

Карельский научный центр РАН
Институт экономики

**Проблемы реформы здравоохранения – от государственной к
страховой модели**

Тимаков Иван

Петрозаводск
2020

Задачи системы здравоохранения

❖ В задачи системы здравоохранения входит как **сокращение смертности**, так и эффективная система **охраны здоровья и профилактика заболеваемости**.

❖ **Право на поддержание здоровья и медицинский уход является неотъемлемым правом человека**. [Всеобщая декларация прав человека. Ст.25.1]

Оно закреплено в конституциях многих стран и международных документах.

❖ Право на здоровье **включает как общественную защиту, так и индивидуальную заботу о здоровье, но не полностью охватывает здоровую среду**. [André den Exter, 2017; Безручко, 2014]

❖ В России проблема актуальна при конституционных гарантиях (статья 41 Конституции РФ) на **«бесплатную охрану здоровья и медицинскую помощь, оказываемую за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»**. [Конституция РФ, 1993]

❖ Система здравоохранения должна **обеспечить необходимый и достаточный минимум охраны здоровья** посредством оказания медицинских услуг. Параметры этого минимума в Конституции не указаны, но основные права и свободы гражданина сохраняемы.

❖ Существующие сегодня **национальные системы здравоохранения в большинстве используют смешанные модели организации здравоохранения**. Разные источники финансирования и организационные формы работы лечебно-профилактических учреждений.

❖ Но, как правило, **один из финансовых источников в системе всё же преобладает**.

Модели систем социальной защиты

Государственная (Беверидж) и Страховая (Бисмарк)

Государственная – право на **гарантированный минимум** социальных услуг за счёт бюджетов. **«Национальная солидарность поколений»** и наполнение за счёт **налоговых поступлений**.

Увеличение **массового спроса** на услуги приводит к **наращиванию бюджетных расходов**, иначе **снижается качество** предоставляемых услуг. **Сохранение качества** услуг в условиях государственной модели и бюджетных ограничений **требует дополнительной организационной и управленческой эффективности**.

Страховая – принцип **«достигнутых результатов»**, от которых зависит объём социальных гарантий. За **выплаты отвечают страховые фонды**, аккумулирующие страховые взносы. В теории **без бюджетных субсидий**.

Преимуществом страховой модели считается возможность **разделения финансовых рисков** между государством и частными страховыми компаниями. Страховая компания **заинтересована защитить права застрахованного при наименьшем покрытии расходов** обслуживающей организации (конкуренция исполнителей, наиболее конкурентные условия страхования)

Существующие национальные системы здравоохранения используют **смешанные модели** с участием государственных, муниципальных и страховых средств. (Омельяновский, Максимова, Татаринов, 2014)

- Влияние рыночных институтов на российскую систему здравоохранения рассматривалось на предмет наличия потенциального конфликта с декларируемыми принципами всеобщего и бесплатного здравоохранения.
- Возможно ли, в условиях продолжающейся реформы, сохранить принципы всеобщности и бесплатности российского здравоохранения?
- В качестве материалов использованы **данные ВОЗ, ФФОМС, ТФОМС, федеральные и региональные нормативно-правовые акты.**
- Проведён **сравнительный анализ финансирования российского здравоохранения по отношению к странам Европы и постсоветского пространства** в контексте используемых моделей. (Выборка: страны Восточной Европы и постсоветского пространства схожие по стартовым экономическим условиям, развитые североамериканские экономики, экономики Европы)
- Подходы к реформированию российского здравоохранения основываются на **исследовании структуры и объёма финансирования обязательного медицинского страхования России** в условиях демографических и институциональных изменений.
- На основе рассмотрения структурной очерёдности финансирования существующей системы обязательного медицинского страхования (ОМС) **проанализированы роли участников системы и границы использования страховых принципов.**
- Структурный анализ бюджета ОМС позволил выявить **проблемы его наполняемости и дифференциации источников финансирования.**

Сравнение объёмов финансирования здравоохранения

На различных этапах эволюции систем здравоохранения преобладают разные источники финансирования.

Наибольшие объёмы характерны для развитых стран Европы и Северной Америки, где уровень экономического развития позволяет тратить на здравоохранение большой процент от ВВП.

