИЕ РЕШЕНИЯ

### 2.1 НЕДОСТАТОЧНАЯ РЕАЛИЗАЦИЯ СТРАХОВЫХ ПРИНЦИПОВ И ИХ ЗАМЕЩЕНИЕ АДМИНИСТРАТИВНЫМ УПРАВЛЕНИЕМ

Главной проблемой сформированной в России системы ОМС является недостаточная реализация страховых принципов финансирования и их замещение административным управлением «в ручном режиме».

Под страховыми принципами понимаются требования, которым должна отвечать система страхования (отношения между страхователями, страховщиками и застрахованными) для ее устойчивого и эффективного функционирования [28].

**К таким принципам следует отнести:**

1. равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению застрахованным;
2. необратимость передачи страхователем страховщику рисков затрат, обусловленных наступлением страхового случая (страховщик несет финансовую ответственность за переданные ему страхователем риски и не может разделить ее с другими субъектами (страхователем, застрахованными) после наступления страхового случая);

3. возможность выбора страховщика страхователем;
4. возможность выбора страхового покрытия (передаваемых рисков) страхователем.

Первый и второй страховые принципы представляют собой требования, направленные на обеспечение стабильности функционирования страховой системы. Третий и четвертый — на обеспечение ее эффективности посредством развития конкуренции.

Первый страховой принцип (равновесие между доходами страховщика и его обязательствами по страховому возмещению) означает установление таких отношений между участниками системы ОМС, при которых:

- обязательства страховщика по страховому возмещению сбалансированы с размерами страховых взносов, которые устанавливаются на основе актуарной оценки затрат на оказание медицинской помощи застрахованным. Это требование в российской системе ОМС выполняется частично. Ежегодно при планировании бюджета системы ОМС производится балансировка стоимости выполнения базовой программы ОМС с размерами страховых взносов на ОМС. Но последние определяются не столько актуарной оценкой будущих расходов застрахованных, сколько политическими решениями о допустимости увеличения налоговой нагрузки на работодателей, которые должны платить взносы на ОМС работающих, и возможности роста взносов на ОМС неработающих из бюджетной системы;
- обязательства страховых медицинских организаций по покрытию затрат на оказание медицинской помощи застрахованным гражданам являются стабильными и сбалансированными с размерами средств, которые СМО получают из фондов ОМС, аккумулирующих взносы страхователей. В российской системе ОМС пока полностью не удастся обеспечить такую стабильность и сбалансированность. Финансовые параметры системы ОМС (размер подушевого финансирования СМО, субсидии СМО, объемы медицинской помощи, доводимые медицинским организациям, и проч.) не являются стабильными, а корректируются административными решениями в зависимости от изменений текущей ситуации. Это ограничивает предсказуемость доходов и расходов СМО, следовательно, и их возможности нести финансовые риски.

Второй страховой принцип (необратимость передачи страховщику рисков затрат, обусловленных наступлением страхового случая) означает, что страховщик несет полную финансовую ответственность за покрытие затрат, являющихся предметом его обязательств перед страхователем. В российской системе ОМС отсутствует такое

однозначное разделение обязательств и финансовых рисков между субъектами, выполняющими функции страховщика (фондами ОМС и СМО). Страховые медицинские организации получают из территориального фонда ОМС средства, рассчитываемые на основе дифференцированного подушевого норматива, и используют их для оплаты медицинской помощи застрахованным. Но СМО не несут самостоятельной финансовой ответственности за оплату медицинской помощи, если расходы на нее превышают полученные ими средства. Если это имеет место, СМО обращается в территориальный фонд ОМС за получением субсидии для покрытия фактических расходов на медицинскую помощь. Однако получение субсидий установлено законом в самой общей форме, и размер субсидий определяется административным решением руководства территориального фонда ОМС.

Третий страховой принцип (возможность выбора страховщика страхователем) в современной российской системе ОМС в целом реализован. Граждане имеют право выбора страховой медицинской организации. Но условий для рационального выбора СМО недостаточно. Подробнее это будет рассмотрено ниже.

Четвертый страховой принцип (возможность выбора страхового покрытия) в российской системе ОМС не обеспечивается.

Из приведенного анализа видно, что в российской системе ОМС страховые принципы выполняются частично. ***Недостаточная реализация страховых принципов и, соответственно, недостаток страховых институтов в российской системе ОМС замещается практиками административного управления движением финансовых средств.*** Если реализация страховых принципов предполагает четко определенные, стабильные правила взаимодействия участников системы финансирования, то для административного управления характерны нечеткие, меняющиеся во времени, зачастую неформализуемые правила распределения финансовых средств и контроля за их использованием.

**Это противоречие российской системы ОМС лежит в основе целого ряда проблем ее функционирования, которые рассматриваются ниже:**

- недостаточность у участников системы ОМС мотивации для действий, обеспечивающих повышение ее эффективности;
- нестабильность финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций;

- слабая нацеленность планирования и распределения объемов медицинской помощи на решение задач повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов;
- незавершенность перехода на новые способы оплаты медицинской помощи;
- слабое обоснование тарифов на медицинскую помощь, их чрезмерная индивидуализация;
- сохранение препятствий для участия частных медицинских организаций в системе ОМС;
- недостаточные основания для конкуренции страховых медицинских организаций;
- незавершенность перехода на одноканальную систему финансирования.

## 2.2 НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У УЧАСТНИКОВ СИСТЕМЫ ОМС МОТИВАЦИИ ДЛЯ ДЕЙСТВИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ ПОВЫШЕНИЕ ЕЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ

Создание системы обязательного медицинского страхования не привело к формированию у участников этой системы (органов управления здравоохранением, фондов ОМС, страховых медицинских организаций, государственных медицинских учреждений) достаточной мотивации к повышению эффективности использования ресурсов.

Фонды ОМС являются государственными учреждениями, подчиненными органам власти. Для них характерна административная мотивация к распределению финансовых средств и контролю за их использованием. Приоритетным для них являются выполнение текущих задач, формулируемых вышестоящими органами, и обеспечение стабильной работы государственных медицинских организаций по оказанию гражданам бесплатной медицинской помощи. Требования более эффективного использования средств мало актуальны для фондов ОМС в действующей системе.

К СМО предъявляются, прежде всего, требования финансового обеспечения стабильной работы медицинских учреждений и защиты прав пациентов. Выполнение этих требований контролируется административными методами. Вместе с тем правила ОМС создают у СМО определенную экономическую заинтересованность в контроле над правильностью выставления медицинскими организациями счетов за оказанную медицинскую помощь и в контроле за качеством медицинских услуг, оказанных застрахованным. Эта заинтересованность обеспечивается возможностью для СМО штрафовать медицинские организации за выявленные нарушения и получать части сумм штрафов в качестве своих доходов. Однако у СМО практически нет возможностей и стимула к подбору для своих клиентов лучших медицинских учреждений и повышению эффективности использования средств ОМС.

Медицинские организации заинтересованы в максимизации объема средств, получаемых из системы ОМС. Но, как правило, они не испытывают сильного экономического давления со стороны СМО, других медицинских организаций и пациентов, заставляющего их оптимизировать свои издержки и повышать качество медицинской помощи.

Российские граждане, как правило, не имеют мотивации для рационального выбора СМО и медицинских организаций из-за отсутствия необходимой для этого информации. На сайтах фондов ОМС, СМО и медицинских организаций практически не содержится открытых данных, характеризующих результативность их работы. Отсутствие такой информации ограничивает возможности граждан оказывать конкурентное давление на СМО и медицинские организации («голосовать ногами»), которое стимулировало бы их к улучшению своей работы.

Таким образом, *российская система ОМС строится преимущественно по принципам административно-командной экономики. Господствующий здесь тип экономических отношений не многим отличается от действующего в бюджетной системе.*

## 2.3 СЛАБАЯ НАЦЕЛЕННОСТЬ ПЛАНИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА РЕШЕНИЕ ЗАДАЧ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕСУРСОВ

Планирование и распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями в субъектах РФ осуществляется комиссиями по разработке территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Эти функции выполняются недостаточно эффективно. Во-первых, доминирует планирование на основе характеристик мощности медицинских организаций и достигнутого уровня объемов медицинской помощи. Практически полностью отсутствует учет качества медицинской помощи, ее сложности и эффективности использования ресурсов в однотипных медицинских организациях, а тем более в их профильных подразделениях. Распространены ситуации, когда больница использует новые технологии лечения, принимает самых сложных пациентов, имеет высокие исходы лечения и более короткие сроки госпитализации по сравнению с другой больницей в том же районе, но при равенстве коечного фонда получает такие же плановые объемы стационарной помощи (следовательно, и одинаковое финансирование). Такое положение сдерживает развитие новых медицинских технологий, ограничивает меры по повышению эффективности деятельности медицинских организаций.

Во-вторых, действующие в регионах методики распределения объемов медицинской помощи очень неконкретны, и поэтому открывают возможности для субъективизма при принятии решений. В частности, они не устанавливают задач по сбору информации о результатах деятельности медицинских организаций. Без соответствующих детальных данных и их сравнения невозможно обосновать распределение объемов.

В-третьих, распределение объемов не дифференцируется по экстренной и плановой медицинской помощи. Последняя может планироваться для более широкой зоны обслуживания, например, для крупного города и нескольких соседних муниципальных районов. Планирование межтерриториальных потоков с учетом мощности, ресурсов и качества помощи в медицинских организациях, расположенных за пределами проживания населения, проводится редко, что существенно сужает круг

медицинских организаций, претендующих на дополнительные объемы (соответственно, на дополнительное финансирование).

Наконец, отсутствуют развитые механизмы согласования объемов медицинской помощи между Комиссией и медицинской организацией. В сложившейся системе планирования больше элементов директивного планирования, чем согласования экономических интересов финансирующей стороны и медицинской организации. Договорные отношения являются формальными. В частности, типовой договор не предусматривает определение условий оплаты при отклонениях фактических объемов помощи от плановых.

## 2.4 НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ФИНАНСОВЫХ ПАРАМЕТРОВ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СМО И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

**К числу важнейших финансовых параметров системы ОМС относятся:**

- объемы медицинской помощи, доводимые медицинским организациям;
- размер подушевого финансирования СМО;
- субсидии СМО;
- тарифы на медицинские услуги.

Для нормального функционирования системы ОМС требуется стабильность перечисленных финансовых параметров. При отсутствии стабильности снижается предсказуемость финансовых затрат СМО и медицинских организаций.

Закон об ОМС (2010 г.) устанавливает порядок оплаты согласованных объемов медицинской помощи, и это, несомненно, является разумной мерой [11]. Но в этом законе отсутствует четкий порядок оплаты при отклонениях фактических объемов помощи от плановых. Вместо общепринятых в большинстве развитых стран систем разделения финансовой ответственности покупателя и поставщика медицинских услуг за сверхплановые объемы помощи в российской практике используется механизм текущей корректировки объемов помощи для медицинской организации



в зависимости от общей ситуации с финансированием ОМС и фактическими показателями деятельности медицинской организации. Это снижает предсказуемость поступлений медицинских организаций, а, следовательно, усложняется внутреннее планирование их деятельности, включая планирование инвестиций.

Аналогичная ситуация складывается и со страховыми медицинскими организациями. Оценка стабильности финансовых параметров деятельности СМО основана на двух обследованиях, проведенных НИУ ВШЭ совместно с ФОМС в 2012 и 2014 гг. На вопросы анкеты ответили руководители действующих в системе ОМС на тот момент 78 страховых компаний из 50 регионов страны [29].

Согласно закону об обязательном медицинском страховании, территориальные фонды ОМС имеют право корректировать ставки дифференцированного подушевого финансирования СМО в течение года. Обследование 2014 г. показало, что в предшествующем году эти ставки корректировались для 54% компаний как минимум раз в год. Для некоторых из них такая корректировка проводилась раз в квартал. Только 8% СМО имели стабильные ставки.

Закон об ОМС устанавливает возможность субсидирования СМО в случае нехватки средств на оплату медицинской помощи [11]. Но основания для выделения субсидий установлены в самой общей форме. Данные обследований показывают, что доля страховых компаний, обращавшихся за субсидиями в ТФОМС, увеличилась с 24,4% в 2012 г. до 65,3% в 2014 г., а среднее число обращений в год — с 1,8 до 3,7 раза в расчете на одну компанию. Некоторые из них обращались за субсидией по 10–12 раз в год. Как эти обращения рассматривались и как принимались решения, они не знают.

65% СМО ответили, что доля субсидий в их поступлениях в системе ОМС растет, 29,7% сказали, что она стабильна, и только 5,4% отметили сокращение этой доли.

Различие доли субсидий по отдельным компаниям указывает на неясные основания для их предоставления и недостаточную прозрачность предоставления. 53% руководителей СМО считают, что этот порядок несправедлив, 47% говорят, что справедлив.

Таким образом, система субсидирования СМО носит ретроспективный характер; объем субсидий имеет тенденцию к росту; предсказуемость поступлений СМО невысока.



## 2.5 НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ ПЕРЕХОДА НА НОВЫЕ СПОСОБЫ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В последние годы в системе ОМС было объявлено о переходе от традиционного способа оплаты амбулаторной помощи по числу посещений или детальным услугам к подушевой оплате в расчете на численность населения, обслуживаемого амбулаторно-поликлиническим учреждением (прежде всего, поликлиникой). Однако этот процесс не завершился. Его нормативное регулирование очень противоречиво и по существу лишает смысла подушевой принцип оплаты. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования лишь формально вводят подушевую оплату [30]. Оплата объемов помощи сохраняется. На это указывает формулировка в документе: «Фактический размер финансового обеспечения медицинской организации, имеющей прикрепившихся лиц, складывается исходя из фактически оказанных объемов медицинской помощи». По сути, речь идет об установлении финансового лимита для поликлиник, который рассчитывается по подушевому нормативу. Реально оплата проводится за число врачебных посещений.

В результате использования такого способа оплаты растет предсказуемость затрат на оказание ПМСП. Но стимулы для поликлиник остаются прежними: чем больше заболевших граждан, которые в них обращаются, чем чаще случаются обострения хронических заболеваний, тем больше будут доходы поликлиник.

