

МЕЖДУНАРОДНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ РОССИЙСКОЙ РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ***Иван Всеволодович ТИМАКОВ**

кандидат экономических наук, научный сотрудник,
Институт экономики Карельского научного центра РАН, Петрозаводск, Российская Федерация
ivanvseti@gmail.com
ORCID: отсутствует
SPIN-код: 9154-3732

История статьи:

Рег. № 591/2019
Получена 09.09.2019
Получена в доработанном
виде 26.09.2019
Одобрена 15.10.2019
Доступна онлайн
13.12.2019

УДК 338.2:338.001.36**JEL:** G28, I14, I18**Аннотация**

Предмет. Статья посвящена исследованию реформы российского здравоохранения в контексте международного опыта. Незавершенность реформы на фоне слабых медико-демографических показателей населения требует совершенствования политики в области охраны здоровья. Продолжается дискуссия о достаточности ресурсов в области здравоохранения для достижения целей реформы и качественного изменения ситуации.

Цели. Исследование системы финансирования здравоохранения разных стран и определение перспективных направлений реформы российского здравоохранения.

Методология. В работе использованы компаративные методы, методы статистической обработки данных, методы систематизации и дескриптивного анализа.

Результаты. На основе статистического анализа общего финансирования здравоохранения подтверждено отсутствие взаимосвязи финансовых показателей стран от выбранной модели здравоохранения. Дальнейший сравнительный анализ позволил систематизировать источники финансирования здравоохранения и их влияние на медицинские услуги. Выявлены факторы, влияющие на особенности систем здравоохранения на постсоветском пространстве. Проанализирована современная модель финансирования ЛПУ и ее применимость в разных системах здравоохранения. На основе анализа реформы ОМС определены недостатки российской модели здравоохранения и ее возможные перспективы.

Выводы. Объем финансирования здравоохранения в выбранных странах не зависит от финансовой модели. Наибольшие объемы характерны для развитых государств. Источники финансирования дополняют друг друга, но в сложившейся модели финансирования доминирует один из них. Финансирование ЛПУ на основе тарифного регулирования (КСГ) позволяет оптимизировать расходы независимо от источника поступлений. Выбор в пользу медицинского страхования в российских условиях обоснован не полностью, актуализируются преимущества государственной системы здравоохранения с наиболее полным охватом населения медицинскими услугами.

Ключевые слова:

обязательное медицинское
страхование (ОМС),
лечебно-профилактические
учреждения (ЛПУ),
клинико-статистические
группы (КСГ)

© Издательский дом ФИНАНСЫ и КРЕДИТ, 2019

Для цитирования: Тимаков И.В. Международные параллели российской реформы здравоохранения // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2019. – Т. 15, № 12. – С. 2361 – 2376.
<https://doi.org/10.24891/ni.15.12.2361>

Ухудшение здоровья – это причина потери трудоспособности и смертности населения. В результате сокращения численности и дееспособности населения возникают угрозы для нормального развития общества и

функционирования государства. Для уменьшения последствий создается система защиты, которая предотвращает угрозы и снижает ущерб, при этом защитные функции исполняются системой государственных учреждений. В случае со здоровьем в качестве системы защиты выступает система здравоохранения. В ее задачи входит не только

* Статья подготовлена в соответствии с государственным заданием КарНЦ РАН по теме «Институты и социальное неравенство в условиях глобальных вызовов и региональных ограничений».

предотвращение смертности, но и эффективная система охраны здоровья и профилактики заболеваемости. Речь идет не только об эпидемиологических угрозах, а об изменениях общей неэпидемической заболеваемости. Для эффективной работы системы здравоохранения необходимо постоянное ресурсное обеспечение, основанное на устойчивой системе финансирования.

В условиях ресурсных ограничений на первый план выходят границы ответственности государства по охране здоровья. Право на поддержание здоровья и медицинский уход является неотъемлемым правом человека¹, которое 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 [1, 2]. В России проблема актуальна при конституционных гарантиях (ст. 41 Конституции РФ) на «*бесплатную охрану здоровья и медицинскую помощь, оказываемую за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений*»². 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 неотчуждаемы с рождения.

В классической теории выделяются две основные системы организации социального обеспечения населения – государственная (Бевериджа) и страховая (Бисмарка) [3]. Государственная система обеспечивает право на гарантированный минимум социальных

услуг, предоставляемых за счет государственных бюджетов. В системе действует принцип «национальной солидарности», и финансовое наполнение осуществляется за счет налоговых поступлений граждан. Увеличение массового спроса на услуги приводит к постоянному 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 система использует принцип «достигнутых результатов», от которых зависит объем предоставляемых социальных гарантий. За выплаты отвечают страховые фонды, аккумулирующие взносы работников для последующих социальных выплат. В теории страховые фонды не получают прямых бюджетных субсидий и функционируют за счет поступающих к ним страховых взносов. 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, что создает конкуренцию исполнителей за деньги страховых фондов. При эффективном страховом покрытии страховые компании могут предложить потребителю наиболее конкурентные условия страхования.

Существующие сегодня национальные системы здравоохранения в качестве источников используют смешанные модели с участием как средств государственных и муниципальных бюджетов разных уровней, так и страховых взносов населения. [4, 5] При этом в государственных системах чаще выстраивается система одноканального финансирования лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ). Средства из разных источников объединяются в одном финансовом канале, через который закупается основной объем медицинских услуг ЛПУ. Результативность системы зависит от качества

¹ Всеобщая декларация прав человека. Ст. 25.1: принята резолюцией 217 А (III) Генеральной Ассамблеи ООН от 10.12.1948.
URL: https://un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml

² Конституция (Основной Закон) Российской Федерации: принята всенародным голосованием 12.12.1993 (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ).
URL: http://consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/

оказываемых услуг и наибольшего охвата населения. Финансовая эффективность достигается путем устранения дублирования затрат при постепенном улучшении качества медицинских услуг [6].