При этом **общий объём финансирования на душу населения (по ППС) в разных странах не зависит от выбранной модели здравоохранения.**

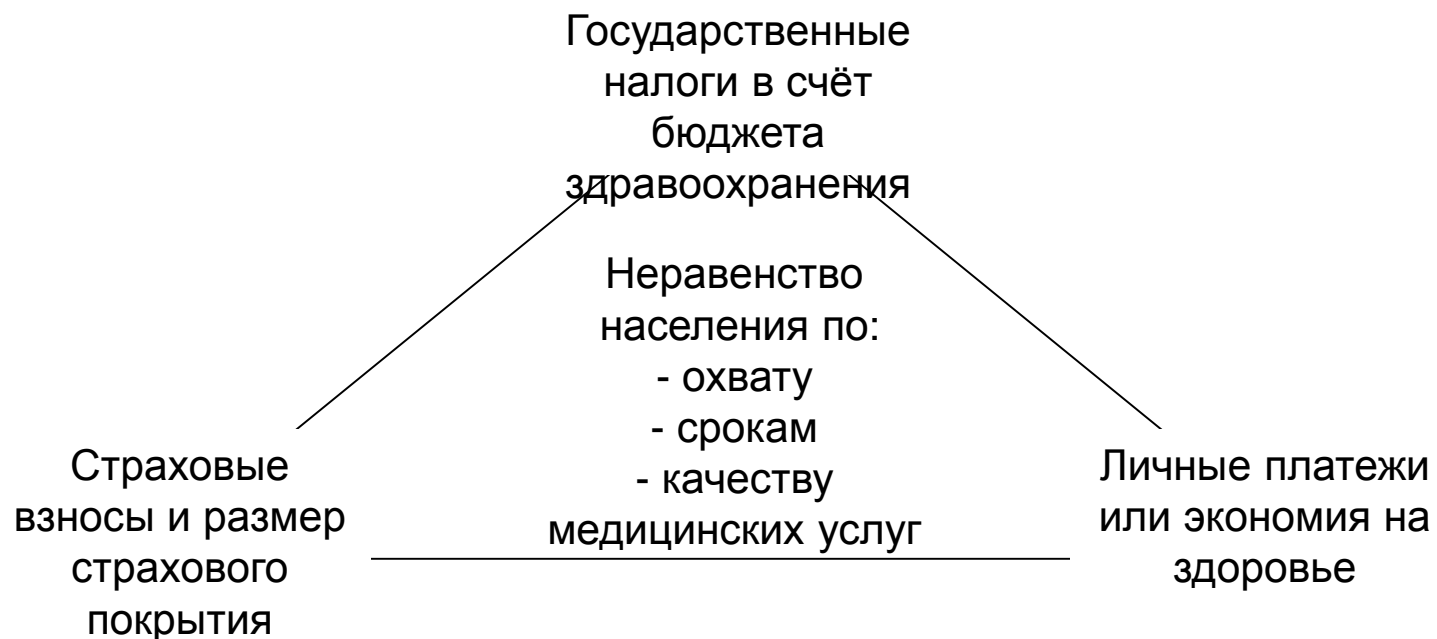


Государственные расходы (+ОМС) на здравоохранение в России составляют 3% от ВВП, что меньше 4-5% в странах Восточной Европы и 8-9% в западноевропейских государствах. По этому показателю Россия ближе к странам постсоветского пространства: Грузии, Казахстану, Украине, Латвии.

Подходы ВОЗ к финансированию систем здравоохранения

- При оценке глобальных расходов на здравоохранение **от 20% до 40% относятся к неэффективным**, что связано с проблемами распределения и предоставлении услуг [Chisholm, Evans, 2010].
- **Выбор системы финансирования здравоохранения может быть пересмотрен**, если возникают социально-экономические или политические препятствия. **Условия:** система медицинских организаций, демография и состояние рынка труда, политическая воля и необходимые компетенции. [Всемирная ассамблея, 58, 2005].
- Высокая продолжительность жизни при сравнительно умеренных расходах на здравоохранение свидетельствует о **справедливом доступе и всеобщем охвате медицинскими услугами**.
Эффект отдельных расходов на здравоохранение различается в зависимости от страны и **менее заметен на национальном уровне** ОЦЕНКИ [Chisholm, Evans, 2010].
- **Подотчётность органов управления системой здравоохранения на разных уровнях, их справедливость в использовании ресурсов, являются основными факторами эффективного и справедливого оказания медицинской помощи**.
- Рассматривая проблему эффективности **важно учитывать не только финансирование и расходы, но и критерии справедливости, реализуемости, доступности медицинской помощи** [Chisholm, Evans, 2007].
- Такой подход возможен **при правильном балансе интересов** участников системы, где бюджетная экономия не может выступать основным критерием эффективности.