Проводимые в ряде регионов эксперименты по использованию метода «поликлиника-фондодержатель», при котором первичное звено контролирует часть расходов на стационарную помощь и получает право на сохранение экономии за счет снижения стационарной помощи, показали большой потенциал данного метода в укреплении первичного звена [31]. Однако широкого распространения он не получил. Возможно, некоторые опасения были оправданы, но вместо того, чтобы применить меры по нейтрализации возникающих рисков, метод практически «закрыли» без каких-либо объяснений.

Введение с 2013 г. эффективного контракта с медицинскими работниками позволило активизировать работу по формированию новых экономических стимулов, но это нововведение ограничивается индивидуальными поощрениями и никак не затрагивает мотивацию поликлиник как субъектов экономических отношений.

В части стационарной помощи почти во всех субъектах РФ в последние годы осуществлен переход на оплату законченных случаев лечения, учитываемых в разрезе отдельных клинико-статистических групп (далее — метод оплаты по КСГ). Этот метод стимулирует повышение эффективности использования ресурсов больниц: они заинтересованы в оказании более сложных видов помощи, а также в интенсификации лечебного процесса и сокращении средней длительности госпитализации.

Переход к оплате по КСГ несет в себе риск дифференциации стационаров по уровню финансового обеспечения. Те из них, которые традиционно имеют дело с преимущественно легкой патологией, в новых условиях могут потерять часть финансирования, поскольку новые тарифы значительно сильнее учитывают сложность пациентов и часто оказываются недостаточными для покрытия фактических затрат таких стационаров. Напротив, стационары со сложной патологией выигрывают от перехода на метод КСГ.

В зарубежной практике этот метод реализуется постепенно. Для адаптации стационаров к новым тарифам формируются резервные фонды, которые поддерживают слабые стационары. В ряде стран, например, в Германии, при переходе на этот метод действовала централизованно установленная схема перераспределения части поступлений от «выигравших» больниц к «проигравшим». Переходный период здесь занял 5 лет. В России выбран другой путь. Введены корректирующие коэффициенты к базовым тарифам на КСГ, чтобы снизить разрыв между поступлениями от оплаты по КСГ и прежним объемом финансирования учреждений. При таком механизме растёт степень индивидуализации тарифов: например, неосложненная аппендэктомия в областной клинической больнице может стоить в несколько раз дороже, чем в районной больнице. При этом отсутствует ясная перспектива индивидуализации тарифов: они сохранятся или нет? Если сохранятся в прежнем объеме, то смысл перехода на метод КСГ теряется. Индивидуальные тарифы становятся «зонтиком» для сохранения излишних мощностей и неэффективных медицинских технологий. Неэффективные стационары ничего не потеряют [32].

Пока нет признаков того, что переход на метод КСГ стимулирует стационары наращивать объемы помощи при сложных заболеваниях, требующих новых медицинских технологий. Уровень госпитализации не снижается, что свидетельствует о сохранении доли необоснованных госпитализаций при легких заболеваниях, которые можно лечить в поликлинике без ущерба для пациентов. Главным достижением введения метода КСГ ФОМС считает сокращение сроков госпитализации пациента. Но такое сокращение возможно и при прежнем методе оплаты за нормированный койко-день, и оно реально имело место в предшествующие годы.

Особенно важно подчеркнуть, что переход на метод КСГ не сопровождается изменением единицы планирования объемов стационарной помощи — это все тот же койко-день, который используется уже два десятилетия. Возникает разрыв между единицами планирования и оплаты помощи. Планирование ведется по койко-дням, а оплата медицинской помощи — по числу пациентов в разрезе КСГ. Больница может выполнить план по койко-дням, но при низкой сложности структуры пациентов потерять финансовые средства в результате оплаты по КСГ. В такой ситуации повышается заинтересованность в том, чтобы завышать сложность случая лечения, переводя его в группу заболеваний с более высоким тарифом. Выход из этой коллизии — в унификации единиц планирования и оплаты медицинской помощи, утверждении принципа планирования объемов помощи в разрезе отдельных КСГ.

## 2.6 СЛАБОЕ ОБОСНОВАНИЕ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Тарифы на оплату медицинской помощи в ОМС устанавливаются не на основе обоснования размеров необходимых затрат, а на основе сложившихся объемов их финансирования. При этом фактические затраты на лечение одних и тех же заболеваний в разных регионах и в разных учреждениях в одном регионе могут существенно различаться. Отсутствует методическая основа для достоверной оценки допустимых различий в затратах и сравнения эффективности однотипных медицинских учреждений. Это делает проблематичным внедрение конкурсного распределения объемов медицинской помощи.

Сложившаяся ситуация с тарифами в немалой степени связана с произвольным установлением индивидуальных коэффициентов при оплате медицинской помощи (причем не только для стационаров). В результате тариф отрывается от реальной стоимости медицинской помощи. Сужается поле для реальной экономической работы в медицинском учреждении. Трудно определить выгодность отдельных видов работ и спланировать меры по оптимизации соответствующих затрат.

В западных странах обоснованность тарифов определяется специальной службой финансового аудита. Действуют общие методики формирования тарифов в сфере государственного финансирования здравоохранения, использование которых контролируется государством. В России регионы считают тарифы по-своему, и нам неизвестны факты проверки обоснованности тарифов. И это при том, что руководители здравоохранения и системы ОМС постоянно напоминают о необходимости

усиления контроля за деятельностью медицинских учреждений. В тарифной сфере, где такой контроль требует тонкой настройки и высоких компетенций исполнителей, он явно ослаблен.

## 2.7 СОХРАНЕНИЕ ПРЕПЯТСТВИЙ ДЛЯ УЧАСТИЯ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СИСТЕМЕ ОМС

**В ряду главных из них можно назвать:**

- дискриминацию негосударственных организаций в процессе распределения объемов оказания медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;
- короткий горизонт заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- избыточность отчетности организаций, участвующих в ОМС;
- несоответствие тарифной политики в системе ОМС базовым экономическим принципам работы негосударственных медицинских организаций;
- предъявление региональными властями не предусмотренных федеральным законодательством требований к деятельности частных медицинских организаций.

Действующие правила использования средств ОМС создают барьеры для расширения участия частных медицинских организаций в этой системе. Речь идет, прежде всего, об ограничениях на использование средств ОМС для закупки оборудования и расходных материалов. Частные медицинские организации за счет более эффективной организации оказания медицинской помощи застрахованным могут получать экономию на текущих расходах и готовы инвестировать эти средства в создание новых медицинских центров (а не выводить их в виде дивидендов учредителей), но не имеют права – это делать. Жесткие правила использования средств ОМС, облегчающие контроль государства за их целевым использованием, становятся препятствием для более эффективного хозяйствования. Такое жесткое регулирование является чрезмерным и требует пересмотра.

## 2.8 НЕДОСТАТОЧНЫЕ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОЙ КОНКУРЕНЦИИ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Действующая законодательная база существенно ограничивает основания для конкуренции СМО в системе ОМС. Они конкурируют за привлечение дополнительного контингента населения. Но при этом отсутствует конкуренция по составу страховых программ, размеру страхового взноса, качеству медицинской помощи и составу медицинских организаций, обслуживающих застрахованных. Эти четыре основания присутствуют в моделях регулируемой конкуренции, реализуемых в ряде западных стран: Нидерландах, Германии, Израиле, Швейцарии, Бельгии. В России они исключаются самим дизайном системы. СМО не могут предлагать страховые программы с переменным взносом, уплачиваемым застрахованными. Они не могут предлагать и замкнутую сеть медицинских организаций с ограниченным выбором застрахованных, выбравших соответствующую программу (меньше доступных медицинских организаций, но ниже размер переменного взноса). Соответственно, отсутствуют основания для селективных договорных отношений с медицинскими организациями.

Декларируемая конкуренция СМО по качеству медицинской помощи является иллюзией. Застрахованные не могут выбирать СМО, полагаясь на их обещания контролировать качество медицинской помощи и предлагать лучшие медицинские организации. И не потому, что СМО не могут контролировать качество, а потому, что этот контроль не обеспечивает детальную информацию о качестве, которую можно предложить застрахованным для выбора медицинской организации. Более того, решения о сборе такой информации не принимаются самими страховыми компаниями. Они находятся под мощным административным прессом фондов ОМС и органов управления здравоохранением.

Ограниченность оснований для развития конкуренции СМО в сочетании с атрибутами административно-командной системы снижает заинтересованность и возможности СМО влиять на организацию медицинской помощи и эффективность использования ресурсов. По итогам, например, тематических экспертиз страховые медицинские организации получают важную информацию о качестве медицинской помощи и передают ее в органы управления здравоохранением для исправления ситуации. Но, как показывают вышеупомянутые обследования НИУ ВШЭ, только

30% руководителей страховых компаний считают, что эта информация является востребованной и может как-то влиять на решения по организации медицинской помощи [29].

*Проблема состоит не в лишних страховых медицинских организациях, а в самом дизайне системы ОМС, который ограничивает основания для конкуренции СМО и тем самым не дает возможности реализовать их потенциал.*

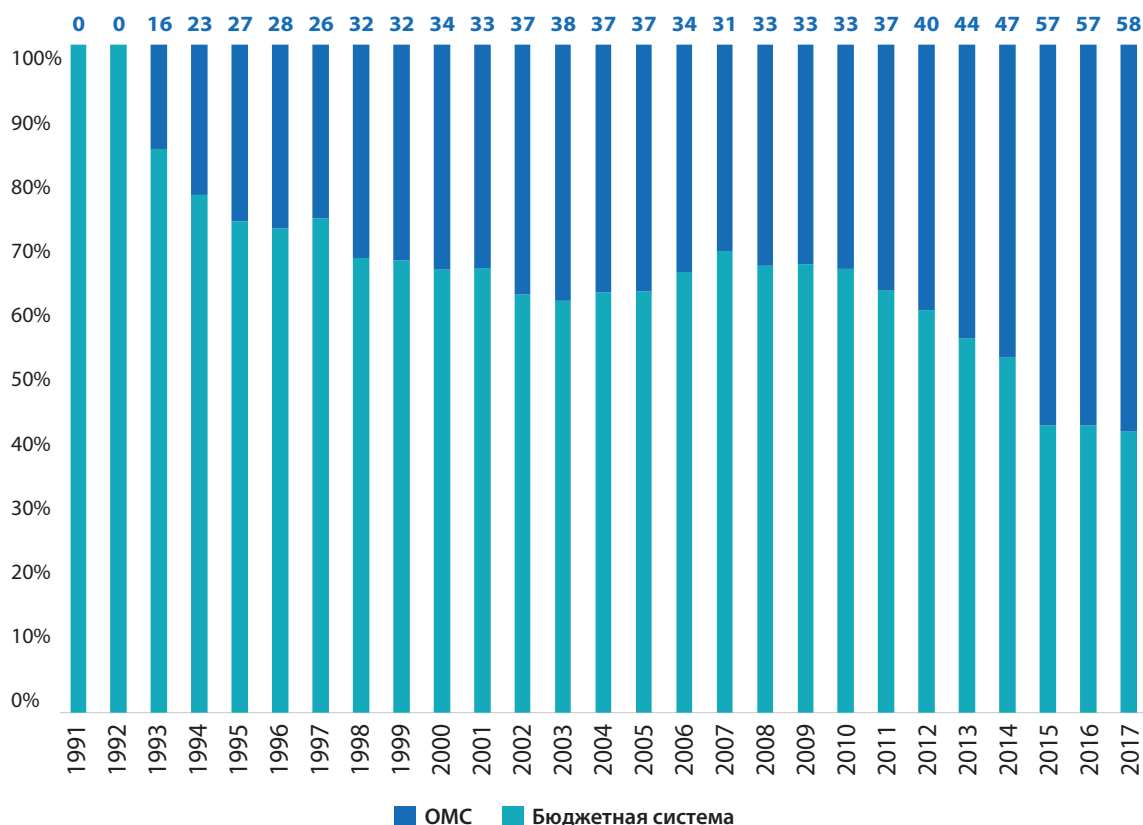
## 2.9 НЕЗАВЕРШЕННОСТЬ ПЕРЕХОДА НА ОДНОКАНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ФИНАНСИРОВАНИЯ

В последние годы осуществлялся переход на одноканальную систему финансирования медицинских организаций – через систему ОМС. В настоящее время из средств ОМС возмещаются расходы на оказание практически всех видов медицинской помощи, кроме расходов на так называемые социально значимые виды медицинской помощи (лечение больных СПИДом, туберкулезом, психическими заболеваниями). Доля средств системы ОМС превышает долю бюджетного финансирования здравоохранения, как показано *на рисунке 2.1*.

Одноканальное финансирование позволяет увязать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские организации, с объемами оказываемой ими медицинской помощи. Это дает возможность расходовать государственные средства более эффективно. Вместе с тем данный процесс требует завершения. Во-первых, вне системы ОМС оказались расходы на подавляющую часть медицинского оборудования, поскольку инвестиционные расходы свыше 100 тыс. руб. покрываются из бюджета. Предельный размер инвестиционных расходов, включаемых в тариф в системе ОМС, был установлен ФЗ № 326 в 2010 г. и в последующие годы ни разу не пересматривался, хотя цены на оборудование за эти годы существенно выросли.

В этой ситуации медицинские организации оказываются в положении, когда новое оборудование они могут получить только с помощью органов управления здравоохранением, а не купить его на заработанные в системе ОМС средства. Чтобы реально заработать средства на приобретение оборудования и расходных материалов, медицинские учреждения вынуждены наращивать объемы платных услуг, а иногда и просто замещать бесплатную помощь платной.

**Рисунок 2.1** — Доля средств в бюджетной системе финансирования здравоохранения и в системе ОМС в России, % от общего размера государственного финансирования <sup>10</sup>



Кроме того, снижается экономическая ответственность медицинских учреждений за рациональное использование оборудования, его можно закупить впрок, если удастся получить бюджетные субсидии. Такое положение ставит в неравное положение государственные и негосударственные медицинские организации в системе ОМС. Последние самостоятельно покрывают инвестиционные расходы, их затраты нередко оказываются выше действующих тарифов. Это сдерживает участие частного медицинского бизнеса в системе ОМС.