Исследование изменений российского здравоохранения в настоящей статье будет осуществляться в контексте международного опыта. Проведем сравнительный анализ российского финансирования здравоохранения по отношению к другим странам Европы и постсоветского пространства в контексте используемых моделей. Выборка стран включает государства со страховой и государственной моделью финансирования здравоохранения. Географически, кроме России, в выборку включены страны Восточной Европы и постсоветского пространства, схожие по стартовым экономическим условиям перехода к современным моделям здравоохранения. Помимо этого в выборку вошли североамериканские экономики, сопоставимые с Россией в масштабах территории, а также развитые экономики Европы – как примеры лучших мировых систем. Выборка составляет 24 страны.

На различных этапах эволюции системы здравоохранения возможно преобладание различных источников финансирования. При этом общий объем финансирования на душу населения по паритету покупательной способности в разных странах не зависит от выбранной модели здравоохранения (рис. 1). Наибольшие объемы характерны для развитых стран Европы и Северной Америки, где уровень экономического развития позволяет тратить на здравоохранение больший процент от ВВП. Государственные расходы на здравоохранение в России составляют 3% от ВВП, в то время как в странах Восточной Европы это 4–5% и 8–9% – в западноевропейских государствах. По данному показателю Россия ближе к странам постсоветского пространства: Грузии, Казахстану, Украине, Латвии.

Источники финансовых поступлений различаются по объему в зависимости от

системы здравоохранения (рис. 2). Существует взаимное дополнение источников, когда государственные трансферты компенсируют нехватку страховых фондов или плохое бюджетное финансирование дополняется личными платежами. В зависимости от состояния экономики страны ищут компромисс, сокращая неравенство населения по получаемым медицинским услугам:

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

Финансовое наполнение системы здравоохранения не всегда приносит улучшение значений показателей социального благополучия, таких как рост продолжительности жизни, снижение заболеваемости, смертность [7]. Сложность состоит в оценке качества лечения в условиях экономии ресурсов, когда природные и социальные факторы влияют на показатели здоровья сильнее системы здравоохранения. На помощь приходят медицинские стандарты и протоколы организации медицинской помощи, подтвержденные множеством исследований. В развитых странах к процессу подключается судебная практика.

Следование протоколам и клиническим рекомендациям позволяет унифицировать качество оказания медицинской помощи. Регламентируются виды, объем и индикаторы медицинской помощи при конкретных клинических заболеваниях. Отклоняясь от протокола и расходуя дополнительные ресурсы, врач и ЛПУ возлагают на себя дополнительные юридические риски и материальную ответственность.

Современные оценки результативности систем здравоохранения в мире используют методику ВОЗ, основанную на применении показателя DALY. Данный индекс позволяет оценить состояние здоровья популяции на основе

потерянных лет активной жизни в результате заболеваемости и смертности. Через измерение данного индекса сравниваются и выявляются проблемы здоровья по отдельным заболеваниям и территориям, что дает возможность оценить эффект от воздействия различных факторов. В качестве таких факторов выступают здравоохранение, социальная среда, наследственность и т.д.

Однако расчет индекса DALY связан с сопоставимостью статистических инструментов и собираемых данных, что часто затруднительно при использовании российской статистики. Оценка состояния здоровья по показателю DALY используется в развитых странах для определения приоритетов политики в области здравоохранения. При этом приоритетные изменения нередко ограничены действующей организационной моделью и требуют соответствующей трансформации. Временные и финансовые затраты реформирования создают дополнительную нагрузку на население.

По мнению специалистов ВОЗ, для защиты и финансовой стабильности граждан правительства стран должны обеспечивать удержание личных платежей граждан на относительно низком уровне, а государственных расходов на здравоохранение как доли ВВП – на уровне, достаточном для защиты граждан [8]. Различия в эволюции систем здравоохранения по-разному влияют на необходимость личных платежей. Баланс между рыночными механизмами и социальной справедливостью системы достигается при участии государства через медицинское страхование здоровья. Роль государства состоит в сдерживании коммерческих интересов участников здравоохранения. Основные финансовые ресурсы собираются с работающего населения посредством налогообложения, страхования или прямых выплат. Преимуществом налогов и страховых взносов является их распределение на период трудоспособной жизни, что, в отличие от прямых выплат, не наносит единовременного удара по благосостоянию пациента.

Наиболее современное здравоохранение развивается в странах с преимущественно рыночными механизмами и большими расходами на здравоохранение, таких как США и Швейцария. Если рынок частного страхования в США оставляет часть населения без страховок с ограниченным доступом к услугам, то обязательное страхование в Швейцарии софинансируется из личных расходов при всеобщем охвате населения. Механизм софинансирования реализуется через страховые планы с франшизой, где годовой лимит (300–2 500 швейцарских франков, CHF) прямой оплаты услуг связан с выплатами по ОМС. Многие швейцарцы выбирают максимальный лимит (2 500 CHF) при минимальных страховых выплатах, оплачивая из своего кармана медицинские услуги в пределах лимита франшизы.

Как следует из *табл. 1*, наиболее успешные государственные и страховые системы здравоохранения сформировались во второй группе стран с высокими показателями душевого ВВП. Большие расходы на здравоохранение финансируются высокими налогами, личными и страховыми взносами, что возможно в развитой экономике с благополучным населением. Наиболее уязвимыми становятся категории населения с низкими доходами, не попадающие в программы социальных льгот.

Другая ситуация наблюдается в государствах первой группы, где страны с развивающейся экономикой не всегда хорошо справляются с финансами системы здравоохранения, что влечет рост личных расходов на медицинские услуги. Выбор в пользу государственной системы здравоохранения в странах с невысоким душевым ВВП отвечает целям социальной справедливости, когда рыночные механизмы в условиях имущественного неравенства доступны только платежеспособным пациентам. Основная масса населения довольствуется государственной медициной. Государство использует имеющуюся налоговую базу для наибольшего охвата населения, стараясь

обеспечить приемлемое качество медицинских услуг.