«Полюса» финансирования здравоохранения



Взаимное дополнение источников: когда государственные трансферты компенсируют нехватку страховых фондов или плохое бюджетное финансирование дополняется личными платежами.

В зависимости от возможностей экономики, **страны ищут компромисс, сокращая неравенство** населения по получаемым медицинским услугам:

- ✓ по пространственному и социальному охвату медицинскими услугами;
- ✓ по времени ожидания приёма, диагностирования и лечения в ЛПУ;
- ✓ по результатам и качеству лечения в ЛПУ;
- ✓ по стоимости лечения и доле личных платежей граждан;

Проблема личных платежей граждан

По мнению ВОЗ для защиты и финансовой стабильности граждан страны должны обеспечивать удержание личных платежей граждан на относительно низком уровне, а государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП – на уровне, достаточном для защиты граждан. [Thomson, Figueras , 2015]

Различия в эволюции систем здравоохранения по-разному влияют на необходимость личных платежей. Роль государства состоит в сдерживании коммерческих интересов участников систем здравоохранения.

Основные финансовые ресурсы собираются с работающего населения.

Преимуществом налогов и страховых взносов является их **распределение на период трудоспособной жизни**, что, в отличие от прямых выплат, не наносит **единовременный удар по благосостоянию** пациента.

В странах с наибольшими расходами на здравоохранение, как США и Швейцария, преимущество в финансировании имеют рыночные страховые механизмы.

Если рынок частного страхования в США оставляет часть населения без страховок с ограниченным доступом к услугам,

то обязательное страхование Швейцарии софинансируется из личных расходов при всеобщем охвате населения.

Механизм софинансирования реализуется через страховые планы с франшизой, при минимальных страховых выплатах. Пациент оплачивает из своего кармана медицинские услуги в пределах лимита франшизы. (максимальный лимит 2500 CHF)

Сравнение личных расходов на здравоохранение (2016)

1 группа стран	ВВП на душу (по ППС в \$)	Личные расходы % («из кармана»)	B R	2 группа стран	ВВП на душу (по ППС в \$)	Личные расходы % («из кармана»)	B R
Ukraine	7 941	54		France	41 444	10	15
Georgia	9 450	56		UK	42 795	15	21
Mexico	18162	40	17	Finland	43 316	20	24
Kazakhstan	24 354	36	45	Canada	44 819	15	16
Russia (RF)	25 218	40	55	Belgium	46 500	16	36
Latvia	25 464	45		Germany	49 046	12	39
Greece	26 746	34	13	Denmark	49 207	14	42
Poland	27 383	23	18	Sweden	49 262	15	27
Lithuania	29 652	32		Netherlands	50 691	11	29
Estonia	29 740	23		USA	57 904	11	50
Spain (дифф.)	36 340	24	3	Switzerland	64 236	30	14
Italy (очереди)	38 356	23	6	Ireland	71 828	13	