Возникает еще одна коллизия — между функциями планирования и оплаты медицинской помощи. Инвестиции планируются органами управления здравоохранением, а медицинскую помощь, оказываемую на базе закупленного оборудования, оплачивает система ОМС. Такое разделение этих функций усиливает финансовую несбалансированность системы. Например, медицинское учреждение получает средства на приобретение нового томографа (на основе решения органов управления

<sup>10</sup> Расчеты по данным Минфина России и Федерального фонда ОМС



здравоохранением о его необходимости), но это не значит, что в системе ОМС запланированы средства на оплату дополнительных диагностических исследований с использованием нового томографа. В результате дорогостоящее оборудование используется не в полной мере. Возможна и другая ситуация: одни учреждения имеют современное медицинское оборудование и необходимые для работы на нем кадровые ресурсы, но не получили достаточных плановых объемов медицинской помощи для полноценного использования имеющейся техники, другие, наоборот, получили дополнительные объемы, но остались без необходимого оборудования. В системе ОМС проще согласовывать планирование закупок оборудования и оплачиваемых объемов медицинской помощи, поскольку инвестиционные средства находятся в одних руках.

Оценивая переход на одноканальную систему финансирования, важно заметить, что в западноевропейских странах со страховой моделью доля расходов системы ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения уже в конце 1990-х гг. составляла 70–85% [32], что значительно больше, чем в России в настоящее время (58%). Но следует учитывать, что в европейских странах из средств ОМС покрываются расходы на лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении.

Оценивая переход на одноканальную систему финансирования, важно заметить, что в западноевропейских странах со страховой моделью доля расходов системы ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения уже в конце 1990-х гг. составляла 70–85% [32], что значительно больше, чем в России в настоящее время (58%). Но следует учитывать, что в европейских странах из средств ОМС покрываются расходы на лекарственное обеспечение при амбулаторном лечении.



### 3. АНАЛИЗ ИЗДЕРЖЕК И РИСКОВ ВОЗМОЖНОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ БЮДЖЕТНОЙ МОДЕЛИ

#### 3.1 МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ СМЕНЫ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ

*За последние 20 лет в западных странах сложившиеся там модели финансирования здравоохранения (бюджетная модель или модель ОМС) ни разу не менялись.* Попытки смены модели отмечались только в трех постсоветских странах — Казахстане, Польше и Латвии. Но и в этих странах процесс смены модели шел очень непоследовательно и далеко не всегда завершался достижением планируемого результата.

В Казахстане в 1996 г. была создана система ОМС во главе с Фондом ОМС, но уже в 1999 г. страна вернулась к бюджетной модели. Это было связано, прежде всего, с нерешенной проблемой обеспечения устойчивых страховых отчислений регионов в систему ОМС. Определенную роль сыграли выявленные случаи финансовых злоупотреблений со стороны руководства Фонда ОМС. В последующие десятилетия действовала бюджетная модель, но при этом использовались многие элементы прежней модели. Во-первых, в рамках Министерства здравоохранения был создан Комитет оплаты медицинских услуг, который продолжил работу по изменению способов финансирования медицинских учреждений, начатую в предшествующие годы. Во-вторых, вместо ожидаемого возвращения к сметному финансированию получили развитие современные способы оплаты медицинской помощи — подушевое финансирование ПМСП с элементами фондодержания и оплата стационарной помощи по КСГ (переход к этим методам начался в Казахстане раньше, чем в России). Сложилась по существу смешанная модель: бюджетный источник финансирования сосуществует с порядком оплаты за объемы медицинской помощи.

В 2016 г. было принято решение о возвращении к модели ОМС. Ее необходимость определена планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства» и посланием президента Республики Казахстан «Казахстанский путь — 2050: единая цель, единые интересы, единое будущее». Главное ожидание перехода к модели ОМС — обеспечить устойчивый приток средств в сферу здравоохранения, изменить в его пользу сложившиеся бюджетные приоритеты. С этой целью объявлено о введении страховых взносов как работодателей, так и самих работников, установлена шкала ставок взносов, которая будет повышаться вплоть до 2022 г. (до 3% ФОТ для работодателей и 2% — для работников). Установлены ставки взносов регионов на ОМС неработающего населения. Принятый в 2016 г. закон «Об обязательном медицинском страховании в Республике Казахстан» предусматривает создание Фонда ОМС. Многие его положения повторяют российские нормы.

В ходе обсуждения соответствующего законопроекта в 2015–2016 гг. (один из авторов доклада участвовал в таком обсуждении) отмечалась необходимость не только создать целевую систему формирования средств, но и улучшить систему закупки медицинской помощи. Отмечалось, что действующая бюджетная модель не обеспечивает достаточной гибкости в движении средств между отдельными видами медицинской помощи и между регионами, ограничивая возможности для межрегионального выравнивания. Отсюда и возвращение к модели ОМС. Правда, в конце прошлого года было объявлено, что переход к новой модели откладывается до января 2020 г. — главным образом из-за нерешенности проблемы взносов граждан, работающих в неформальном секторе. Но при этом в стране началась пропаганда ОМС: объясняются преимущества этой модели, людям разъясняют их право получать медицинскую помощь за пределами места их жительства и условия финансирования новой модели. То есть *ведется политика абсолютно противоположная той, которая действует сегодня в России в отношении ОМС*. Есть все основания считать, что возвращение страны к модели ОМС реально состоится.

В Польше, где с 1999 г. действует система ОМС, было анонсировано стремление государства вернуться к бюджетной системе финансирования здравоохранения. В 2016 г. в рамках объявленной крупномасштабной реформы здравоохранения планировалось закрытие Национального медицинского фонда, ответственного за функцию закупки медицинской помощи в системе ОМС. Также задумывалось возвращение к финансированию медицинских организаций из бюджета под контролем Министерства здравоохранения и региональных органов управления. Кроме того, планировался переход от финансирования в зависимости от показателей деятельности медицинских организаций к финансированию по принципу глобального бюджета. Предполагалось начать проведение реформы в 2017–2018 гг. Однако

этот план не был реализован; в Польше сохраняется система ОМС. При этом запланировано значительное увеличение государственных расходов на здравоохранение из бюджета (с 4,7% ВВП в 2018 г. до 6% в 2025 г.) без увеличения ставки страховых взносов.

*Отказ от смены модели финансирования в этой стране объясняется тем, что возвращение к старой системе может дорого стоить, занять длительный период и не привести к значимым изменениям в деятельности системы здравоохранения и ее результативности.*

В Латвии система ОМС была создана в начале 1990-х гг. В первые годы действовало множество региональных страховщиков. В 2002 г. их упразднили и создали Государственное агентство обязательного медицинского страхования. В 2009 г. это агентство преобразовали в Центр оплаты медицинской помощи, а в 2011 г. ликвидировали. Все функции финансирования и управления были переданы в Национальную службу здравоохранения (НСЗ). При этом убрали целевой взнос на ОМС и перешли полностью на бюджетное финансирование. Процесс реставрации бюджетной модели завершился. Тем не менее сохраняется оплата за объемы медицинской помощи. В рамках НСЗ действует центр оплаты медицинской помощи.

Таким образом, *в последние два десятилетия бюджетная модель финансирования здравоохранения была реставрирована только в Латвии и Казахстане, и то не в полном объеме: сохранился принцип разделения системы на заказчика и исполнителя, покупателя и поставщика услуг. То есть возвращение к классическому варианту бюджетной модели со сметным принципом финансирования не произошло. При этом Казахстан планирует возвращение к модели ОМС.*

## 3.2 ВОЗМОЖНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ВОЗВРАЩЕНИЯ РОССИИ К БЮДЖЕТНОЙ МОДЕЛИ

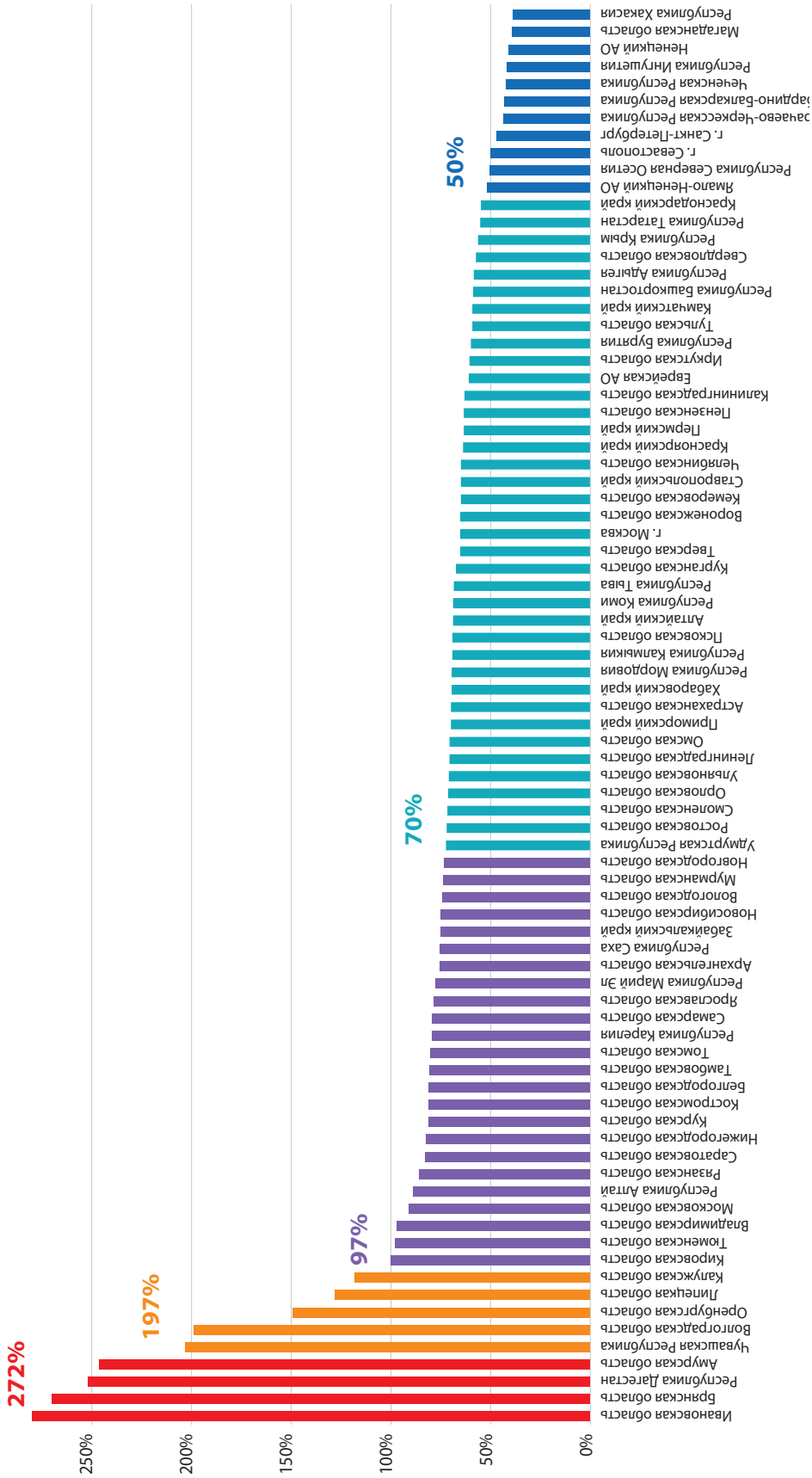
При принятии решения об изменении системы финансирования здравоохранения необходимо сопоставить все возможные выгоды и стоимость получения этих выгод. Переход к другой системе может быть обоснован только в случае, если предполагаемые выгоды будут превосходить возможные негативные последствия от такого действия.

Если рассмотреть вариант возвращения России к бюджетному финансированию здравоохранения, то нужно отметить, что это могло бы дать непосредственную экономию расходов за счет закрытия фондов ОМС и страховых компаний (расходов на содержание фондов ОМС, страховых компаний, изготовление полисов и т.д.). Вместе с тем при ликвидации фондов ОМС и страховых медицинских организаций будет уволено значительное число работающих. Часть уволенных сможет быть трудоустроена в органах федеральной и региональной власти, так как часть функций упраздненных структур перейдет к органам управления здравоохранением. Но часть уволенных кадров не сможет быть трудоустроена в ближайшее время, что повлечет дополнительные государственные расходы на выплату пособий, трудоустройство и возможное переобучение кадров.

В случае отмены ОМС придется решать вопрос о возмещении выпадающих доходов системы здравоохранения, обусловленных отменой взносов на ОМС работающего населения. В 2017 г. они составили 1087 млрд руб., или 1,18% ВВП. Если взносы на ОМС будут упразднены, то это уменьшит налоговую нагрузку на работодателей и приведет к относительному снижению стоимости рабочей силы. Это может повлечь вывод из тени части скрытой занятости и заработной платы. Но всю потерянную сумму придется возмещать за счет средств бюджетной системы. Как показывают расчеты, для сохранения объемов финансирования здравоохранения по программе государственных гарантий (по данным за 2016 г.) расходы региональных бюджетов на здравоохранение должны будут увеличиться на 66%. Финансовое бремя отмены системы ОМС будет минимальным в Сахалинской области, где для сохранения государственных гарантий потребуется дополнительное бюджетное финансирование в размере 29% выделяемых регионом бюджетных средств на здравоохранение. В 13 регионах отмена ОМС приведет к необходимости увеличения бюджетных расходов на здравоохранение на 31–50%. В 38 регионах бюджетное финансирование придется увеличить на 51–70%. В 24 регионах дополнительное бюджетное финансирование отрасли будет сопоставимо с уже выделяемыми средствами на здравоохранение (71–100%). В 5 регионах его придется почти удвоить (101–200%), еще в 4 регионах (Ивановская и Брянская области, Республика Дагестан, Амурская область) — повысить более чем в 2 раза. Максимальное увеличение бюджетных расходов потребуется в Ивановской области — этому региону придется увеличить свои расходы из бюджета на здравоохранение в 2,7 раза (*рисунок 3.1*).