Доля платных медицинских услуг не зависит от модели здравоохранения (рис. 3). Личными расходами платежеспособное население компенсирует недостатки государственной системы и расширяет перечень предоставляемых услуг. Дополнительные услуги из расширенного перечня всегда приобретаются добровольно. Личная оплата необходимых услуг становится вынужденной, когда вместо использования государственных гарантий пациент прибегает к прямым платежам.

Возможен иной вариант, когда, например, мексиканским правительством обеспечена невысокая стоимость медицинской страховки (IMSS), а качество медицинских услуг соответствует мировому уровню в каждом поселении. Тогда услуги массово доступны, и население не перегружено платежами на здравоохранение. В некоторых постсоветских странах с государственной моделью (Грузии, Украине), доля добровольного финансирования превышает 50%, в Казахстане, Латвии – более 40%, где нагрузка на бюджеты домохозяйств намного превосходит платежи в мексиканском здравоохранении.

В Латвии бюджет здравоохранения балансируется путем повышения взносов при сокращении объема услуг, когда некоторые категории населения рискуют остаться с минимумом государственных гарантий. В Грузии в 1990-х гг. система здравоохранения фактически была переведена на платную основу с постепенным введением страхования в период с 2003 по 2013 г. При этом страховщики совмещали страховой и медицинский бизнес, являясь крупнейшими инвесторами в строительство ЛПУ. С 2013 г. правительство Грузии отказалось от страхования в пользу бюджетного здравоохранения, сохранив при этом доплаты населения до 30% стоимости услуг.

Проблемой социальных реформ большинства постсоветских стран, включая Россию, стала

теневая занятость, не обеспечивающая социальных и налоговых выплат в бюджеты разных уровней. Тенденция роста частной медицины наблюдается на постсоветском пространстве после 2010 г. в Украине, Казахстане, Латвии, Литве, России (рис. 4). Параллельно снижается доля государственных медицинских расходов.

Верно и обратное. Если государственных медицинских услуг достаточно без использования собственных средств населения, то частный медицинский сектор не сможет привлекать большое количество клиентов. Это подтверждается и международными исследованиями, по результатам которых пациенты меньше полагаются на использование личных средств по мере роста государственного финансирования здравоохранения [8].

В итоге частное здравоохранение может лишь частично компенсировать недостатки государственной системы финансирования. В случае сложных заболеваний и удаленных поселений именно государственные расходы обеспечивают сохранение здоровья социума. Сравнивая российские объемы государственного финансирования здравоохранения на душу населения с другими странами со страховой моделью, можно увидеть 3–4-кратное превышение этого показателя в развитых капиталистических странах.

Исторически модели финансирования лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) строились либо на бюджетных нормативах, либо на полном возмещении стоимости услуг. Бюджетные нормативы устанавливали фиксированные выплаты за пациента или койко-день в ЛПУ. Норматив фиксировался на год, а качество лечения отходило на второй план. Увеличивались сроки пребывания, расширялся поток пациентов, обслуживаемых ЛПУ.

Система возмещения расходов с пациента на основе утвержденных цен за услуги наоборот способствовала «перелечиванию» и увеличению счетов за лечение. У ЛПУ

слабели стимулы для контроля расходов, перекладываемых на пациента, но расширился перечень услуг и интерес к лечению сложных случаев. При полном возмещении охват пациентов ограничивался их платежеспособностью и сокращался до коммерчески привлекательного рынка.

Поскольку национальное здравоохранение является дорогостоящим, технологически сложным и социально значимым видом экономической деятельности, то коммерческий подход сопровождается формированием монополистических барьеров (самосохранение пациента, технологичность услуги, территориальный охват). В итоге государство осуществляет обязательное регулирование сектора здравоохранения на основе системы правил и тарифных ограничений.

Таковыми тарифными ограничениями являются клинико-статистические группы (КСГ, *diagnostic-related groups, DRG, case-mix*). Они классифицируют стационарные случаи в группы, однородные по клинической практике и средней ресурсоемкости. КСГ не регламентируют объем медицинской помощи, а унифицируют оплату по усредненному тарифу в рамках группы на основе практически сложившегося соотношения расходов [9]. Возникает механизм косвенной конкуренции по затратам между ЛПУ той же отрасли из разных регионов с различными рынками медицинских услуг.

Прямая конкуренция отсутствует, но усредненные тарифы ограничивают рост дохода ЛПУ, стимулируя качественные изменения. Объем помощи определяет врач на основе существующих клинических рекомендаций и протоколов. Если стоимость лечения превышает расчетное значение по КСГ, то оплата фактической разницы осуществляется за счет ЛПУ или пациента.

Европейские страны переходили к использованию КСГ при различных стартовых условиях, пытаясь увеличить прозрачность, улучшить эффективность и обеспечить качественное лечение [10]. Результаты

различались в зависимости от предшествующей системы здравоохранения и необходимой глубины изменений. В сравнении с системой полного возмещения финансирование по КСГ ограничило количество необходимых услуг и позволило контролировать издержки. Переход от бюджетных нормативов к КСГ стимулировал врачебную активность и улучшение качества лечения. Нередко изменение качества услуг обеспечивалось дополнительным финансированием.

Использование КСГ на основе тарифного регулирования при финансировании ЛПУ применимо в различных системах здравоохранения. В зависимости от эволюционных особенностей возможны некоторые отличия оснований для составления статистических групп (специальность и т.д.) и исключения амбулаторных, экстренных, пациентов с редкими заболеваниями. В частности, в Великобритании используются Healthcare Resource Groups (*HRG*) как пример КСГ в государственной системе здравоохранения. В итоге финансирование ЛПУ на основе тарифного регулирования позволяет оптимизировать расходы независимо от источника поступлений средств.

Российская реформа обязательного медицинского страхования (ОМС) находится в процессе трансформации с 1993 г. Реализуемые изменения столкнулись с крайней неравномерностью развития медицинских учреждений и охвата медицинскими услугами населения [11]. 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 решена³, но становления полноценной страховой модели не произошло, так как страховые компании слабо влияют на

³ Шишкин С.В. и др. Здравоохранение: современное состояние и возможные сценарии развития: материалы XVIII Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. М.: Изд-во ВШЭ, 2017. С. 7.