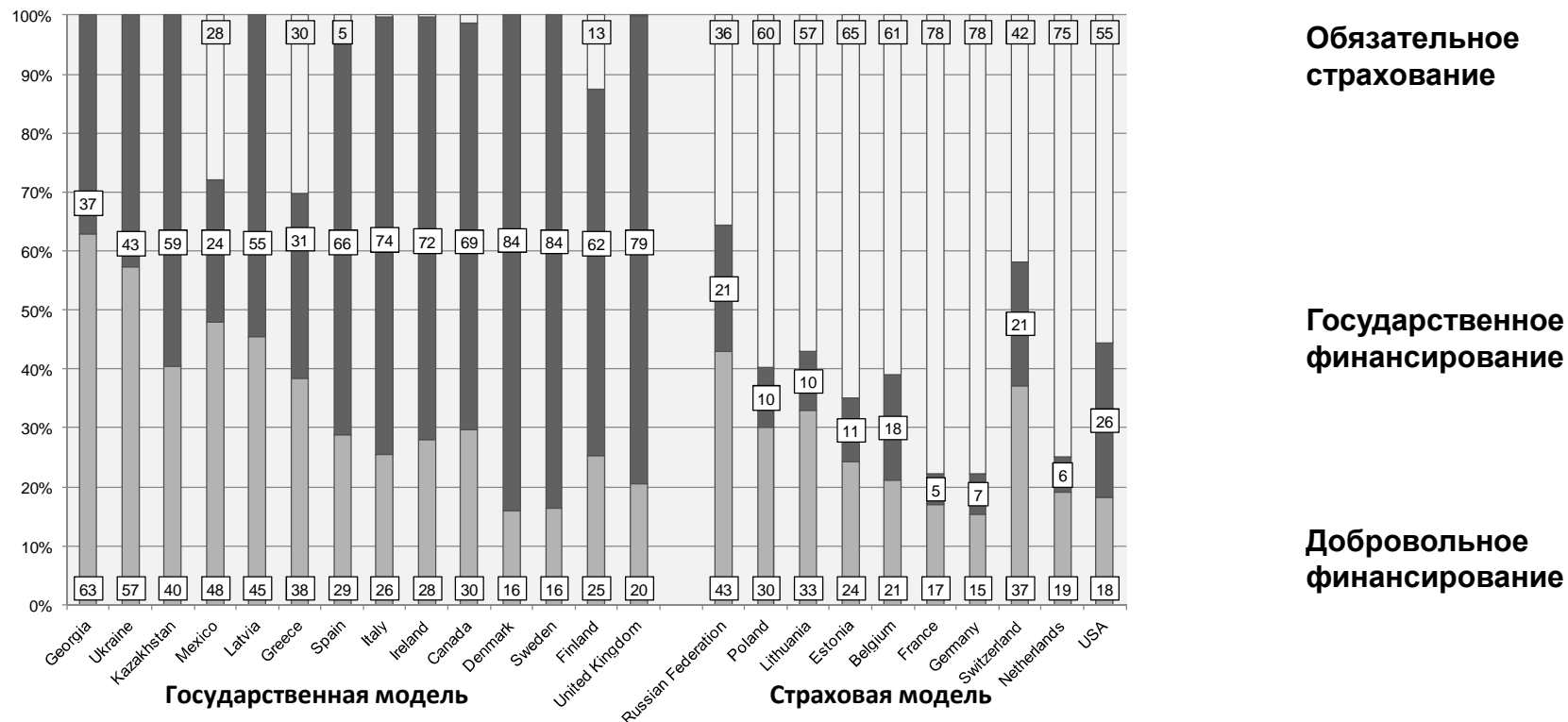
Личные расходы меньше в странах с высоким подушевым ВВП. (исключение - франшиза)

Большие расходы на здравоохранение **не всегда способствуют увеличению продолжительности жизни, снижению заболеваемости, смертности, что сказывается на оценках эффективности здравоохранения.** [Гареева, 2009]

Богатые страны не редко «уступают» по стоимости медицинских услуг, в результате чего становятся **уязвимыми категории населения с низкими доходами, не попадающие в программы социальных льгот.**

Относительно **высокие личные расходы возможны** как в странах с **более эффективным** (Италия, Испания), так и **менее эффективным здравоохранением** (РФ, Казахстан) (TheMostEfficientHealthCare). **Личные расходы** на здравоохранения **добровольны и могут как дополнять и расширять, так и компенсировать** недостатки действующих систем

Структура расходов на здравоохранение (%)



В некоторых постсоветских странах население личными расходами компенсирует недостатки государственной системы здравоохранения.

Личная оплата необходимых услуг становится вынужденной, когда вместо использования государственных гарантий пациент прибегает к прямым платежам, доступным платёжеспособным категориям населения.