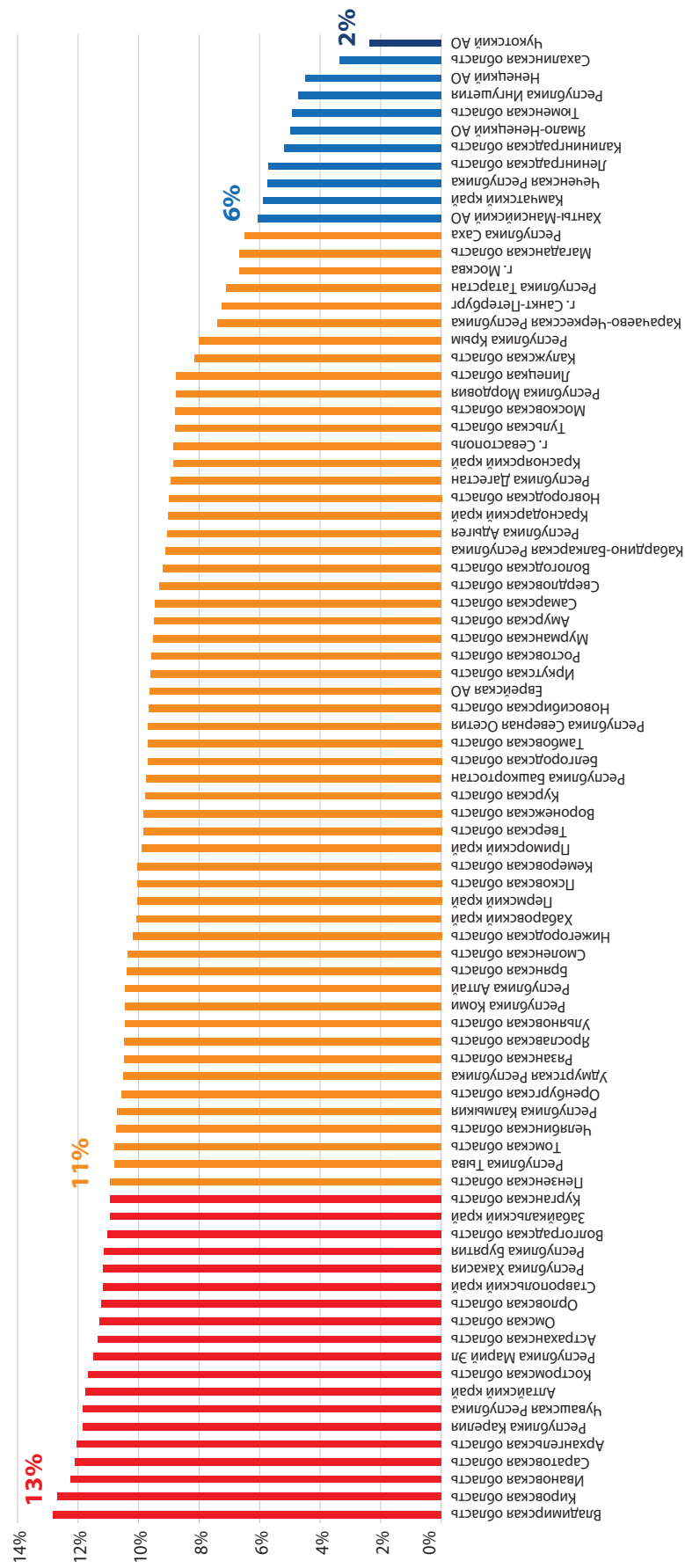
При возможной отмене ОМС бюджетам придется тратить более значительную часть их доходов на финансирование здравоохранения (*рисунок 3.2*). К группе с наименьшим дополнительным бременем отмены ОМС, исчисляемым долей дополнительного бюджетного финансирования здравоохранения в доходах региональных бюджетов, относятся 7 регионов, в которых этот показатель будет составлять от 2 до 5% доходов

Рисунок 3.1 — Требуемое дополнительное бюджетное финансирование при отмене ОМС, в % от выделяемых средств региональных бюджетов на здравоохранение, оценка по данным 2016 г.



Примечание — Расчеты авторов по данным отчетов Казначейства РФ, ФОМС  
[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Gh17uLkYfNgI:https://www.minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Proekt\\_ONBP\\_2016-18.docx+&cd=4&hl=ru&ct=clnk&gl=ru](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Gh17uLkYfNgI:https://www.minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Proekt_ONBP_2016-18.docx+&cd=4&hl=ru&ct=clnk&gl=ru)

**Рисунок 3.2** — Дополнительные бюджетные расходы на сохранение государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, обусловленные возможной отменой системы ОМС, в % от доходов региональных бюджетов, оценка по данным 2016 г.



**Примечание** — Расчеты авторов по данным отчетов Казначейства РФ, ФОМС.

[https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Gh17uLkYFNgl:https://www.minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Proekt\\_ONBP\\_2016-18.docx+&cd=4&hl=ru&ct=dnk&ql=ru](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:Gh17uLkYFNgl:https://www.minfin.ru/common/upload/library/2015/07/main/Proekt_ONBP_2016-18.docx+&cd=4&hl=ru&ct=dnk&ql=ru)



бюджета. Минимальный уровень (2%) будет в Чукотском автономном округе. Абсолютное большинство регионов (53 региона) будут находиться в группе со средним уровнем бремени, составляющим 6–10%. В группу с максимальным бременем отмены системы ОМС войдут 25 регионов, в которых дополнительное бюджетное финансирование отрасли будет составлять от 11 до 13% доходов региональных бюджетов. Максимальный уровень дополнительных расходов (13%) будет наблюдаться во Владимирской и Кировской областях.

В настоящее время выравнивание расходов регионов на оказание медицинской помощи в рамках программы ОМС осуществляется по утверждаемой Правительством РФ методике расчета субвенций, направляемых из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов [33]. В результате перераспределения средств внутри системы ОМС в 2016 г. 29 регионов, в которых стоимость программы ОМС превышала сумму собранных налогов, выступали «донорами» для финансирования остальных регионов, в которых стоимость программы превышала сумму собранных взносов. Помимо этого, выравнивание субъектов РФ по показателю подушевого финансирования здравоохранения осуществляется в рамках бюджетной системы. В соответствии с Бюджетным кодексом (ст. 131) «дотации на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации предусматриваются в составе федерального бюджета и распределяются между субъектами Российской Федерации в соответствии с единой методикой, утверждаемой Правительством Российской Федерации» [34]. В соответствии с методикой в состав индекса бюджетных расходов включаются показатели по здравоохранению [35].

Выравнивание субъектов РФ в рамках двух систем приводит к положительным результатам. Сложившаяся система выравнивания приводит к постепенному снижению разрыва в государственном подушевом финансировании здравоохранения по регионам. При отмене ОМС вся тяжесть выравнивания финансирования здравоохранения по регионам ляжет на систему бюджетного выравнивания, использующую принцип дотаций, в отличие от принципа перераспределения, используемого в системе ОМС. То есть *отмена ОМС приведет к существенному повышению неравенства в финансировании отрасли из региональных бюджетов. Рост неравенства автоматически приведет к необходимости увеличения совокупного объема дотаций, выделяемых из федерального бюджета на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации.*

При этом следует учитывать, что система бюджетных дотаций носит общий, а не целевой характер. Она направлена на выравнивание бюджетной обеспеченности регионов по всем сферам бюджетных расходов, а не только на здравоохранение.

Далеко не очевидно, что эти средства пойдут на финансирование здравоохранения в требуемых объемах. Чтобы «маркировать» региональные расходы на здравоохранение (как это делается сейчас в рамках системы ОМС), потребуется не только изменение бюджетного законодательства, но и пересмотр сложившихся в регионах приоритетов бюджетного финансирования. Это длительный и политически заряженный процесс.

Отмена системы ОМС приведет к необходимости существенного пересмотра всей действующей нормативно-правовой базы, регулирующей сектор здравоохранения во всех его аспектах. **К основным законам, которые должны будут пересматриваться, относятся следующие:**

- Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 28.11.2018 № 433-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов»;
- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 31.07.1998 № 145-ФЗ «Бюджетный кодекс Российской Федерации» (ред. от 27.12.2018);
- Федеральный закон от 31.07.1998 № 146-ФЗ «Налоговый кодекс Российской Федерации» (ред. от 25.12.2018);
- Федеральный закон от 21.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (ред. от 28.11.2018);
- Федеральный закон от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (ред. от 03.08.2018);
- Федеральный закон от 06.10.1999 № 184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» (ред. от 27.12.2018);
- Федеральный закон от 29.11.2018 № 459-ФЗ «О федеральном бюджете на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».



Пересмотр федерального законодательства приведет к необходимости пересмотра регионального законодательства в аналогичных сферах.

Нормативные акты, подлежащие пересмотру в связи с возможной отменой системы ОМС, будут касаться, прежде всего, постановлений Правительства, определяющих Программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, деятельности Министерства здравоохранения и фондов ОМС, Фонда социального страхования, Министерства финансов, налоговой службы и т.д. Вся действующая нормативная база, регламентирующая деятельность субъектов системы здравоохранения, будет подлежать пересмотру.

Как отмечалось ранее, система ОМС позволяет заключать договоры с любыми медицинскими организациями. Упразднение системы ОМС повлечет воссоздание барьеров для получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне региона постоянного проживания и создаст дополнительные проблемы для реализации права граждан на выбор медицинской организации.

За последние годы число частных медицинских организаций, участвующих в реализации программы ОМС, удвоилось. Развитие частного сектора поставщиков медицинских услуг положительно влияет на развитие государственной сети организаций, создавая более конкурентную среду и снижая нагрузку на государственный сектор. Возвращение к бюджетной системе негативно скажется на развитии частного сектора, так как процедура заключения договоров органами управления здравоохранением с частными медицинскими организациями будет сложнее, чем процедура заключения договоров СМО с медицинскими организациями.

Таким образом, возвращение к бюджетной системе здравоохранения может привести к незначительному сокращению потребности в государственном финансировании отрасли. Однако негативные последствия могут значительно превзойти выгоду, получаемую в результате сокращения административных расходов.

Альтернативой упразднению ОМС является модернизация его существующей модели.

## 4. НАПРАВЛЕНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ МОДЕЛИ ОМС

Действующая модель ОМС доказала свою жизнеспособность и внесла позитивный вклад в обеспечение прав граждан России на бесплатное оказание качественной медицинской помощи. Но сложившаяся система ОМС имеет целый ряд проблем, рассмотренных в третьем разделе настоящего доклада. Для их решения *необходима модернизация ОМС по следующим направлениям:*

- повышение прозрачности функционирования системы ОМС;
- расширение информирования граждан о результативности работы медицинских организаций и страховых медицинских организаций;
- развитие планирования распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;
- обеспечение стабильности параметров финансирования страховых медицинских организаций и медицинских организаций;
- совершенствование методов обоснования тарифов на медицинскую помощь;
- совершенствование способов оплаты медицинской помощи в ОМС;
- расширение возможностей участия в ОМС частных медицинских организаций и развитие конкуренции между медицинскими организациями, участвующими в ОМС.

## 4.1 ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ОМС

Первым по приоритетности направлением повышения эффективности существующей модели ОМС является повышение ее прозрачности для всех ее участников и для гражданского общества. Прозрачность информации в здравоохранении рассматривается международными экспертами как один из ключевых инструментов снижения затрат и улучшения результатов деятельности системы [36–38]. Обеспечение прозрачности системы финансирования означает расширение возможностей общественности, профессиональных сообществ и лиц, принимающих решения на разных уровнях; позволяет оценивать обоснованность и результативность распределения финансовых средств и других ресурсов. Это создает давление на участников системы ОМС и мотивирует их к более эффективной деятельности. Имеются исследования, которые подтверждают положительное влияние повышения прозрачности на качество медицинской помощи. Так, исследование, опубликованное в авторитетном английском журнале, показало, что предоставление публичных данных является таким же эффективным стимулом, как и финансовое вознаграждение, побуждая поставщиков улучшать свои клинические показатели [39].

Помимо этого, повышение прозрачности данных способствует улучшению качества самих данных, позволяя находить зоны противоречивости одинаковых показателей, полученных из разных источников. Расширение круга доступной для общественности и профессиональных сообществ информации может способствовать выявлению лучших и худших практик в системе финансирования здравоохранения, что, соответственно, может как минимум снизить темпы распространения худших практик и способствовать более быстрому распространению лучших.

Повышение прозрачности в российской системе здравоохранения означает, прежде всего, обеспечение доступности для профессионального сообщества и гражданского общества отчетности о деятельности участников системы ОМС, например, за счет публикации отчетов в интернете.

Повышению прозрачности использования финансовых и материальных ресурсов на уровне медицинской организации будет способствовать создание систем персонализированного учета фактических затрат лекарственных средств и медицинских расходных материалов.

## 4.2 РАСШИРЕНИЕ ИНФОРМИРОВАНИЯ ГРАЖДАН О РЕЗУЛЬТАТИВНОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Постоянное повышение уровня информирования граждан об их правах на получение медицинской помощи в рамках программ ОМС, о работе СМО и медицинских организаций является важным направлением повышения эффективности системы финансирования. В последнее время достигнуты определенные успехи в этом направлении, что косвенно подтверждается сложившейся тенденцией сокращения теневого сектора в здравоохранении [40]. Вместе с тем еще многое может быть сделано в этом направлении. Необходимо постоянно проводить правовое просвещение пациентов, что будет способствовать уменьшению числа нарушений их прав при оказании медицинской помощи. Следует расширять информационную базу посредством создания новых информационных ресурсов, направленных на различные группы населения. Повышение информированности граждан должно осуществляться на более широкой основе, включающей в себя использование печатных и электронных средств массовой информации, проведение тематических информационных кампаний.

## 4.3 РАЗВИТИЕ ПЛАНИРОВАНИЯ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

**Данное направление действий включает следующие меры:**

- систематическое сравнение результатов деятельности однотипных медицинских организаций, обеспечение прозрачности такого сравнения для участников системы ОМС и населения путем обеспечения общественного доступа к его результатам, включая их публикацию в интернете [41];
- использование прозрачных правил распределения объемов медицинской помощи с учетом:

- ▶ четко определенных географических критериев доступности медицинской помощи,
  - ▶ мощности медицинских организаций,
  - ▶ реальных затрат на оказание помощи,
  - ▶ уровня сложности выполняемых работ и масштабов использования новых медицинских технологий,
  - ▶ показателей качества лечения,
  - ▶ показателей эффективности использования ресурсов (например, для стационарной помощи — показателей длительности госпитализации и оборота коечного фонда);
- переход на планирование объемов стационарной помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) вместо действующего показателя койко-дней. Это даст возможность увязать количественные параметры планирования с единицей оплаты стационарной помощи;
  - расширение участия СМО в планировании объемов медицинской помощи и развитие новых форм такого планирования, основанных на прямом согласовании объемов с медицинскими организациями;
  - расширение участия амбулаторно-поликлинических учреждений в планировании объемов стационарной помощи;
  - развитие института оценки сравнительной медико-экономической эффективности медицинских технологий для обоснования планов расширения объемов помощи с использованием передовых технологий.