конкурентное финансирование лечебных учреждений и формирование стандартов качества медицинской помощи [12].

Средства населения через взносы аккумулируются в фондах с распределяемым бюджетом (ФФОМС, ТФОМС), после чего в соответствии с дифференцированным подушевым нормативом финансового обеспечения ОМС перечисляются в страховые медицинские организации (СМО) для оплаты фактической медицинской помощи за отчетный месяц. За работу страховым организациям перечисляется процент от суммы (около 1,5%) в счет обслуживания населения и ЛПУ. Таким образом, сохраняется интерес к выполнению количественных показателей посещений и случаев лечения, характерных для бюджетной модели, а полное излечение остается проблемой самого пациента.

Мониторинг и контроль количественных показателей реформы осуществляется внедряемой системой отчетности со стороны страховых медицинских организаций (СМО). Российские СМО не берут на себя ответственности за риск здоровья пациента, не аккумулируют и не сберегают взносы. Фактически не выполняя функции страхования, они финансово не заинтересованы в качестве здоровья пациента, а только перечисляют средства, контролируют их целевое использование и соблюдение стандарта услуг. Наличие контролирующей функции стимулирует увеличение дохода от штрафных санкций за недостатки оформления отчетности и избыточное лечение в ЛПУ.

Тарифное ограничение на медпомощь по ОМС устанавливается соглашением в рамках комиссии субъекта РФ между ТФОМС, СМО, Минздравом России и профессиональной ассоциацией. При этом Счетная палата РФ констатирует, что в субъектах установлены значительные различия в размерах тарифов на оплату медицинской помощи из консолидированных бюджетов регионов [13]. Регионы занижают финансовое обеспечение медицинской помощи, при этом стоимость персонала, медикаментов, расходных

материалов, препаратов и т.д. различается по всей территории РФ. В различных регионах при лечении аналогичных заболеваний фактические затраты препятствуют достижению одинакового качества лечения медицинскими организациями⁴.

Кроме того, внедрение страховых принципов в России сопровождалось негативными демографическими трендами в регионах, где сложно развивать локальную конкуренцию ЛПУ при существующей плотности расселения [14]. Старение населения способствует росту спроса на бесплатные медицинские услуги, что осложняет проблемы здравоохранения в удаленных районах России.

Медицинская помощь оказывается пациентам по характеру заболевания с приоритетом раннего диагностирования и амбулаторного лечения. Наибольший эффект декларируется через профилактику и развитие здорового образа жизни. Широко распространенные несмертельные заболевания лечатся терапевтами амбулаторно. При наличии симптомов решение о дальнейшей передаче пациента профильному специалисту принимает участковый терапевт. Формируется этапность медицинской помощи с сокращением нагрузки на специалистов высокой квалификации. Повышается структурная эффективность и сокращаются лишние функции, но при этом растет «цена» ошибки на диагностическом этапе. Неизбежен своевременный отбор получателей дорогостоящей и технологичной медицинской помощи в условиях финансовых ограничений.

Амбулаторный подход плохо применим в России из-за низкой эффективности участковой службы [15]. Подготовка медицинских кадров не всегда соответствует международным стандартам, а оплата труда медицинских работников не стимулирует миграцию специалистов в сельские и районные ЛПУ. Для полноценного комплектования амбулаторного звена требуется увеличение численности

⁴ Шишкин С.В. и др. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы. Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения. М.: Изд-во ВШЭ, 2017. С. 51.

участковых терапевтов, их мотивации и высокой квалификации. Переходя от бюджетной модели к ОМС, российское здравоохранение не может избежать роста постоянных расходов на комплектование ЛПУ хорошо подготовленными медицинскими кадрами.

Этапность медицинской помощи в сочетании с ростом спроса на медицинские услуги требует расширения финансирования ЛПУ через изменение тарифных ограничений. По оценкам ВОЗ, Россия в 2016 г. тратила 5,3% ВВП на здравоохранение, из которых только 3% ВВП составляли расходы ОМС и государства. Согласно рекомендациям ВОЗ для достижения целей устойчивости в сфере здоровья расходы на здравоохранение к 2030 г. по амбициозному сценарию должны увеличиться до 7,5% ВВП, по прогрессивному – до 6,5% ВВП⁵. В 2016 г. Россия не достигла рекомендованного ВОЗ среднего значения финансирования здравоохранения в 5,6% ВВП.

Источники финансирования здравоохранения (см. рис. 2) в российских условиях имеют свои ограничения, оказывающие влияние на объем и качество медицинских услуг. Расширение финансирования здравоохранения за счет обязательных страховых взносов (ОМС) в России сопряжено с негативными последствиями для рынка труда. Фактическим плательщиком этих взносов является работодатель, рассматривающий увеличение взносов как дополнительную налоговую нагрузку на фонд оплаты труда. Увеличение нагрузки на работодателей стимулирует рост теневой занятости и ухудшение платежной дисциплины в системе социального страхования.

Рост добровольного рынка платных медицинских услуг в условиях действующей системы ОМС также не является хорошим сигналом. Его дальнейшее расширение вызывает вопросы о доступности и качестве медицинских услуг в рамках основной

программы госгарантий. Очевидным фактором доступности бесплатных услуг российского здравоохранения становится продолжительное ожидание приема и бесплатного обслуживания. Наличие очередей в ЛПУ характерно для стран с государственной системой здравоохранения, например для Великобритании.

Объемы государственного финансирования здравоохранения разных уровней подчиняются законам о федеральном и региональном бюджетах и меняются в зависимости от их наполняемости и приоритетов действующей власти. При этом региональные бюджеты, финансирующие территориальные программы ОМС, не всегда достаточно сбалансированы, а доля финансирования здравоохранения в расходах федерального бюджета в последние годы снижалась. Возможно ли по прогрессивному сценарию ВОЗ к 2030 г. увеличить финансирование здравоохранения за счет государственного бюджета почти в два раза до 6,5% ВВП? Ответ на этот вопрос зависит от политической воли правительства России. При этом российская система сохраняет множество атрибутов государственной модели здравоохранения.