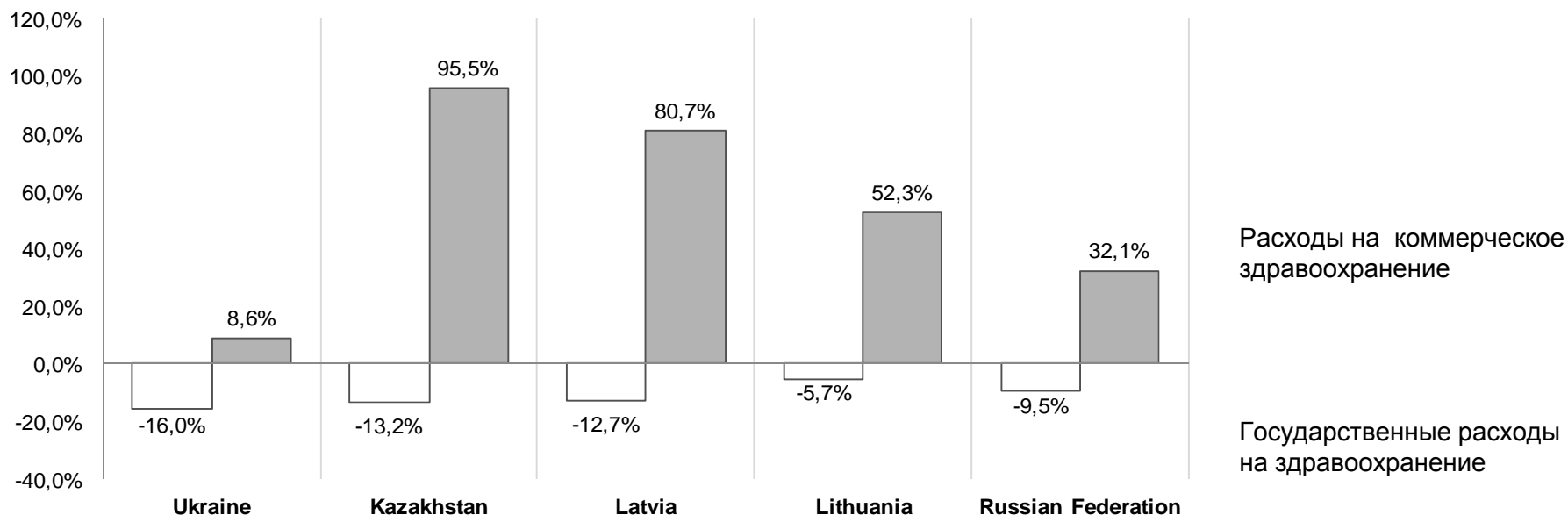
Выбор государственного здравоохранения в странах с невысоким подушевым ВВП отвечает целям социальной справедливости,

Государство использует имеющуюся налоговую базу для наибольшего охвата населения, стараясь обеспечить приемлемое качество медицинских услуг.

Постсоветские страны

- В некоторых **постсоветских странах с государственной моделью (Грузия, Украина)**, доля добровольного финансирования **превышает 50%**, в **Казахстане, Латвии – более 40%**, где нагрузка на бюджеты домохозяйств намного превосходит платежи в других странах (мексика).
- В Латвии по причине дефицита бюджет здравоохранения на пути повышения взносов при сокращении объёма услуг, **когда некоторые категории населения рискуют остаться с минимумом государственных гарантий.**
- В **Грузии 90-х** система здравоохранения фактически была переведена на **платную основу** с постепенным введением страхования в период с 2003 по 2013 год. При этом страховщики совмещали страховой и медицинский бизнес, являясь крупнейшими инвесторами в строительство ЛПУ. **С 2013 года** правительство Грузии отказалось от страхования в пользу **бюджетного здравоохранения**, сохранив при этом **доплаты населения до 30%** стоимости услуг.
- Возможен иной вариант, когда **мексиканским правительством обеспечена невысокая стоимость медицинской страховки (IMSS)**, а качество медицинских услуг соответствует мировому уровню в каждом поселении. Услуги массово доступны и население не перегружено медицинскими платежами.
(сохраняется влияние здравоохранения соседа)

Изменение доли государственных и частных расходов на здравоохранение в бывших советских республиках (2016 г. к 2011г.)



- **Тенденция роста коммерческой медицины** наблюдается на постсоветском пространстве в Украине, Казахстане, Латвии, Литве, России . Параллельно **снижается доля государственных медицинских расходов**.
- **Если государственных медицинских услуг достаточно без использования собственных средств населения, то коммерческая медицина не сможет привлечь большое количество клиентов.** [Thomson, Figueras, 2015]
- **Коммерческое здравоохранение может лишь частично компенсировать недостатки государственной системы** в границах платежеспособного спроса.
- Проблемой большинства постсоветских стран, включая Россию, стала **теневая занятость**, не обеспечивающая **социальных и налоговых выплат** в бюджеты разных уровней.