Указанные меры можно реализовать только при изменении сложившейся нацеленности органов управления здравоохранением и фондов ОМС на поддержание финансовой устойчивости всех государственных и муниципальных медицинских организаций независимо от результатов их работы. *Принцип финансирования содержания этих учреждений должен уступить место принципу доказательного финансирования их деятельности:* обоснования всех параметров

распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями с последующим принятием решений, что делать с теми учреждениями, которые не получили привычного финансирования.

В целях распространения лучших практик планирования и распределения объемов помощи между медицинскими организациями целесообразно проведение централизованного мониторинга применяемых в регионах методов планирования – силами Минздрава России и ФОМС.

## 4.4 ОБЕСПЕЧЕНИЕ СТАБИЛЬНОСТИ ПАРАМЕТРОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Одним из актуальных ключевых направлений повышения эффективности работы действующей системы ОМС является обеспечение стабильности параметров финансирования СМО и медицинских организаций. *Без предсказуемости возможных изменений уровня и принципов финансирования участников системы ОМС никакие другие направления повышения эффективности деятельности системы ОМС не смогут быть адекватно реализованы.*

Основными инструментами, позволяющими обеспечить стабильность в данном случае, являются четкое планирование объемов медицинской помощи, прозрачная система формирования подушевых нормативов финансирования СМО, предсказуемая тарифная политика. Основные принципы совершенствования системы планирования объемов медицинской помощи описаны ранее в докладе. Другими мероприятиями, способствующими повышению стабильности в данном случае, являются:

- отказ от пересмотра размера дифференцированного подушевого норматива финансирования СМО в течение установленного календарного периода (например, не более одного раза в полгода);
- расширение состава факторов (дополнительно к учитываемым сегодня половозрастным коэффициентам), включаемых в формулу расчета дифференцированного подушевого норматива финансирования СМО, и обеспечение более

точного отражения ожидаемых расходов СМО. Так, зарубежными исследователями доказано, что потребление застрахованным стационарной помощи является сильным предиктором будущих расходов на оказание ему медицинской помощи [38];

- повышение стабильности тарифов на медицинские услуги в системе ОМС.

## 4.5 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ОБОСНОВАНИЯ ТАРИФОВ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

**Это направление действий охватывает следующие меры:**

- внедрение новых способов расчета тарифов на медицинскую помощь, обеспечивающих более точное отражение затрат, включая использование нормативного ценообразования, основанного на требованиях стандартов и клинических рекомендаций;
- преодоление практики установления индивидуальных тарифов для отдельных медицинских учреждений;
- поэтапный переход к системе единых тарифов на определенную услугу для медицинских организаций разных уровней оказания медицинской помощи;
- поэтапное выравнивание экономических условий деятельности больниц с разной структурой работ — отказ от индивидуальных повышающих коэффициентов для тех больниц, которые традиционно имели высокую долю простых случаев. Реализация принципа, согласно которому тариф определяется используемыми медицинскими технологиями, а не местом оказания медицинской помощи;
- разработка методики включения новых медицинских технологий в систему тарифов по КСГ;
- создание в системе ОМС службы финансового аудита для анализа обоснованности тарифов.

## 4.6 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СПОСОБОВ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОМС

### **Необходимы следующие действия:**

- преодоление эклектичности действующего способа оплаты первичной медико-санитарной помощи (сочетание оплаты по подушевому нормативу и объемов помощи). Оплата объемов помощи может использоваться только для установленного набора амбулаторно-поликлинических учреждений, прежде всего, для консультативных поликлиник, не имеющих прикрепленного населения;
- усиление экономических стимулов для поликлиник к расширению профилактических мероприятий, более эффективному ведению больных с хроническими заболеваниями, замещению части стационарной помощи амбулаторной помощью на основе использования метода «поликлиника-фондодержатель», при котором поликлиника оплачивает из своих средств часть объемов стационарной помощи. Проведение комплекс мер, направленных на нейтрализацию рисков этого метода;
- расширение использования стимулирующих доплат за качественные характеристики деятельности медицинских организаций на основе единой для региона методики оценки этих результатов по однотипным медицинским организациям (единым показателям и единой модели их оценки);
- использование интегрированного тариф для сложных случаев стационарного лечения, требующих последующего оказания интенсивной реабилитационной помощи, что позволит усилить комплексность лечения;
- использование интегрированного тариф для междисциплинарных групп медицинских работников, реализующих программы ведения больных с определенными хроническими заболеваниями. Предоставление этим группам права на разделение экономии, возникающей в результате сокращения частоты обострений хронических заболеваний.



## 4.7 РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ УЧАСТИЯ В ОМС ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ И РАЗВИТИЕ КОНКУРЕНЦИИ МЕЖДУ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, УЧАСТВУЮЩИМИ В ОМС

Повышению эффективности деятельности российской системы ОМС будет способствовать развитие конкуренции медицинских организаций, в частности, за счет более широкого вовлечения в реализацию государственных программ оказания бесплатной медицинской помощи частных медицинских организаций.

**Способствовать этому будет реализация следующих мер:**

- увеличение срока договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС;
- преодоление избыточности отчетности негосударственных организаций, участвующих в ОМС; «гильотинирование» требований к деятельности этих организаций;
- предоставление негосударственным организациям, участвующим в системе ОМС, права на сохранение прибыли;
- повышение порога стоимости основных фондов или включение амортизационных отчислений в полном объеме в состав тарифа, что будет способствовать обеспечению равных экономических возможностей государственных, муниципальных и частных организаций для участия в ОМС;
- пилотная апробация механизма использования рыночных цен на медицинские услуги, оказываемые негосударственными медицинскими организациями застрахованным по ОМС, с оплатой пациентами разницы между этими ценами и тарифами, действующими в системе ОМС.

## 4.8 СЛЕДУЕТ ЛИ СОХРАНЯТЬ СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОМС?

Отдельного обсуждения требует вопрос, следует ли сохранять страховые медицинские организации в системе ОМС. И среди экспертов, и среди руководителей фондов ОМС можно услышать мнение, что функции СМО не менее результативно могли бы выполнять территориальные фонды ОМС.

С такой оценкой можно согласиться, но при условии, что руководители фондов ОМС являются рациональными государственниками. Следует также принять во внимание, что при устранении страховых компаний из системы ОМС экономия в затратах будет невелика — не более 10 млрд руб. Ведь территориальным фондам ОМС придется создать у себя персонифицированные базы данных о застрахованных гражданах и оказанной им медицинской помощи и расширить штаты своих сотрудников для ведения этих баз данных, заключения договоров с медицинскими организациями, контроля выставляемых ими счетов на оплату медицинской помощи, проведения экспертизы качества помощи, оказанной застрахованным, и т.д. Поэтому часть экономии от сокращения расходов на деятельность страховых медицинских организаций пойдет на увеличение затрат на деятельность территориальных фондов ОМС.

Наиболее важным обстоятельством, которое *оправдывает сохранение страховых компаний в российской системе ОМС, является то, что они выполняют скрытую функцию сдерживания нарушений прав пациентов медиками и чиновниками*. Наличие страховых медицинских организаций создает возможность лучшей защиты пациентов, находящихся в условиях информационной асимметрии по сравнению с медицинскими работниками. Наличие СМО создает конфигурацию субъектов с разными экономическими интересами: медик — эксперт СМО против медика, работающего в медицинской организации. *Экономический интерес СМО заставляет ее защищать права пациентов и сдерживать медиков от возможных действий в интересах медицинской организации или своих личных интересах, но в ущерб интересам пациентов*. В системе ОМС без страховых компаний реализация прав пациентов будет зависеть только от интересов чиновников и руководителей медицинских организаций.

Для того чтобы создать для страховых медицинских организаций возможности и мотивацию к более эффективной организации оказания медицинской помощи застрахованным и тем самым существенно усилить их вклад в результаты функционирования системы ОМС, потребуется серьезное преобразование действующей модели ОМС с акцентом на развитие страховых принципов.

## 5. АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЗАРУБЕЖНОГО ОПЫТА ОРГАНИЗАЦИИ И РАЗВИТИЯ ОМС

Проведенный анализ сфокусирован на двух главных вопросах:

- Какие новые направления и механизмы развития ОМС действуют в развитых зарубежных странах?
- Что в первую очередь заслуживает нашего внимания?

**В ряду наиболее интересных нововведений в европейских системах ОМС мы выделили следующие:**

1. опыт планирования и распределения объемов медицинской помощи в Эстонии;
2. расширение оснований для конкуренции страховщиков в Нидерландах и Германии;
3. развитие форм разделения финансовых рисков между страховыми компаниями и государством;
4. превращение страховых компаний в главный субъект планирования объемов помощи и их согласования с медицинскими организациями;
5. новые формы договорных отношений с медицинскими организациями — формирование замкнутых сетей медицинских организаций;

6. сбор детальной информации о деятельности медицинских организаций;
7. расширение зоны договорных цен на медицинские услуги и лекарственные средства;
8. участие страховщиков в реализации программ управления хроническими заболеваниями.

Пункты 3–8 представлены на основе материалов по европейским странам с рисковой моделью ОМС.

## 5.1 ОПЫТ ПЛАНИРОВАНИЯ И РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭСТОНИИ

В Эстонии по закону допускается, что Фонд ОМС (больничная касса) не обязан заключать договоры со всеми медицинскими организациями, претендующими на участие в системе ОМС. Начиная с 2014 г. отработывается новая система планирования и распределения объемов медицинской помощи среди медицинских организаций. **Главные задачи, решаемые этой системой:**

- обеспечить концентрацию оказания специализированной помощи;
- обеспечить соответствие плановых объемов мощности больниц, охваченных стратегических планом реструктуризации (он реализуется, начиная с 2003 г.; далее — стратегический план);
- повысить прозрачность процедур распределения объемов помощи [42].

Процесс селективных договорных отношений в Эстонии нацелен на усиление конкуренции медицинских организаций. В начале каждого года Фонд ОМС ведет согласование объемов и предельного размера финансирования для каждой больницы. С больницами, вошедшими в стратегический план, контракты заключаются на 5 лет. На них не распространяется процедура конкурсного отбора. Фонд обязан заключить договоры с этими больницами. За этим кроется простая логика: если больница вошла в план, это значит, что ее плановая мощность рассчитана правильно, и она

должна быть реально использована. С остальными учреждениями договоры заключаются после конкурсного отбора на 3 года.

Договоры заключаются отдельно на стационарную и специализированную амбулаторную помощь, оказываемую в больницах, а также на реабилитационную помощь, оказываемую силами преимущественно сестринского персонала.

#### **Главные новации планирования:**

- новые критерии географической доступности специалистов;
- акцент на закупку услуг, оказываемых медицинскими организациями с оптимальной мощностью, чтобы повысить концентрацию специализированной помощи;
- планирование межтерриториальной помощи — учет движения пациентов между территориями;
- акцент на показатели качества при распределении объемов. Новые критерии были опубликованы за три месяца до начала договорной кампании, что дало возможность медицинским организациям подготовиться к согласованию объемов.

Особое внимание уделяется доступности специализированной помощи. Критерий доступности — возможность добраться до больницы в пределах 60 минут на автомобиле, примерно 70 км пути. Установлены критерии времени ожидания. Все это учитывается при планировании и распределении объемов.

Установлено правило: высокое качество конкретной услуги возможно только при достаточно высоком объеме ее оказания. Зафиксирована минимально возможная нагрузка по каждой специальности и по каждому профилю коек. Расчеты ведутся по 15 округам, в центре которых находится больница. Минимально допустимая нагрузка определяется как число услуг и необходимое для их оказания число специалистов в пересчете на полную занятость. Расчет ведется из предположения, что такой специалист работает 225 дней в году, 7 часов в день, и одно посещение длится 20 минут. К этим показателям привязываются минимальные стандарты оснащения оборудованием, мощности лабораторий, радиологических отделений и проч. Для этих подразделений также определяется оптимальная мощность по каждой территории.

Расчеты ведутся также по четырем уровням специализированной амбулаторной помощи и профилям стационаров, а в ряде случаев — по отдельным видам работ.

Нормативы объемов помощи в Эстонии отсутствуют. Территориальные отделения Фонда ОМС считают фактическую потребность для каждого округа страны. Учитывается плотность проживания населения. В округах, где она ниже, выше соотношение объемов амбулаторной и стационарной помощи. Принимают во внимание межтерриториальные потоки пациентов в разрезе каждой медицинской организации.

Плановые оценки объемов Фонд ОМС использует как основу для переговоров с больницами. Если больница не имеет достаточной мощности для оказания всех услуг в округе (по перечню специальностей для ее уровня), то для достижения критериев доступности привлекаются мощности других медицинских организаций.

Объявляется тендер на отбор организаций с мощностью не меньше 50% от оптимальной. Если она ниже, то размер такой организации считается неоптимальным для эффективного оказания услуг. Цель состоит в том, чтобы отобрать лучших.

Оценочная комиссия принимает во внимание все критерии. Есть четкие указания, как измерять каждый из них. Например, для общей хирургии используются критерии: доля оперирующих хирургов (если больше 90%, то 10 баллов — это максимум); доля хирургов, работающих в отделениях стационара (больше 90% — 10 баллов); доля аккредитованных врачей; наличие определенных видов оборудования, вспомогательных услуг и проч.; наличие удовлетворенных жалоб. Разработка этих показателей является приоритетом работы Фонда ОМС. Они регулярно публикуются в разрезе больниц, что дает возможность сравнивать их деятельность. Но пока информации не хватает — это признает Фонд ОМС. Вводятся новые статистические формы, расширяется сфера мониторинга деятельности больниц и отдельных специалистов.

Новый договорный процесс лучше оценивает потребности населения и меньше опирается на сложившиеся объемы. Раньше во многих районах действовали центры специализированной амбулаторной помощи. Но население сокращалось, и районы не могли их содержать. Сейчас эту помощь перемещают в более крупные районы, используя при этом медико-экономические обоснования, а также критерии доступности услуг.