История обязательного страхования в России (пенсионного, ОСАГО) свидетельствует о слабой мотивации страховых организаций к долгосрочному сокращению рисков застрахованного лица. Вместо поведенческих стимулов и лоббирования изменений отраслевых практик страховые организации компенсируют риск за счет размеров страховых взносов и сокращения страхового покрытия. Если в модели добровольного медицинского страхования (ДМС) СМО предлагает клиентам выбор ЛПУ с различными условиями обслуживания, то в программе ОМС СМО выступают как агенты ФОМС. При этом в договорах ДМС оговариваются условия, где часто исключается покрытие услуг при хронических, психических заболеваниях, косметологии, беременности и т.д. В некоторых случаях страховщик просто отказывается заключать договор ДМС. СМО, работая агентами по

⁵ Оценка стоимости достижения связанных со здоровьем Целей в области устойчивого развития / ВОЗ, 2017.
URL: <https://who.int/features/qa/sdg-price-tag/ru/>

ОМС, не берут на себя долгосрочные риски пациентов, не заинтересованы в полном излечении и долгосрочном сохранении здоровья. Готовы ли СМО брать на себя все риски пациентов при государственных тарифных ограничениях, особенно если часть рисков не всегда страхуется на рыночных условиях ДМС?

Неоконченная реформа ОМС следует по пути стран Центральной и Восточной Европы. При этом выбор в пользу медицинского страхования в российских условиях обоснован не до конца. Недостаточное финансирование, высокий уровень неравенства населения,

слабость страхового рынка склоняют в пользу государственной системы здравоохранения. Недостатки государственной системы в международной практике компенсируются внедрением современных протоколов лечения и тарифных ограничений финансирования ЛПУ. В условиях российского рынка труда нет оснований прогнозировать скорый рост страховых поступлений, способных полностью компенсировать рыночные тарифы медицинского страхования. Дальнейшее расширение рыночного страхования в условиях текущего финансирования создает потенциальную угрозу снижения охвата медицинскими услугами населения.

Таблица 1

Сравнение стран по личным расходам на здравоохранение в зависимости от подушевого ВВП

Table 1

The comparison of countries in terms of personal expenditures on health care services by GDP per capita

Группа	Страна	ВВП на душу населения по ППС в 2016 г., долл. США	Личные расходы («из кармана») в 2016 г., % от расходов на здравоохранение
1-я	Украина	7 941	54
	Грузия	9 450	56
	Мексика	18 162	40
	Казахстан	24 354	36
	Россия	25 218	40
	Латвия	25 464	45
	Греция	26 746	34
	Польша	27 383	23
	Литва	29 652	32
	Эстония	29 740	23
	Испания	36 340	24
2-я	Италия	38 356	23
	Франция	41 444	10
	Великобритания	42 795	15
	Финляндия	43 316	20
	Канада	44 819	15
	Бельгия	46 500	16
	Германия	49 046	12
	Дания	49 207	14
	Швеция	49 262	15
	Нидерланды	50 691	11
	США	57 904	11
	Швейцария	64 236	30
	Ирландия	71 828	13

Источник: данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

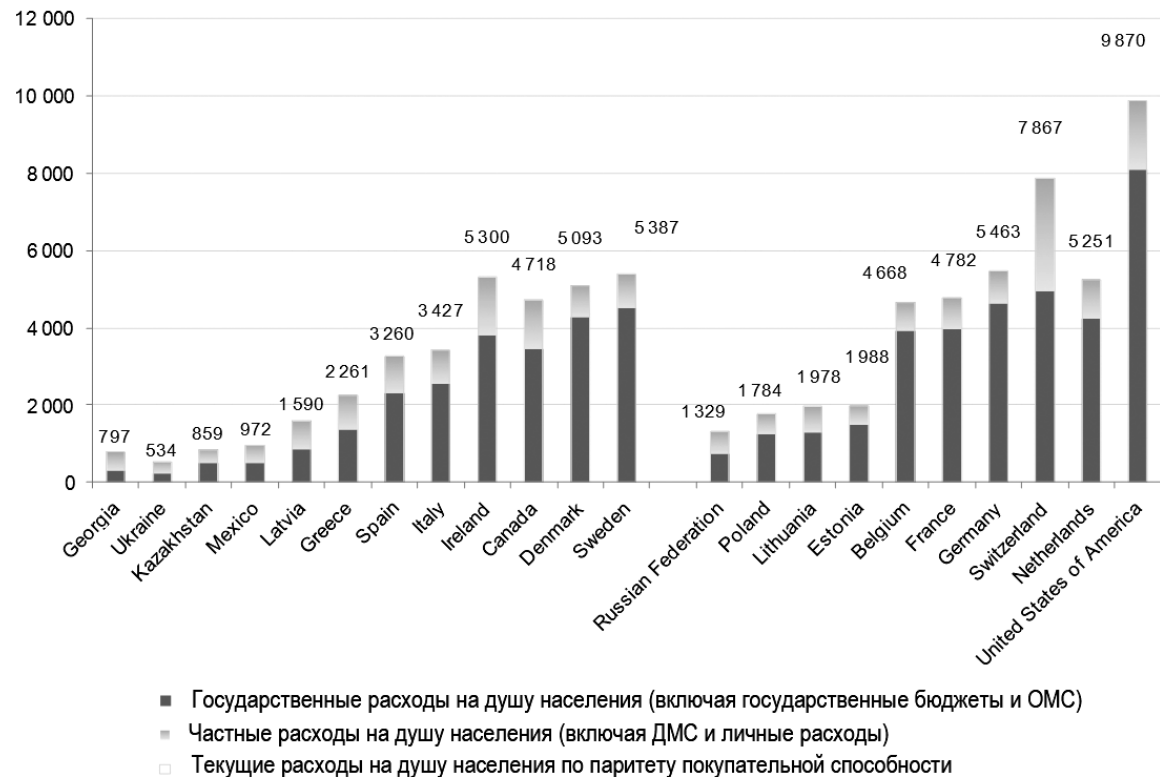
Source: The WHO data. URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru> (In Russ.)