Проблемы статистики эффективности здравоохранения

Эффективность расходов в рамках национальных систем здравоохранения наиболее часто рассматривается через изменение **медико-демографических показателей здоровья** населения. Одним из медико-демографических показателей, используемых для международных сравнений, является индекс DALY, позволяющий оценить число потерянных лет здоровой жизни в результате нетрудоспособности и смертности

Несмотря на то, что улучшение здоровья населения является задачей здравоохранения, **множество неконтролируемых факторов оказывает на здоровье** непосредственное влияние. (генетика, экология, качество жизни, социальное поведение)

В результате чего жёсткая привязка эффективности здравоохранения к медико-демографическим показателям пациентов (групп населения) не всегда оправданна **по причине отсутствия возможностей у ЛПУ оказывать влияние на действие отдельных факторов** на здоровье пациентов.

Нередко проблемой является качество и сопоставимость данных в национальных системах. Особенности учёта по учреждениям (коммерческие или частные), ошибки диагностики и кодирования (квалификация, оснащение), манипуляции – создают искажения в оценках эффективности

В российских условиях немаловажную роль играют субъективные оценки восприятия реформы и её политические последствия.

Зависимость финансов российского здравоохранения от бюджетных условий и отраслевых интересов не может быть легко преодолена изменением отдельных индексов.