Заметно усилилась конкуренция за заказ, поскольку используются критерии качества и доступности специализированной помощи и в отборе участвуют медицинские организации, действующие в других округах.

Заявки медицинских организаций по большинству специальностей оказались больше, чем потребность, оцениваемая на основе новых критериев. Многие больницы получили значительно меньшие объемы, чем раньше — прежде всего в Таллине и Тарту, где особенно сильна конкуренция. Фонд заключил договоры только на 58% объемов, указанных в заявках медицинских организаций. Число медицинских организаций, с которыми заключены договоры, сократилось на 20% по сравнению с 2011 г. Например, в Тарту потерял контракт небольшой родильный дом с числом родовспоможений менее 100 в год.

Естественно, те поставщики услуг, которые потеряли объемы и финансирование, недовольны. Чтобы смягчить их реакцию, фонд направляет в такие больницы пациентов с длительным сроком ожидания плановой помощи, которые не вошли в планы.

В стране обсуждается правомерность неконкурсного распределения объемов для крупных больниц, входящих в стратегический план. Привилегированное положение таких больниц усилило дискуссию о роли частного бизнеса.

**Для российской системы ОМС интересны следующие аспекты этого опыта планирования и распределения объемов медицинской помощи:**

- процедура конкурсного отбора медицинских организаций и объемов медицинской помощи;
- использование критериев качества при распределении объемов медицинской помощи;
- оценки оптимальной мощности, приоритет медицинских организаций с оптимальной мощностью при распределении объемов;
- планирование межтерриториальных потоков пациентов с учетом критериев географической доступности помощи.

## 5.2 РАСШИРЕНИЕ ОСНОВАНИЙ ДЛЯ КОНКУРЕНЦИИ СТРАХОВЩИКОВ

В ряде стран предпринимаются попытки расширить сферу использования рыночных принципов и механизмов взаимодействия участников системы ОМС. Складывающаяся система экономических отношений в здравоохранении этих стран получила название модели регулируемой конкуренции. Разные варианты этой модели сегодня действуют в Германии, Нидерландах, Швейцарии, Бельгии, Израиле, Чехии [43].

**Можно выделить два главных механизма модели регулируемой конкуренции:**

- возможность выбора страховщика по критерию предлагаемых дополнительных программ медицинского страхования;
- разделение финансовых рисков между участниками системы ОМС.

Эти механизмы предполагают расширение использования страховых принципов. Во-первых, *дополнительные медицинские программы становятся возможными благодаря введению переменных страховых премий*, размер которых учитывает ожидаемые риски обращения участников этих программ за дополнительной медицинской помощью, не предусмотренной в базовом пакете гарантий. Во-вторых, *страховщики* несут обязательства по оплате услуг как за счет средств, полученных из центрального фонда, так и за счет средств, собранных на основе переменной премии. Они *несут финансовую ответственность за сверхнормативные отклонения расходов на медицинскую помощь. Это меняет их экономическую мотивацию*. Начинается поиск форм оптимизации затрат на предоставление медицинской помощи. Страховщики в новых экономических условиях заключают договоры только с теми поставщиками услуг, которые способны оказать более качественную медицинскую помощь с относительно меньшими затратами.

Важно отметить, что постановка задачи реформирования системы ОМС в этих странах несколько отличается от российского подхода. В нашей стране ставится задача расширения действия страховых принципов, в перечисленных европейских странах — задача усиления действия рыночных принципов и механизмов. Делается попытка имплантировать рыночные подходы в систему государственного финансирования здравоохранения. Но, по существу, речь идет об одном и том же: как сделать систему более отзывчивой к потребностям населения, как усилить рыночное давление на страховщиков и поставщиков медицинских услуг. При этом общей



проблемой в обоих вариантах является поиск путей «примирения» конкуренции и общественной солидарности, то есть сохранения преимущественно бесплатной медицинской помощи в момент ее потребления [41].

В Нидерландах в ходе реформы ОМС ликвидировали традиционное деление на ОМС и ДМС и ввели объединенную программу, включающую как основной набор государственных гарантий, так и дополнительное страхование. Каждый гражданин страны обязан выбрать одну из 28 действующих страховых компаний и сделать страховой взнос по объединенной программе.

В дополнение к страховому взносу работодателей в Центральный фонд ОМС (как в России), вводятся страховые премии в конкретную страховую компанию, выбранную гражданином страны. Первые установлены законом (работодатели платят 7,2% от фонда оплаты труда), последние определяются самими страховщиками. Общий объем поступлений компаний складывается из солидарной части (поступлений из Центрального фонда по подушевому нормативу) и прямых платежей застрахованных в виде страховой премии.

Важно подчеркнуть, что закон устанавливает правило единого размера страховой премии для всех, кто выбрал определенного страховщика. Этот размер различается по страховщикам, но он общий для всех застрахованных в данной страховой компании. Напомним, что в ДМС при индивидуальном страховании устанавливаются разные тарифы в зависимости от возраста и состояния здоровья застрахованного.

Сначала размер страховой премии был незначителен (не более 2–3% дохода страховщиков). Но уже в 2010 г. он достиг половины дохода. В последующие годы он еще больше увеличился [44, 45].

Особенно важно, что размер страховой премии соответствует объему предлагаемых услуг как по основной, так и дополнительной программе. Он отражает ожидаемые расходы по объединенной программе, а не только по дополнительной. Очевидно, что на величину страховой премии влияют ожидаемые расходы и по базовой программе: чем они ниже, тем ниже ставка премии. В результате у страховщиков возникает стимул к более рациональному отбору медицинских организаций и поиску оптимальных форм организации медицинской помощи по объединенной программе (например, к переводу части помощи на амбулаторный этап). Если застрахованные сочтут эту оптимизацию чрезмерной, они вправе сменить страховую компанию.

Страховые компании в Нидерландах назначают разный размер страховой премии, причем вариация достаточно значительна. Поэтому население ищет приемлемое для себя соотношение цены и объема предлагаемых услуг по дополнительной программе и выбирает страховые компании. В первый же год после принятия соответствующего законодательства в 2005 г. 18% застрахованных по ОМС сменили компанию-страховщика. Но в последующие годы вариация премий уменьшилась, снизив стимулы к выбору страховщика. В последнее время ежегодно их меняли не более 3–4% застрахованных [44].

В большинстве других стран, где реализуется модель регулируемой конкуренции, также допускается объединение базовой и дополнительной программ. В Бельгии, Израиле, Швейцарии от 50 до 80% населения имеют дополнительную страховку. Только в Германии запрещено объединять базовую и дополнительную страховку одним страховщиком (больничной кассой) [45].

### 5.3 РАЗВИТИЕ ФОРМ РАЗДЕЛЕНИЯ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ МЕЖДУ СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ И ГОСУДАРСТВОМ

Страховые компании в Нидерландах несут финансовую ответственность за 92% отклонений фактических расходов на медицинскую помощь от плановых, и только 8% отклонений субсидируется государством ретроспективно [44].

В Германии и Швейцарии больничные кассы берут на себя полную финансовую ответственность за эти отклонения. В Израиле уровень ответственности страховщиков составляет 94%. Напротив, в Бельгии, где реформа началась позже, страховщики отвечают лишь за 8% отклонений [45].

В западных странах используются разные формы разделения рисков. **Проведенный анализ этих форм в работе [46] дает следующую их классификацию:**

1. пропорциональное разделение рисков (proportional risk sharing). Солидарный фонд берет на себя ретроспективное возмещение установленной доли экономически обоснованных расходов страховщиков. Эта часть устанавливается для всей совокупности застрахованных;

2. разделение рисков по отклонениям (outlier risk sharing). Солидарный фонд ретроспективно возмещает страховщикам определенный процент их экономически обоснованных расходов сверх установленного лимита расходов в год в расчете на одного застрахованного;
3. разделение рисков по группе высоких рисков (risk sharing for high risks). Заранее определяется процент застрахованных с высокими рисками (в западноевропейских странах он составляет 1–4%). Расходы этой группы возмещаются ретроспективно из средств солидарного фонда;
4. рисков по определенным состояниям (condition-specific risk sharing). Заранее определяется размер платежа при определенных заболеваниях. Соответствующие расходы возмещаются ретроспективно из средств солидарного фонда.

Первые две формы относятся к совокупным расходам страховых компаний, третья и четвертая формы — к индивидуальным расходам: устанавливается ограниченная финансовая ответственность страховщика по определенному заболеванию или по группе застрахованных (например, по престарелым). Индивидуальные расходы по этим группам покрываются из солидарного фонда.

Формы разделения рисков различаются по странам. В Нидерландах используется метод разделения рисков по отклонениям, в Израиле — по заболеваниям.

## 5.4 НОВЫЕ ФОРМЫ ДОГОВОРНЫХ ОТНОШЕНИЙ С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ — ФОРМИРОВАНИЕ ЗАМКНУТЫХ СЕТЕЙ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Чтобы расширить возможности страховщиков по управлению расходами на медицинскую помощь, им было разрешено выбирать медицинские организации и интегрироваться с ними путем создания замкнутых медико-страховых комплексов. Для застрахованных это означает ограничение выбора медицинских организаций — они могут выбирать только среди медицинских организаций, входящих в такие комплексы. При этом чем больше возможности для выбора, тем выше размер страховой премии. Одновременно изменился порядок договорных отношений с медицинскими организациями. Типовые договоры с медицинскими организациями

отсутствуют. Каждый договор уникален и отражает результаты согласования объемов медицинской помощи, дополнительных услуг, программ обеспечения качества, а в последние годы и цен на медицинские услуги.

## 5.5 РАСШИРЕНИЕ ЗОНЫ ДОГОВОРНЫХ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА

Во многих странах с моделью регулируемой конкуренции сфера государственного регулирования объемов и тарифов постепенно сужается, прежде всего в стационарной помощи. В Нидерландах договорные цены устанавливаются, например, на хирургические операции по замене шейки бедра и коленных суставов, грыжесечение. Доля выручки стационаров, формируемой на основе договорных цен, составляет примерно треть [45]. Главный критерий договорного ценообразования — возможность четко определить качество лечения. В противном случае возможно искусственное занижение цен медицинскими организациями для получения контракта. По этим видам работ складывается рынок с высокой конкуренцией. Особенно важно подчеркнуть, что в определенные периоды, например, за 2006–2009 гг., нерегулируемые цены на стационарную помощь росли медленнее, чем регулируемые цены — это результат рыночного давления на больницы [44].

Еще одна сфера свободных договорных отношений — лекарственные средства, предоставляемые при амбулаторном лечении. В Нидерландах было принято решение передать страховым компаниям не только оплату, но и закупку лекарств для амбулаторного лечения, предоставляемых застрахованным за счет государства. Государство регулирует цены на основе принципа референтных цен. Но их закупка, а, следовательно, и согласование цен (точнее, скидок) отнесены к полномочиям страховых компаний. Они ведут согласование цен с фармацевтическими компаниями. Результат оказался ошеломляющим. Страховые компании стали проводить тендеры с наиболее крупными поставщиками лекарств, добиваясь очень существенных скидок. В итоге уже в 2008 г. по 10 наиболее распространенным дженерикам цены упали на 76–93%, обеспечив существенную экономию для системы медицинского страхования. Это дало основания комментаторам реформы сделать вывод, что «страховые компании быстро сделали то, что десятилетиями не удавалось сделать государству» [47].

Более подробный анализ европейских вариантов модели регулируемой конкуренции (включая их риски, условия реализации и результаты) содержится в других наших работах [46]. Здесь же отметим, что развитие страховых принципов вполне реально в сложившихся системах ОМС, о чем свидетельствует опыт ряда европейских стран. Ключевые элементы новой модели — расширение возможностей выбора страховых программ и разделение финансовых рисков — существенно меняют деятельность страховщиков и обеспечивают их более существенное влияние на систему оказания медицинской помощи. Они перестают быть простыми посредниками в системе, превратившись в мотивированных заказчиков медицинской помощи в интересах застрахованных.

## 5.6 УЧАСТИЕ СТРАХОВЩИКОВ В РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММ УПРАВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

В последние два десятилетия в европейских странах расширяется участие страховщиков в реализации специальных программ по управлению хроническими заболеваниями (УХЗ). Целью этих программ является проведение более широкого набора организационно-лечебных мероприятий для больных с хроническими заболеваниями. Они реализуются по отдельным видам заболеваний и имеют целевые показатели результативности, главными из которых является сокращение обострения хронических заболеваний, снижение объемов стационарной и скорой медицинской помощи.

Государства поддерживают программы УХЗ. Например, в Германии федеральное правительство в 2003 г. установило примерный порядок формирования таких программ и условия их реализации, а также возможность дополнительного финансирования больничных касс (страховщиков), иницилирующих принятие этих программ. Число программ УХЗ выросло за 2004–2008 гг. с 1477 до 6407, число охваченных застрахованных — с 679 тыс. до 4,1 млн человек [48]. В последующие годы главным сдерживающим фактором их развития стало недостаточное финансирование.

В Нидерландах программы УХЗ развиваются преимущественно на местном уровне. Инициатива принадлежит местным властям, но, как и в Германии, страховщики финансируют эти программы и активно участвуют в их разработке. Здесь также предусмотрено дополнительное финансирование страховщиков на реализацию программ [49].

Программы УХЗ получили развитие главным образом в тех странах, где действует модель регулируемой конкуренции. Они служат дополнительным инструментом привлечения застрахованных. Однако такие программы развиваются и в бюджетных системах здравоохранения, например, в Великобритании и Швеции [50].

Примером программы УХЗ в Германии является программа *Gesundes Kinzigtal*. Она охватывает несколько хронических заболеваний: диабет второго типа, астму, состояния после инсульта и инфаркта. В ней участвуют 159 медицинских организаций разного уровня, несколько организаций по уходу на дому и даже оздоровительные организации. Программа управляется частной компанией, а финансируется тремя страховщиками. Застрахованные выбирают программу УХЗ в дополнение к общей программе, что несколько снижает неблагоприятный отбор, хотя и не исключает его.