Рисунок 1

Общие, государственные и частные расходы на здравоохранение на душу населения по паритету покупательной способности в 2016 г., долл. США

Figure 1

General, public and personal health expenditures per capita, PPP, 2016, USD



Источник: данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

Source: The WHO data. URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru> (In Russ.)

Рисунок 2

Источники финансовых поступлений в здравоохранение

Figure 2

Sources of financial proceeds to health care



Источник: авторская разработка

Source: Authoring

Рисунок 3

Структура расходов на здравоохранение в 2016 г., % от всех расходов на здравоохранение

Figure 3

Healthcare financing arrangements structure in 2016, percentage of current health expenditure

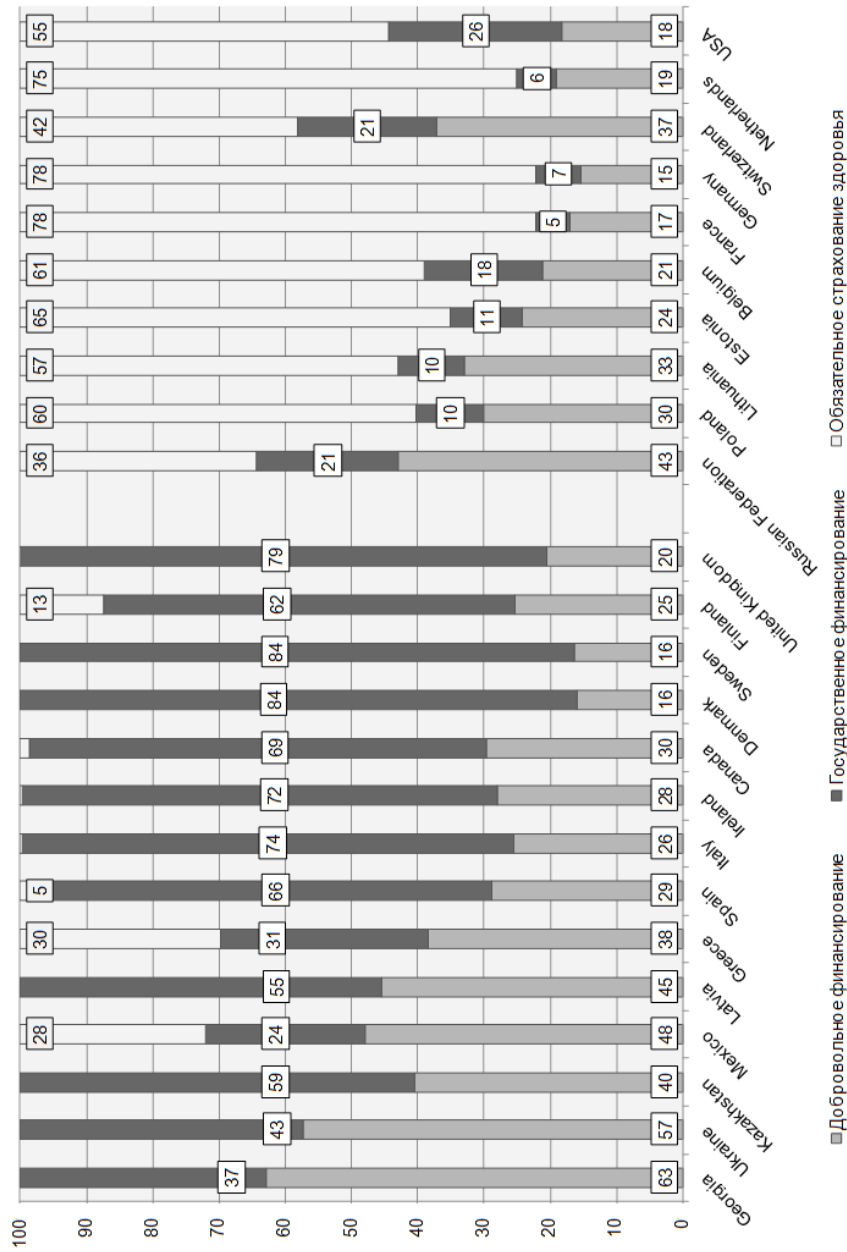
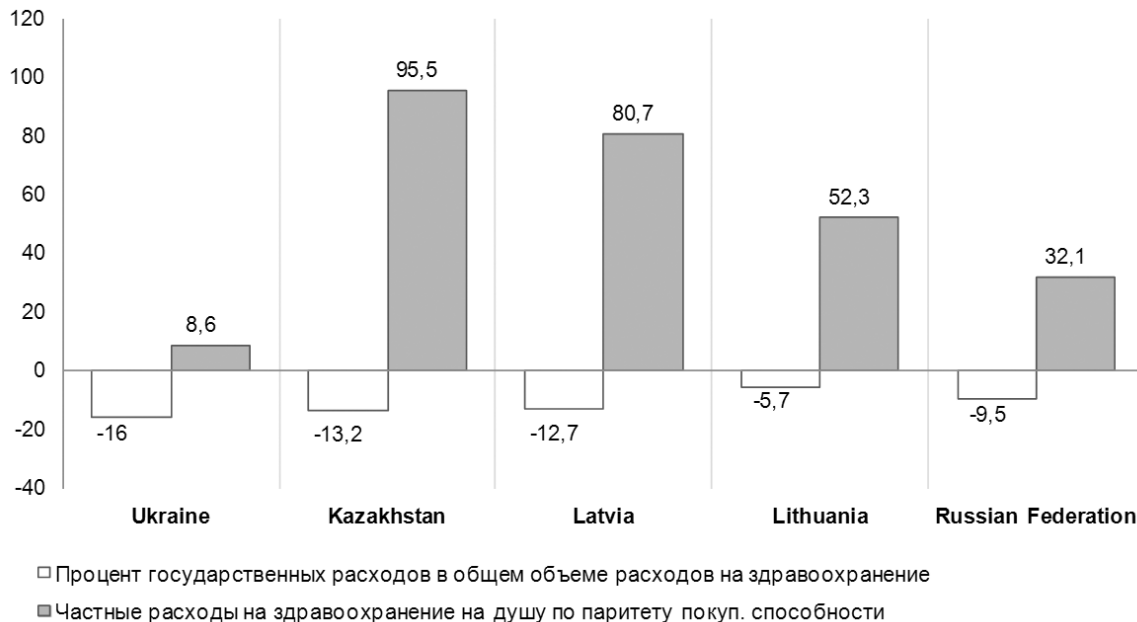
Источник: данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>Source: The WHO data. URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