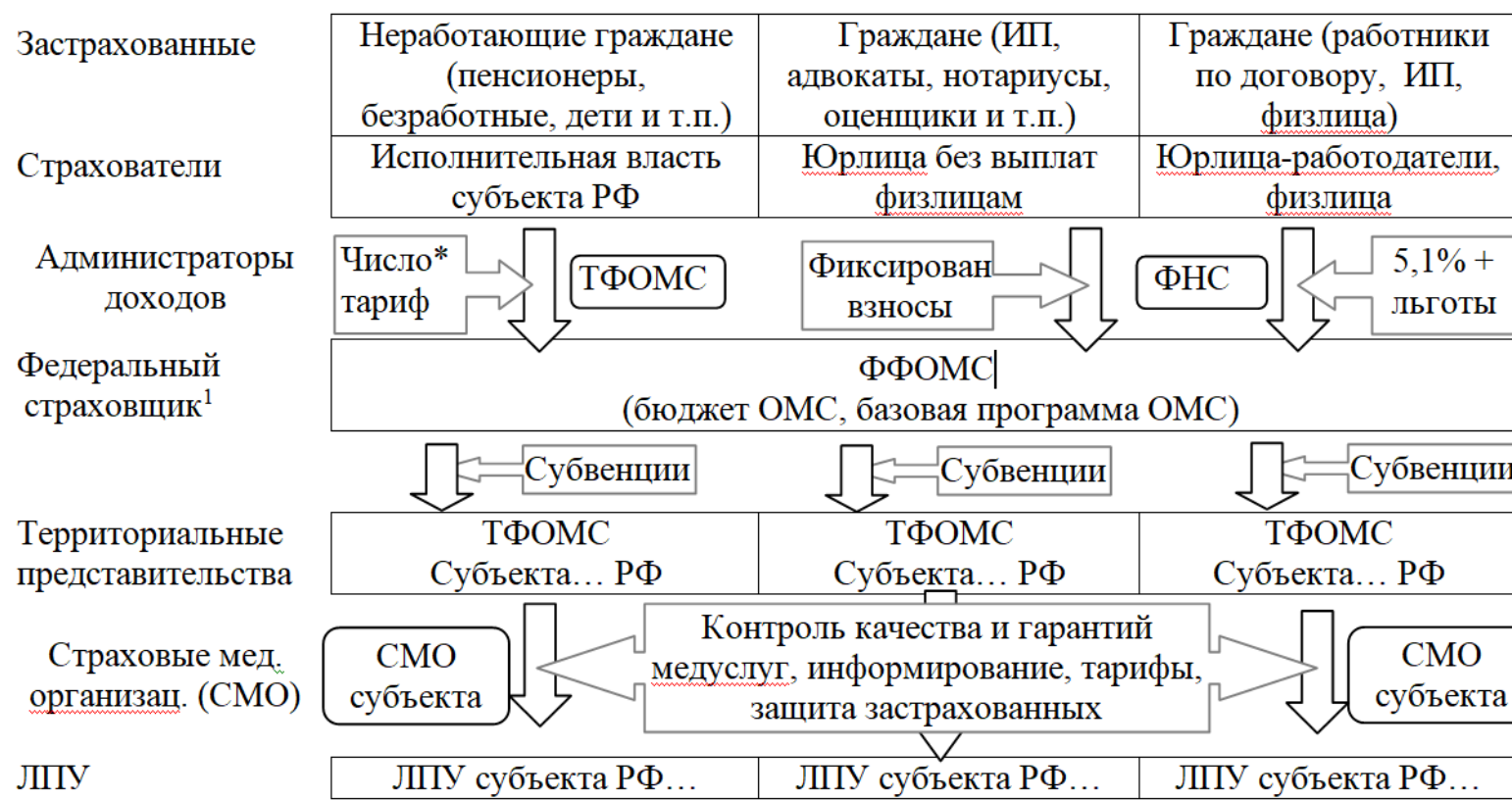
Реформа ОМС

- Российская система здравоохранения в процессе **трансформации с 1993 года**. Реформа ОМС должна решить проблему контроля расходов в условиях бюджетного дефицита и неэффективности унаследованной модели.
- Аргументом трансформации является неэффективность объединения функций заказчика медицинских услуг, их покупателя, исполнителя и аудитора в лице государства.
- Реализуемые изменения столкнулись с крайней **неравномерностью развития медицинских учреждений и охвата** медицинскими услугами населения. [Садыкова, 2014]
- Постепенный переход к концентрации и распределению взносов через Федеральный фонд ОМС (ФОМС) обеспечил **выравнивание финансового обеспечения медицинской помощи в регионах** России. Проблема дифференциации доходов территориальных фондов ОМС была решена. [Шишкин, 2017]
- Но становления полноценной страховой модели не произошло, так как **страховые компании слабо влияют на конкурентное финансирование ЛПУ** и формирование стандартов качества медицинской помощи. [Шейман, Терентьева, 2015]

Реформа ОМС

- Кроме того, внедрение страховых принципов в России сопровождалось **негативными демографическими трендами в регионах, где сложно развивать локальную конкуренцию ЛПУ при существующей плотности расселения.** [Рагозин, Кравченко, Розанов, 2013]
- **Старение населения способствует росту спроса на медицинские услуги,** что осложняет проблемы здравоохранения в удалённых районах России.
- **Интенсивный рост российского рынка коммерческой медицины в последнее десятилетие был сосредоточен в городах федерального значения (ГФЗ) с высокой плотностью населения и платежеспособным спросом.** [Быковская, Панов, 2018]
- В последние годы **рынок коммерческой медицины в городах федерального значения перешёл к этапу консолидации и медленной экспансии сетевых медицинских организаций в регионы** [Исследование E&Y, 2020].
- Дальнейшая трансформация рынка способствовала **развитию технологий привлечения пациентов в сектор частной медицины, что обостряет конкуренцию с государственными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ).** [Тарасенко, Дворяшина, 2019]

Финансирование ОМС – схема базовой программы



Средства застрахованного населения через взносы страхователей **аккумулируются в федеральном фонде ОМС (ФФОМС).**

Администрированием взносов занимаются **ФНС** и территориальные **ТФОМС.**

Взносы за неработающее население перечисляются из региональных бюджетов субъектов РФ.

Согласно ст. 12 ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», в рамках реализации базовой программы ОМС **страховщиком является ФФОМС**

Финансирование ОМС – схема базовой программы

- **Межрегиональное выравнивание** финансирования ОМС осуществляется в рамках субвенций, перечисляемых **ФФОМС в ТФОМС** для выполнения программ госгарантий.
- В соответствии с **дифференцированным подушевым нормативом финансового обеспечения ОМС средства перечисляются в страховые медицинские организации (СМО)** для оплаты фактической медпомощи за отчётный месяц.
- СМО перечисляется процент от суммы (**~1,5%**) в счёт обслуживания населения и ЛПУ. Сохраняется **интерес СМО к выполнению количественных показателей посещений и случаев лечения**. Полное излечение - проблема самого пациента.
- Российские СМО **не берут на себя ответственности за риск здоровья пациента, не аккумулируют и не сберегают взносы**. Фактически финансово **не заинтересованы в качестве здоровья пациента** (перечисление, целевое использование, стандарт).
- Растёт **доход СМО от штрафных санкций** за недостатки оформления отчётности и избыточное лечение в ЛПУ.
- **Тарифы на оказание медицинских услуг по ОМС устанавливаются соглашением в рамках комиссии субъекта РФ** между ТФОМС, СМО, Минздравом и профессиональной ассоциацией.
- Счётная палата РФ констатирует **различия в размерах тарифов на оплату медицинской помощи из консолидированных бюджетов регионов**. [Мень, 2019]
Регионы **занижают** финансовое обеспечение медицинской помощи.
- В разных регионах **фактические затраты препятствуют достижению одинакового качества** лечения медицинскими организациями. [Шишкин, 2017]