Особенно важно подчеркнуть, что в рамках этих программ действует принцип разделения экономии, возникающей в результате снижения объемов дорогостоящей помощи. Размер экономии рассчитывается в сравнении со средней стоимостью лечения аналогичных больных, не охваченных программами УХЗ. При этом все поставщики услуг — участники такой программы заранее знают пропорцию распределения экономии. В разделении экономии участвуют и страховщики — это плата за их участие (в том числе финансовое) в организации и дополнительном оснащении медицинских учреждений. В совокупности дополнительные платежи составляют 10–15% дохода поставщиков услуг — участников программ [50].

Разновидностью программы УХЗ являются программы ведения множественных заболеваний. В Западной Европе в настоящее время действует 101 такая программа [49].

Программы управления хроническими заболеваниями представляют очевидный интерес для российского здравоохранения и системы ОМС. ТФОМСы и СМО могут внести свой вклад в их реализацию. В 2018 г. НИУ ВШЭ разработал пакет нормативных документов и методических рекомендаций для проведения соответствующего пилотного проекта в трех регионах страны.

## 6. АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ВНЕДРЕНИЯ РИСКОВОЙ МОДЕЛИ ОМС В РОССИИ

**Понятие «рисковая модель ОМС» обозначает систему страхового финансирования здравоохранения, в которой реализованы следующие принципы:**

1. передача страховым компаниям финансовой ответственности за сверхнормативные расходы на оказание медицинской помощи с правом на получение возможной экономии переданных им средств;
2. разделение рисков покрытия сверхплановых расходов между фондами ОМС, страховыми компаниями, медицинскими организациями;
3. страховые компании выступают в роли реальных покупателей медицинской помощи у медицинских организаций;
4. предоставление страховщикам права дополнять обязательства государства в отношении набора предоставляемых услуг.

Предлагается поэтапный переход к рисковой модели. Ключевое направление первого этапа — повышение устойчивости основных финансовых параметров деятельности: тарифов на медицинские услуги, дифференцированных подушевых нормативов финансирования СМО, размера субсидий, — а также снижение доли ретроспективного субсидирования СМО. Одновременно нужно увеличить долю экономии средств на оплату медицинской помощи, которая может оставаться в страховой компании.

На втором этапе потребуется внесение изменений в действующую систему ОМС. Предлагается разделить подушевой норматив финансирования СМО на рисковую и нерисковую составляющие. СМО получает от ТФОМС: а) субсидии, рассчитанные



по дифференцированному подушевому нормативу (основная часть средств); б) субсидии в виде страховой премии. Последний источник покрывает риски сверхнормативных расходов. Чем выше размер страховой премии, тем больше СМО платит за отклонения фактических расходов от плановых (тем выше доля финансовой ответственности СМО за эти отклонения).

Система разделения финансовых рисков возможна только при участии СМО в планировании объемов медицинской помощи, а также при повышении точности планирования. Важно обеспечить более высокую степень предсказуемости объемов медицинской помощи.

Основным содержанием третьего этапа является объединение базовой программы ОМС и дополнительных программ медицинского страхования, развитие новых форм взаимодействия страховых компаний и поставщиков медицинских услуг, превращение первых в носителей финансовых рисков. **Главные мероприятия, проводимые на этом этапе:**

1. введение нового порядка формирования средств ОМС: часть страховых взносов направляется в фонды ОМС (с последующей передачей в СМО), другая — непосредственно в СМО;
2. предоставление СМО права устанавливать переменный размер страхового взноса (страховой премии) по объединенной программе медицинского страхования, которая складывается из базовой программы ОМС и дополнительного медицинского страхования. Застрахованные выбирают объединенную программу и оплачивают всю или часть страховой премии в зависимости от состава выбранной программы. Если они не претендуют на дополнительные услуги, то размер их личного участия равен нулю;
3. введение порядка обязательного страхования по объединенной программе медицинского страхования: все страхователи обязаны делать страховые взносы в фонды ОМС и выбранные страховые медицинские организации. Это соответствует принципу «обязательного добровольного медицинского страхования», действующему в европейских странах с конкурентной моделью ОМС, о которой подробно было рассказано в разделе 5. Только обязательность страхования даст возможность объединить контингенты населения с разной потребностью в медицинской помощи и сделать объединенное страхование финансово устойчивым. Об этом же свидетельствует неудачный опыт введения дополнительных программ медицинского страхования в России в 2015–2016 гг.;



4. полная замена ретроспективного субсидирования СМО принципом предварительного их финансирования (на основе дифференцированного подушевого норматива) с установлением предела финансовой ответственности СМО за оплату медицинской помощи по выбранной схеме разделения ответственности между страховой компанией и фондами ОМС;
5. предоставление СМО возможности сохранения основной части возникающей экономии;
6. предоставление застрахованным права на выбор замкнутых сетей медицинских организаций с четко установленными правилами получения помощи за их пределами. Это побудит СМО к более тщательному отбору медицинских организаций, с которыми заключаются договоры, а также даст дополнительные основания для дифференциации размера страховой премии;
7. переход от типовых договоров СМО с медицинскими организациями к эффективным договорам, основанным на двустороннем согласовании объемов медицинской помощи, оказываемых услуг, используемых медицинских технологий, ожидаемых исходов лечения, набора дополнительных клинических мероприятий и проч. Функция территориальных фондов ОМС — обеспечить соответствие суммы этих договоров планируемыми объемам финансового обеспечения базовой программы ОМС;
8. расширение объема информации о деятельности СМО и медицинских организаций. Дополнительная информация необходима как застрахованным для выбора СМО и медицинских организаций, так и самим СМО для проведения согласований с медицинскими организациями. Повышение обоснованности распределения объемов медицинской помощи требует сбора детальных данных о составе пациентов по степени сложности, структуре проводимых работ, использовании новых медицинских технологий, эффективности использования ресурсов, сроках ожидания плановой медицинской помощи. А самое главное — требуется набор данных о ресурсах, процессе и результатах медицинских вмешательств.

Главным условием внедрения рискованной модели ОМС является готовность государства к такому серьезному преобразованию системы финансирования здравоохранения. Имеет значение и возможность обеспечить сбалансированность доходов и расходов в системе ОМС.

С учетом сложности необходимых преобразований предлагается провести первый и второй этапы формирования рискованной модели в рамках пилотного проекта в 2–3 регионах страны, а затем принять решение о целесообразности масштабирования рискованной модели. Каким бы ни было это решение, реализация мер, предусмотренных для первого этапа, укрепит действующую систему ОМС. Повышение предсказуемости поступлений участников системы необходимо для любого варианта ее развития — как рискованной, так и нерискованной модели.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с развернувшейся в последнее время дискуссией о возможной замене модели обязательного медицинского страхования (ОМС) бюджетной моделью финансирования здравоохранения **возникают два главных вопроса:**

1. обладает ли модель ОМС такими характеристиками, которые не могут быть обеспечены бюджетной моделью финансирования здравоохранения;
2. существуют ли эмпирические свидетельства позитивного влияния российской системы ОМС на показатели развития здравоохранения.

*Первая отличительная особенность модели ОМС состоит в формировании финансовых средств в здравоохранении на основе целевого страхового взноса. Это создает условия для более устойчивого притока средств в здравоохранение* вследствие ослабления зависимости финансового обеспечения отрасли от бюджетных приоритетов, которые десятилетиями складывались не в ее пользу. Но реальное влияние целевого взноса определяется действием дополнительных факторов, главным из которых является наличие устойчивого экономического роста.

Российская система ОМС не смогла нейтрализовать действие макроэкономических факторов, сдерживающих полноценное финансовое обеспечение отрасли. Реальные расходы на здравоохранение только в 2006 г. достигли уровня 1991 г. и лишь в последующий период стали расти. В то же время наши оценки показывают, что в период трансформационного экономического кризиса в 1990-х гг. падение реальных расходов государства на здравоохранение было меньше, чем в других отраслях социальной сферы. В последующие годы наличие целевого страхового взноса побудило государство конкретизировать обязательства в отношении финансового обеспечения здравоохранения: в 2010 г. были установлены твердые нормативы страховых взносов субъектов Российской Федерации на ОМС неработающего населения.

Все это дает основания для вывода, что заложенный в модели ОМС принцип целевого источника финансирования здравоохранения несет в себе потенциал обеспечения устойчивого притока средств, который реализуется при наличии устойчивого экономического роста.

***Вторая особенность модели ОМС — значительный потенциал выравнивания финансового обеспечения здравоохранения в разрезе отдельных регионов*** при условии централизации страховых взносов. В бюджетной модели финансирования такое выравнивание провести сложнее: для этого требуется пересмотр сложившихся полномочий и расходных обязательств органов исполнительной власти всех уровней.

Система ОМС улучшила финансовое обеспечение прав граждан, проживающих в разных регионах страны, на получение бесплатной медицинской помощи и значительно сократила межрегиональные различия в размерах государственного финансирования здравоохранения. Если в 2010 г. его размеры (расходы территориальных фондов ОМС и бюджетов субъектов РФ) в расчете на одного жителя различались в 3,8 раза, то в 2016 г. этот разрыв сократился до 3 раз. Почти исчезли различия в размерах субвенций ОМС в расчете на душу населения, распределяемых из бюджета Федерального фонда ОМС.

***Третья особенность модели ОМС — ее способность обеспечить более эффективное взаимодействие финансирующей стороны и медицинских организаций и на этой основе повысить структурную эффективность системы здравоохранения.*** Можно выделить следующие основные различия между бюджетной моделью и моделью ОМС по характеристикам этого взаимодействия:

- в бюджетной модели возможности оплаты медицинской помощи за пределами места проживания гражданина очень ограничены, в модели ОМС — ничем не ограничены: деньги следуют за пациентом;
- в бюджетной модели существуют препятствия для движения финансовых средств между отдельными видами медицинской помощи, в модели ОМС они отсутствуют: экономия средств в одном секторе здравоохранения может перемещаться в текущем режиме в другой сектор;
- в бюджетной модели господствует сметное финансирование, в модели ОМС — оплата объемов медицинской помощи с учетом ее качества;
- в бюджетной модели объектом финансирования являются только подведом-

ственные учреждения, в модели ОМС — любые медицинские организации независимо от их ведомственной принадлежности, что расширяет возможности для потребительского выбора;

- в бюджетной модели практически отсутствуют возможности внешнего контроля качества медицинской помощи, в модели ОМС наличие третьей стороны создает условия для проведения такого контроля.

В мировой практике различия между моделями финансирования здравоохранения постепенно стираются. В ряде стран с бюджетной моделью развиваются договорные отношения с медицинскими организациями и используется оплата за объемы медицинской помощи. Но сохраняется главное различие: возможность более свободного движения денег в системе ОМС в интересах пациентов заметно шире, чем в бюджетной модели. Наличие жестких бюджетных перегородок существенно усложняет организацию оплаты объемов медицинской помощи в тех странах, которые пытаются в рамках бюджетной модели использовать принципы страховой модели. Межсекторальное и межрегиональное движение денег здесь существенно меньше, чем в модели ОМС.

Благодаря перечисленным особенностям российская система ОМС внесла значительный вклад в проведение реструктуризации здравоохранения: содействовала перемещению части стационарной медицинской помощи на амбулаторный этап, способствовала ускоренному развитию дневных стационаров, повышению интенсивности стационарного лечения, ускорению оборота коечного фонда больниц и проч. Используемые способы оплаты медицинской помощи ориентированы на формирование более рациональной структуры медицинской помощи. Примечательно, что в секторе здравоохранения, финансируемом только из бюджета, реструктуризация медицинской помощи идет значительно медленнее, что является результатом сохранения сметного принципа финансирования.

***Что дала система ОМС российским гражданам? – Более широкие возможности для выбора поставщиков медицинских услуг, право и реальную возможность получать медицинскую помощь за пределами места проживания пациентов, возможности обращения граждан с жалобами на деятельность медицинских организаций, а также получения информации и консультаций по вопросам организации медицинской помощи.*** Появился новый институт в системе здравоохранения — внешний контроль за оказанием медицинской помощи. Даже с учетом справедливой критики методов этого контроля он дает возможность выявлять недостатки в организации медицинской помощи и посылать сигналы руководству

медицинских организаций и органам управления здравоохранением. Другое дело, что эти сигналы далеко не всегда воспринимаются.

Проведенный анализ сравнительных результатов функционирования здравоохранения в постсоветских странах с использованием эконометрических методов показал, что при прочих равных условиях в странах с моделью ОМС государственные расходы на здравоохранение в среднем выше, чем в странах с бюджетной моделью, а смертность на 5% ниже. Ниже и уровень госпитализации, а также средние ее сроки, что является признаком более глубокой реструктуризации.

**В то же время российской системе ОМС присущ ряд серьезных проблем:**

- недостаточность у участников системы ОМС мотивации для действий, обеспечивающих повышение ее эффективности;
- нестабильность финансовых параметров деятельности СМО и медицинских организаций;
- слабая нацеленность планирования и распределения объемов медицинской помощи на решение задач повышения качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов;
- незавершенность перехода на новые способы оплаты медицинской помощи;
- слабое обоснование тарифов на медицинскую помощь, их чрезмерная индивидуализация;
- сохранение препятствий для участия частных медицинских организаций в системе ОМС;
- недостаточные основания для конкуренции страховых медицинских организаций: отсутствует конкуренция по составу страховых программ, размеру страхового взноса, качеству медицинской помощи и составу медицинских организаций, обслуживающих застрахованных.

***В основе этих проблем лежат недостаточная реализация в действующей модели ОМС страховых принципов финансирования и их замещение административным управлением «в ручном режиме».***

Наличие серьезных проблем в функционировании ОМС в России порождает постановку вопроса о целесообразности упразднения этой системы и перехода к системе бюджетного финансирования здравоохранения. Проведенный анализ показывает, что возвращение к бюджетной модели может привести к незначительному сокращению потребности в государственном финансировании отрасли, но негативные последствия могут значительно превзойти выгоду от сокращения административных расходов. Главные проблемы смены модели финансирования:

- необходимость увеличения на две трети расходов на здравоохранение из бюджетов субъектов РФ для компенсации упраздняемых взносов на ОМС работающих граждан;
- необходимость построения новой системы выравнивания финансового обеспечения здравоохранения регионов, включая согласование бюджетных приоритетов регионов в результате замены целевых страховых взносов общими бюджетными дотациями;
- необходимость существенного изменения действующего законодательства (прежде всего бюджетного);
- необходимость решения множества конкретных проблем, связанных с передачей органам управления здравоохранением функций по оплате медицинской помощи (если она вообще сохранится);
- необходимость кадрового обеспечения новых функций органов управления здравоохранением, а также трудоустройства работников системы ОМС;
- появление барьеров для получения гражданами бесплатной медицинской помощи вне региона постоянного проживания, а также в ведомственных и частных медицинских организациях;
- сложности реализации права граждан на выбор медицинской организации, ослабление конкуренции между медицинскими организациями.