Рисунок 4

Изменение доли государственных и частных расходов на здравоохранение в бывших советских республиках, 2016 г. в сравнении с 2011 г., %

Figure 4

Government and private health expenditure changes in the former Soviet republics, 2016 versus 2011, percentage



Источник: данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru>

Source: The WHO data. URL: <http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/ru> (In Russ.)

Список литературы

1. Den Exter A. The Right to Healthcare under European Law. *Diametros*, 2017, no. 51, pp. 173–195. URL: <https://doi.org/10.13153/diam.51.2017.1037>
2. Безручко Е.В. Конституционные гарантии охраны здоровья человека в Российской Федерации // *Юрист-Правоведъ*. 2014. № 5. С. 48–54.
3. Волкова О.А., Гребеникова Ю.А. Социологические модели системы социальной защиты населения // *Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология*. 2016. Вып. 2. С. 129–136. URL: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2016-2-129-136>
4. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринов А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // *Финансовый журнал*. 2014. № 3. С. 22–34.
5. Фёдорова И.Ю., Прокофьев М.Н., Штейнберг Н.М. Российская и зарубежная практика развития моделей финансирования медицинских услуг // *МИР (Модернизация. Инновации. Развитие)*. 2015. Т. 6. № 4. С. 386–390.
6. Максимова Л.В., Омеляновский В.В., Сура М.В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2014. № 1. С. 37–45.
7. Гареева И.А. Модели и национальные системы здравоохранения: состояние и тенденции развития // *Вестник СПбГУ. Сер. 12: Социология*. 2010. № 2. С. 13–21.

8. Thomson S., Figueras J., Evetovits T. et al. *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*. World Health Organization; Open University Press, 2015. 258 p. URL: http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/289610/Economic-Crisis-Health-Systems-Health-Europe-Impact-implications-policy.pdf?ua=1
9. Авксентьева М.В., Салахутдинова С.К. Клинико-статистические группы (КСГ) как новый метод оплаты стационарной и стационарозамещающей помощи в Российской Федерации // *Лекарственный вестник*. 2016. Т. 10. № 2. С. 31–36.
10. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (Eds). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. McGraw-Hill Education, 2011, 568 p.
11. Садыкова Ю.Ж. Современное состояние системы здравоохранения Российской Федерации // *Статистика и Экономика*. 2014. № 6. С. 139–141.
URL: <https://doi.org/10.21686/2500-3925-2014-6-139-141>
12. Шейман И., Терентьева С. Международное сравнение эффективности бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения // *Экономическая политика*. 2015. Т. 10. № 6. С. 8. URL: <http://ecpolicy.ru/pdf/2015-6/sheiman.pdf>
13. Мень М.А. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ формирования в 2017 и 2018 гг. и исполнения в 2017 г. территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая их финансовое обеспечение» // *Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации*. 2019. № 2. С. 91–147. URL: <http://audit.gov.ru/activities/bulleten/938/36041>
14. Рагозин А.В., Кравченко Н.А., Розанов В.Б. Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2013. № 5. С. 3–8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/effektivnost-natsionalnoy-sistemy-zdravoohraneniya-sootvetstvuet-li-ispolzuemaya-model-finansirovaniya-zdravoohraneniya-obektivnym>
15. Ходош Э.М., Ефремова О.А. Сокращение больничной койки: уроки истории // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Сер. Медицина. Фармация*. 2015. № 4. С. 115–123.

Информация о конфликте интересов

Я, автор данной статьи, со всей ответственностью заявляю о частичном и полном отсутствии фактического или потенциального конфликта интересов с какой бы то ни было третьей стороной, который может возникнуть вследствие публикации данной статьи. Настоящее заявление относится к проведению научной работы, сбору и обработке данных, написанию и подготовке статьи, принятию решения о публикации рукописи.

INTERNATIONAL PARALLELS OF THE RUSSIAN HEALTH CARE REFORM

Ivan V. TIMAKOV

Institute of Economics, Karelian Research Centre of Russian Academy of Sciences (IE KRC RAS),
Petrozavodsk, Republic of Karelia, Russian Federation
ivanvseti@gmail.com
ORCID: not available

Article history:

Article No. 591/2019
Received 9 September 2019
Received in revised form
26 September 2019
Accepted 15 October 2019
Available online
13 December 2019

JEL classification: G28, I14,
I18

Keywords: compulsory
medical insurance,
treatment and prevention
facilities,
clinical and statistical
groups

Abstract

Subject The research is devoted to the Russian healthcare reform in the context of international experience. Weak medical and demographic indicators require the improvement of health policy. There are continuing arguments on the sufficiency of financial resources in healthcare to achieve the goals of reform.

Objectives The paper is to study key features of different healthcare financing systems and identify promising strands of the Russian health care reform.