Финансирование ОМС – бюджет, взносы

Статьи бюджета ФФОМС(млрд. руб.)	2020	2021	2022
Доход фонда	2367	2511	2645
Федеральные трансферты	246	272	273
Расходы фонда	2368	2515	2652
Дефицит фонда	1	4,8	6,9

Источник: О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов

- Трансферт из федерального бюджета -- 10-11%. Средства из федерального бюджета предназначены для лечения онкологии, высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), выдачи родовых сертификатов и т.п.

Страховые взносы в бюджет ФФОМС по группам застрахованных	Численность лиц (на 1 апреля 2017)	Страховой взнос на одного (в 2018г)
Застрахованные граждане	146,4 млн. чел	12722,4 руб./чел
Работающие застрахованные	61,4 млн. чел	19544,1 руб./чел
Неработающие застрахованные	85 млн. чел	7789,1 руб./чел

Источник: Данные ФФОМС
Режим доступа:
<http://www.ffoms.ru/system-oms/>

- Рост числа неработающих граждан увеличивает расходы региональных бюджетов на финансирование программы ОМС.
- По расчётам в 2018 году средний взнос одного работающего гражданина в 2,5 раза превышал средний взнос за неработающих граждан.
- При этом численность застрахованных неработающих граждан в 1,3 раза превосходит число работающих.
- Сформирована система, где страховой принцип объединяется с межпоколенческой солидарностью в условиях высокой демографической нагрузки.

Проблемы финансирования российского здравоохранения

По оценкам ВОЗ Россия в 2016 году тратила **5,3% ВВП** на здравоохранение, из которых только **3% ВВП** составляли **расходы ОМС и государства**. Меньше рекомендованных ВОЗ **5,6% ВВП**

Согласно рекомендациям ВОЗ для достижения целей устойчивости в сфере здоровья **расходы на здравоохранение к 2030 году по амбициозному сценарию должны увеличиться до 7,5% ВВП, по прогрессивному до 6,5% ВВП.** [ВОЗ. 2017]

В структуре бюджета на охрану здоровья **взносы от работающих граждан суммарно превосходят поступления из консолидированного бюджета РФ, но доля государственных средств из региональных бюджетов остаётся высокой.**

Источники финансирования ограничены:

- **Задача выравнивания размера страховых взносов работающего и неработающего населения** в условиях роста демографической нагрузки только **усугубит зависимость бюджета ОМС от государственных источников.**
- **Расширение финансирования здравоохранения за счёт обязательных страховых взносов** потребует увеличения ставок страховых взносов или изменения действующей структуры обязательных платежей в оплате труда. Рост взносов -- крайне непопулярная мера и имеет мало шансов на реализацию. Сопротивление работодателей приведет к ухудшению структуры занятости на **рынке труда.** (дополнительная нагрузка на ФОТ, теневая занятость, собираемость страховых взносов)

Итог

Негативные демографические тренды **способствуют** росту государственных **расходов** в российской системе здравоохранения

Рост числа неработающих граждан **увеличивает** расходы региональных **бюджетов** на финансирование программы ОМС.

В условиях российского рынка труда **нет оснований прогнозировать скорый рост страховых поступлений.**

Большинство **бюджетов регионов**, финансирующих территориальные программы ОМС **дефицитны**, а доля финансирования здравоохранения в расходах федерального бюджета последние годы снижалась.

Возможно ли по прогрессивному сценарию ВОЗ к 2030 году, **увеличить финансирование** российского здравоохранения почти в **2 раза до 6,5% ВВП?** **Реальность такого сценария вызывает обоснованные сомнения.**

Рост рынка платных медицинских услуг вызывает вопросы о доступности и качестве медицинских услуг в рамках основной программы госгарантий ОМС.

СМО в программе ОМС **выступают как агенты ФОМС**, **не берут** на себя **долгосрочные риски** пациентов, не заинтересованы в полном излечении и долгосрочном сохранении здоровья.

Подотчётность органов управления системой здравоохранения на разных уровнях, их **справедливость в использовании ресурсов**, являются основными **факторами эффективного и справедливого оказания медицинской помощи.** (ВОЗ)

Спасибо за
внимание