За последние 20 лет бюджетная модель финансирования здравоохранения была реставрирована только в Латвии и Казахстане, и то не в полном объеме: сохранился принцип разделения системы на заказчика и исполнителя. При этом Казахстан планирует возвращение к модели ОМС в 2020 г.

*Альтернативой упразднению ОМС является модернизация существующей его модели* по следующим направлениям:

- повышение прозрачности функционирования системы ОМС: расширение круга доступной для общественности и профессиональных сообществ информации о функционировании ОМС и возможностей оценивать обоснованность и результативность принимаемых решений об использовании финансовых средств и других ресурсов;
- расширение информирования граждан о результативности работы медицинских организаций и страховых медицинских организаций;
- развитие планирования распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;
- обеспечение стабильности параметров финансирования страховых медицинских организаций и медицинских организаций;
- совершенствование методов обоснования тарифов на медицинскую помощь;
- совершенствование способов оплаты медицинской помощи в ОМС;
- расширение возможностей участия в ОМС частных медицинских организаций и развитие конкуренции между медицинскими организациями, участвующими в ОМС.

Страховые медицинские организации выполняют в российской системе ОМС функцию сдерживания нарушения прав пациентов медиками и чиновниками. Наличие страховых медицинских организаций создает возможность лучшей защиты пациентов, находящихся в условиях информационной асимметрии по сравнению с медицинскими работниками. В системе ОМС без страховых компаний реализация прав пациентов зависит только от интересов чиновников и руководителей медицинских организаций.

При выборе новых институциональных решений в организации ОМС в нашей стране необходимо учитывать опыт зарубежных стран в развитии моделей ОМС. В ряду наиболее интересных нововведений в европейских системах ОМС можно выделить:

- опыт планирования и распределения объемов медицинской помощи в Эстонии;



- расширение оснований для конкуренции страховщиков в Нидерландах и Германии;
- развитие форм разделения финансовых рисков между страховыми компаниями и государством;
- превращение страховых компаний в главный субъект планирования объемов медицинской помощи и их согласования с медицинскими организациями;
- новые формы договорных отношений с медицинскими организациями — формирование замкнутых сетей медицинских организаций;
- сбор детальной информации о деятельности медицинских организаций;
- расширение зоны договорных цен на медицинские услуги и лекарственные средства;
- участие страховщиков в реализации программ управления хроническими заболеваниями.

*Перспективным направлением развития системы ОМС в России является поэтапный переход к рисковой модели ОМС, в которой осуществлены:*

- передача страховым компаниям финансовой ответственности за риски затрат на оказание медицинской помощи и права распоряжаться частью возможной экономии переданных им средств;
- разделение рисков покрытия сверхплановых расходов между фондами ОМС, страховыми компаниями, медицинскими организациями;
- превращение СМО в реальных покупателей медицинской помощи;
- предоставление страховщикам права дополнять обязательства государства в отношении страхового покрытия и предлагать эти дополнительные страховые продукты гражданам на возмездной основе.

Наиболее реалистичной стратегией перехода является формирование рисковой модели в рамках пилотного проекта в одном или нескольких регионах с последующим ее масштабированием.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Rowland D. Soviet health care from two perspectives [Text] / D. Rowland, A. Telyukov // Health Affairs. — 1991. — № 10 (3).
2. Chernichovsky D. Health system reform in Russia: the finance and organization perspectives [Text] / D. Chernichovsky, H. Barnum, E. Potapchik // Economics of Transition. — 1996. — Vol. 4 (1). — P. 113–134.
3. Лисицын Ю.П. История развития здравоохранения в России [Текст] / Ю.П. Лисицын, О.П. Щепин; под ред. В.И. Стародубова, О.П. Щепина // Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.624
4. Стародубов В.И. О проблемах введения медицинского страхования граждан в России [Текст] / В.И. Стародубов // Медицинское страхование. — 1992. — № 1. — С. 7–9.
5. Шейман И.М. Реформа управления и финансирования здравоохранения [Текст] / И.М. Шейман. — М.: Русь, Издатцентр, 1998.
6. Семенов В.Ю. Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом [Текст] / В.Ю. Семенов // Экономика здравоохранения. — 1996. — № 4. — С. 8–15.
7. Рагозин А.В. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих страховую и бюджетную модели финансирования [Текст] / А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов // Здравоохранение. — 2012. — № 12. — С. 3–37.

8. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи [Текст] / под ред. И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. — М.: Дело, 2010. — 232 с.
9. Федеральный закон от 05.12.2017 № 368-ФЗ «О бюджете ФФОМС на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов».
10. Российский рынок труда: тенденции, институты, структурные изменения [Текст] / В.Е. Гимпельсон, А.А. Зудина, Р.И. Капелюшников [и др.]; под общ. ред. В.Е. Гимпельсона, Р.И. Капелюшниковой, С.Ю. Рощина. — М.: Центр стратегических разработок, 2017. — 148 с.
11. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
12. Таган Т.А. Возможность использования традиционных мер неравенства при изучении территориального рекреационного неравенства [Текст] / Т.А. Таган // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. — Серия: География. — Т. 22 (61). — 2009. — № 2. — С. 274.
13. Указ Президента РФ от 07.05.2012 № 597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
14. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий [Текст]: пер. с англ. / под ред. Р. Солтман, Дж. Фигейрос. — М.: Гэотар Медицина, 2000. — 431 с.
15. Отчет о реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 годы [Текст] / Всемирный Банк. — Астана, 2014.
16. Health Care Resources: The Organization for Economic Co-operation and Development [Electronic resource] // URL: [https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_REAC](https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_REAC) [дата обращения 04.02.2019].
17. Health at a Glance [Text] / OECD. — Paris: OECD Publishing, 2017. — 220 p.
18. Sheiman I. Opportunities and limitations of patient choice: the case of the Russian Federation [Text] / I. Sheiman, S. Shishkin, H. Markelova // Health Policy and Planning. — 2014. — Vol. 29. — P. 106–114.

19. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2017 году [Текст] / Федеральный фонд обязательного медицинского страхования // Обязательное медицинское страхование. — 2018. — № 4. — 185 с.
20. «Противостояние логик»: врач, пациент и власть в условиях реформирования системы здравоохранения. Сводный аналитический отчет [Текст]. М.: Аналитический центр Юрия Левады, 2016. — 60 с.
21. Siciliani L. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries [Text] / L. Siciliani, V. Moran, M. Borowitz // Health policy. — 2014. — Vol. 118. — P. 292–303.
22. European Health for All [Electronic resource]//WHO.—2016.—URL: <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-family-of-databases-hfa-db> [дата обращения 04.02.2019].
23. Saltman R.B. Social health insurance systems in Western Europe [Text] / R.B. Saltman, R. Busse, J. Figueras. — Maidenhead: Open University Press, 2004.
24. Wagstaff A. Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems — Evidence from OECD. Policy Research Working Paper 4821 [Text] / A. Wagstaff. — Washington, DC: The World Bank, 2009.
25. Wagstaff A. Europe and Central Asia's great post-communist social insurance experiment: impacts on health sector outcomes [Text] / A. Wagstaff, R. Moreno-Serra // Journal of Health Economics. — 2008. — Vol. 28 (2). — P. 322–340.
26. Van der Zee J. Bismark or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs [Text] / J. Van der Zee, M.W. Kroneman // BMS Health Services Research. — 2007. — Vol. 7. — P. 1–11.
27. Шейман И.М. Эмпирические оценки бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения [Текст] / И.М. Шейман, С.В. Терентьева // Экономическая политика. — 2015. — № 6. — С. 171–193.
28. Шишкин С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы

- здравоохранения [Текст] / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин [и др.]; рук. С.В. Шишкин. — М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2016.— 67 с.
29. Шишкин С.В. Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы? [Текст]: препринт / С.В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В. Селезнева // Высшая школа экономики. — Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление». — 2015. — № 4.— 67 с.
  30. Методические рекомендации по способам оплаты медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (письмо Минздрава России и Федерального фонда ОМС от 24.12.2015).
  31. Шишкин С.В. Оценка опыта реформирования здравоохранения в регионах Российской Федерации, раздел 4.1. Независимый институт социальной политики [Текст] / С.В. Шишкин, В.И. Шевский, И.М. Шейман [и др.]. — М., 2006.— 320 с.
  32. Funding of health care: options for Europe [Text] / ed. E. Mossialos [et al.]. — WHO, 2002. — P. 327.
  33. Постановление Правительства РФ от 05.05.2012 № 462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования» (с изм. и доп. от: 4 сентября 2012 г., 2 ноября 2013 г., 21 сентября 2015 г., 5 апреля, 6 декабря 2017 г., 18 октября 2018 г.).
  34. Федеральный закон от 31.07.1998 № 145-ФЗ «Бюджетный кодекс Российской Федерации» (ред. от 27.12.2018).
  35. Постановление Правительства РФ от 22.11.2004 № 670 «О распределении дотаций на выравнивание бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации» (в ред. от 31.12.2018).
  36. Shea K. Health care opinion leaders' views on the transparency of health care quality and price information in the United States [Electronic resource] / K. Shea,

- A. Shih, K. Davis. — 2007.URL:[https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/\\_\\_\\_media\\_files\\_publications\\_data\\_brief\\_2007\\_nov\\_health\\_care\\_opinion\\_leaders\\_views\\_on\\_the\\_transparency\\_of\\_health\\_care\\_quality\\_and\\_price\\_information\\_i\\_shea\\_hcoltransparencysurveydatabrief\\_1078\\_pdf.pdf](https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_data_brief_2007_nov_health_care_opinion_leaders_views_on_the_transparency_of_health_care_quality_and_price_information_i_shea_hcoltransparencysurveydatabrief_1078_pdf.pdf) [дата обращения 04.02.2019].
37. Mongan J.J. Options for slowing the growth of health care costs [Text] / J.J. Mongan, T.G. Ferris, T.H. Lee // *New England Journal of Medicine*. — 2008. — Vol. 358 (14). — P. 1509–1514.
38. Fung C.H. Systematic review: The evidence that publishing patient care performance data improves quality of care [Text] / C.H. Fung, Y.W. Lim, S. Mattke [et al.]. // *Annals of Internal Medicine*. — 2008. — Vol. 148 (2). — P. 111–123.
39. Public reporting and pay for performance in hospital quality improvement [Text] / P.K. Lindenauer [et al.] // *The New England Journal of Medicine*. — 2007. — Vol. 356. — P. 486–496.
40. Рынок медицинских услуг в России [Электронный ресурс] / Исследование РБК. — 2017. — URL: <https://rb.ru/opinion/vse-hotyat-vylechitsya/> [дата обращения 04.02.2019].
41. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. Совместный доклад Центра Стратегических Разработок и Высшей школы экономики [Текст] / С.В. Шишкин, С.Г. Боярский, В.В. Власов [и др.]. — М.: Центр стратегических разработок, 2018. — 56 с.
42. Habicht T. Strategic purchasing reform in Estonia: reducing enequalities in access while improving care coordination and quality [Text] / T. Habicht, J. Habicht, E. van Ginneken // *Health Policy*. — 2015. — Vol. 119. — P. 1011–1016.
43. Enthoven A. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency [Text] / A. Enthoven, L. Tollen // *Health Affairs*. — September 2005.
44. Van de Ven N. Supporters Are Not Necessary for the Home Advantage: Evidence From Same-Stadium Derbies and Games Without an Audience [Text] / N. Van de Ven // *Journal of Applied Social Psychology*. — Volume 37 Issue 6, June 2011.— P. 731–744.

45. Preconditions for efficiency and affordability in competitive health markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? [Text] / W. Van de Ven [et al.] // Health Policy. — 2013. — Vol. 109. — P. 226–245.
46. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении [Текст] / И.М. Шейман. — М.: Изд-во ВШЭ, 2007.
47. Health insurance in Russia: is there a Dutch solution? [Text] / W. Van de Ven [et al.] // Seminar «Reforming healthcare: Global Challenges/Dutch Solutions» organized by the Dutch embassy in Moscow on 31 March 2014.
48. Klusen N. Integrated Care and Cross-Sectoral Care: The German Experience [Text] / N. Klusen. — Allianz Eurasia Health care Advisory Board Meeting Slides, Moscow, October 14th, 2011.
49. Struijs J. Integrating Care through Bundled Payments — Lessons from the Netherlands [Text] / J. Struijs, C. Baan // New England Journal of Medicine. — March 17, 2011. — Vol. 364. — P. 11.
50. Nolte E. International perspectives on integration and care coordination. Concepts and experiences [Text] / E. Nolte. — Presentation at Integrated care seminar in Moscow, 25 April 2017. World Bank.

## ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВВП — валовый внутренний продукт  
ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения  
ДМС — добровольное медицинское страхование  
ЕС — Европейский союз  
КСГ — клинико-статистическая группа  
МО — медицинская организация  
ОМС — обязательное медицинское страхование  
ОПЖ — ожидаемая продолжительность жизни  
ОЭСР — Организация экономического сотрудничества и развития  
ПМСП — первичная медико-санитарная помощь  
РБ — Республика Беларусь  
СКС — стандартизированный коэффициент смертности  
СМО — страховая медицинская организация  
ТФОМС — территориальный фонд обязательного медицинского страхования  
УХЗ — управление хроническими заболеваниями  
ФОМС — Федеральный фонд обязательного медицинского страхования







НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

109074, Славянская площадь, д. 4 стр. 2, к. 520

тел.: 8 (495) 772 95 90 \*12404

e-mail: [chp@hse.ru](mailto:chp@hse.ru)

web: [chp.hse.ru](http://chp.hse.ru)





НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ

109074, Славянская площадь, д. 4 стр. 2, к. 520

тел.: 8 (495) 772 95 90 \*12404

e-mail: [chp@hse.ru](mailto:chp@hse.ru)

web: [chp.hse.ru](http://chp.hse.ru)