Methods The research is based on the statistical analysis, comparative methods, methods of systematization and descriptive analysis

Results Based on the statistical analysis of health financing in different countries, there is no correlation between general financial indicators and selected financial model. Further comparative analysis allows systematizing financial sources of healthcare and their impact on medical services. The Post-Soviet health care systems have their own distinctions. Therefore, they are influenced by similar economic transformation factors. Due to its features, the modern financing model for medical institutions can be used in various health systems. Studying the Russian compulsory health insurance reform, we revealed the prospects and limitations of the Russian healthcare system

Conclusions and Relevance The healthcare model in different countries does not affect the size of health funds. Developed countries have the largest health funds in the world. Financial sources in modern healthcare systems are complement, with one financial source prevailing. In the health care financing model, costs are optimized if tariff regulation (DRG) is used regardless of income sources. The use of compulsory medical insurance in Russia is not fully justified. The public health care system provides full coverage for the population.

© Publishing house FINANCE and CREDIT, 2019

Please cite this article as: Timakov I.V. International Parallels of the Russian Health Care Reform. *National Interests: Priorities and Security*, 2019, vol. 15, iss. 12, pp. 2361–2376.
<https://doi.org/10.24891/ni.15.12.2361>

Acknowledgments

The article was prepared as part of the State job assigned to the Karelian Scientific Centre of the Russian Academy of Sciences to study *Institutions and Social Inequality During Global Challenges and Regional Constraints*.

References

1. Den Exter A. The Right to Healthcare under European Law. *Diametros*, 2017, no. 51, pp. 173–195. URL: <https://doi.org/10.13153/diam.51.2017.1037>
2. Bezruchko E.V. [Constitutional guarantees of human health protection in the Russian Federation]. *Jurist-Pravoved*, 2014, no. 5, pp. 48–54. (In Russ.)

3. Volkova O.A., Grebenikova Yu.A. [Sociological models of social security]. *Vestnik Permskogo universiteta. Filosofiya. Psikhologiya. Sotsiologiya* = *Perm University Herald. Series Philosophy. Psychology. Sociology*, 2016, iss. 2, pp. 129–136. (In Russ.)
URL: <https://doi.org/10.17072/2078-7898/2016-2-129-136>
4. Omel'yanovskii V.V., Maksimova L.V., Tatarinov A.P. [International experience of funding and organization of healthcare systems]. *Finansovyi zhurnal* = *Financial Journal*, 2014, no. 3, pp. 22–34. (In Russ.)
5. Fedorova I.Yu., Prokof'ev M.N., Shteinberg N.M. [Russian and foreign practice of financing models of health care]. *MIR (Modernizatsiya. Innovatsii. Razvitie)* = *MIR (Modernization. Innovation. Research)*, 2015, vol. 6, no. 4, pp. 386–390. (In Russ.)
6. Maksimova L.V., Omel'yanovskii V.V., Sura M.V. [An analysis of the health care system of the leading countries]. *Meditsinskie tekhnologii. Otsenka i vybor* = *Medical Technologies. Assessment and Choice*, 2014, no. 1, pp. 37–45. (In Russ.)
7. Gareeva I.A. [Models of national health service systems: Current state and future trends]. *Vestnik SPbGU. Ser. 12: Sotsiologiya* = *Vestnik of Saint-Petersburg University. Sociology*, 2010, no. 2, pp. 13–21. (In Russ.)
8. Thomson S., Figueras J., Evetovits T. et al. *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe: Impact and Implications for Policy*. World Health Organization, Open University Press, 2015, 258 p. URL: http://euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/289610/Economic-Crisis-Health-Systems-Health-Europe-Impact-implications-policy.pdf?ua=1
9. Avksent'eva M.V., Salakhutdinova S.K. [Clinical and Statistical Groups (CCGs) as a new method to pay for inpatient and hospital replacing aid in the Russian Federation]. *Lekarstvennyi vestnik* = *Drug Bulletin*, 2016, vol. 10, no. 2, pp. 31–36. (In Russ.)
10. Busse R., Geissler A., Quentin W., Wiley M. (Eds). *Diagnosis-Related Groups in Europe: Moving Towards Transparency, Efficiency and Quality in Hospitals*. McGraw-Hill Education, 2011, 568 p.
11. Sadykova Yu.Zh. [Current state of health systems in Russian Federation]. *Statistika i Ekonomika* = *Statistics and Economics*, 2014, no. 6, pp. 139–141. (In Russ.)
URL: <https://doi.org/10.21686/2500-3925-2014-6-139-141>
12. Sheiman I., Terent'eva S. [International comparison of the effectiveness of budget and insurance models of healthcare financing]. *Ekonomicheskaya politika* = *Economic Policy*, 2015, vol. 10, no. 6, p. 8. URL: <http://ecpolicy.ru/pdf/2015-6/sheiman.pdf> (In Russ.)
13. Men' M.A. [Report on expert and analytical assignment, Analysis of the Preparation of Local Programs for State Guarantees of Free Medical Aid in 2017 and 2018 and Their Performance in 2017, Including Their Financial Coverage]. *Byulleten' Schetnoi palaty Rossiiskoi Federatsii* = *Bulletin of the Accounts Chamber of the Russian Federation*, 2019, no. 2, pp. 91–147.
URL: <http://audit.gov.ru/activities/bulleten/938/36041> (In Russ.)
14. Ragozin A.V., Kravchenko N.A., Rozanov V.B. [The effectiveness of the national health care system: Does the health financing model fit the current situation in the country?]. *Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii* = *Health Care of the Russian Federation*, 2013, no. 5, pp. 3–8. URL: <https://cyberleninka.ru/article/v/effektivnost-natsionalnoy-sistemy-zdravookhraneniya-sootvetstvuet-li-ispolzuemaya-model-finansirovaniya-zdravookhraneniya-obektivnym> (In Russ.)

15. Khodosh E.M., Efremova O.A. [Reducing the hospital accommodation: Lessons of history]. *Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta. Ser. Meditsina. Farmatsiya* = *Scientific Bulletins of Belgorod State University. Series Medicine. Pharmacia*, 2015, no. 4, pp. 115–123. (In Russ.)

Conflict-of-interest notification

I, the author of this article, bindingly and explicitly declare of the partial and total lack of actual or potential conflict of interest with any other third party whatsoever, which may arise as a result of the publication of this article. This statement relates to the study, data collection and interpretation, writing and preparation of the article, and the decision to submit the manuscript for publication.