

Трибуна молодого ученого

УДК 338.2

**СОКОЛОВ Андрей Анатольевич**

ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», ул. Б. Садовая, 105/42  
Ростов-на-Дону, 344006, Россия.

<https://orcid.org/0000-0003-2536-0291>

Соколов Андрей Анатольевич, аспирант кафедры «Государственные и муниципальные финансы и финансовый инжиниринг» Высшей школы бизнеса, Ростов-на-Дону. E-mail: asstnt@mail.ru

*Научный руководитель: Артеменко Дмитрий Анатольевич, д.э.н., профессор кафедры «Государственные и муниципальные финансы и финансовый инжиниринг» Высшей школы бизнеса ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Ростов-на-Дону (E-mail: dartemen@mail.ru)*

**РЕФОРМА СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ: ФИНАНСОВЫЙ АСПЕКТ**

**Аннотация**

**Предмет/тема.** Система здравоохранения и система обязательного медицинского страхования. Проведен анализ основных положений реформирования систем здравоохранения и ОМС.

**Цель:** оценка основных тенденций развития системы здравоохранения, сложившихся в России к настоящему моменту; а так же анализ предлагаемых инструментов ее реформирования.

**Задачи:** определение основных проблем в финансировании здравоохранения в РФ; анализ путей их преодоления; исследование предлагаемых новшеств в условиях тотальной нехватки финансирования.

**Методология.** Базируется на логическом, системно-функциональном и ситуационном анализе, методах группировки и монографического обследования.

**Вывод.** Реформы необходимы, но рассмотренные меры по изменению сложившейся ситуации видятся недостаточными, а некоторые из них прямо противоречат Конституции РФ.

**Ключевые слова:** здравоохранение, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, финансирование ОМС, эффективность затрат

**JEL classification:** G32, H51

**Young scientist tribune**

**Andrey A. Sokolov**, post-graduate student of the Chair of State and municipal finance and financial engineering, Higher school of business, Southern Federal University, Rostov-on-Don (E-mail: asstnt@mail.ru)

*Scientific adviser: Dmitry A. Artemenko, Doctor of Economics, Professor of the Department of State and Municipal Finance and Financial Engineering of the Higher School of Business of the Federal State Enterprise Southern Federal University, Rostov-on-Don (E-mail: dartemen@mail.ru)*

## THE REFORM OF THE OBLIGATORY HEALTH INSURANCE SYSTEM: THE FINANCIAL ASPECT

### Abstract

**Subject/Topic** The health care system and system of obligatory medical insurance. The analysis of the main provisions of the system's reform.

**Goals** To assess the main trends in the development of the system prevailing in Russia to date; analysis of the proposed instruments for the reform.

**Objectives** To identify key issues in financing health care in the Russian Federation; to make analysis of the ways to overcome them; to study proposed changes in the conditions of total shortage of health care financing.

**Methodology** The work is based on a logical, systemic-functional and situational analysis, methods of grouping and monographic surveys.

**Conclusion and Relevance** Reforms are necessary, but considered measures to change the current situation are insufficient, and some of them directly contradict the Constitution.

**Keywords:** *health care, obligatory medical insurance, voluntary medical insurance, OMS financing, cost-effectiveness*

Проблема недофинансирования здравоохранения в России становится все более актуальной.

Основными способами эффективного использования ограниченных ресурсов (рис. 1) в здравоохранении являются:

1. Регулируемые цены (тарифы) на медицинские услуги, предназначенные для сдерживания затрат и компенсации расходов на оказание услуг;

2. Объемы бесплатной медицинской помощи, цены на медицинские услуги и общий объем финансовых расходов, как правило, сбалансированы;

3. Дефицит финансирования (не более 10-15%) покрывается за счет:

- конкретизации медицинских услуг, оказываемых бесплатно;
- ограничения доступности медицинской помощи;
- софинансирования со стороны пациента;

4. Переход от оплаты детальных услуг (по факту) к комплексным «законченным» объемам медицинской помощи;

5. Замена гонорарных способов оплаты – оплатой заранее согласованных объемов медицинской помощи.

Серия нововведений в части контроля качества медицинского обслуживания в России только вступает в силу, их влияние в целом пока не ощущается. По мнению участников отечественного рынка услуг здравоохранения в 2018 году их ждут большие перемены.

– более 50% страховых компаний, на данный момент активно заключающих договора страхования сотрудников с организациями, уйдут с рынка, под давлением нагрузки на капитал.

– частные клиники будут вынуждены плотно сотрудничать с крупными страховщиками по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), чтобы нивелировать неизбежное повышение тарифов.

– обязательное медицинское страхование (ОМС) без платной поддержки начнет терять рентабельность, что приведет к уходу из него части страховых компаний.

В свете будущих изменений обсуждать реформу только в сфере медицины не совсем правильно. Финансовый рынок, коммерческий сегмент, обеспечивающий продвижение добровольного страхования сотрудников, и промышленный сектор так же будут вовлечены в реформу. По предварительным оценкам, переход на новые условия работы будет проходить в три этапа:

1. Требование ЦБ удвоить капитал приведет к уходу с рынка мелких страховщиков. Частные клиники потеряют стабильный канал клиентопотока, что приведет к удорожанию медицинских услуг.

2. На фоне монополии финансово устойчивых страховых компаний могут подорожать полисы корпоративного ДМС.

3. Искусственно созданная монополия в страховой сфере приведет к необходимости государственного вмешательства. В итоге расценки на добровольные программы страхования будут регламентированы. Это сделает их прозрачными [1, 37].

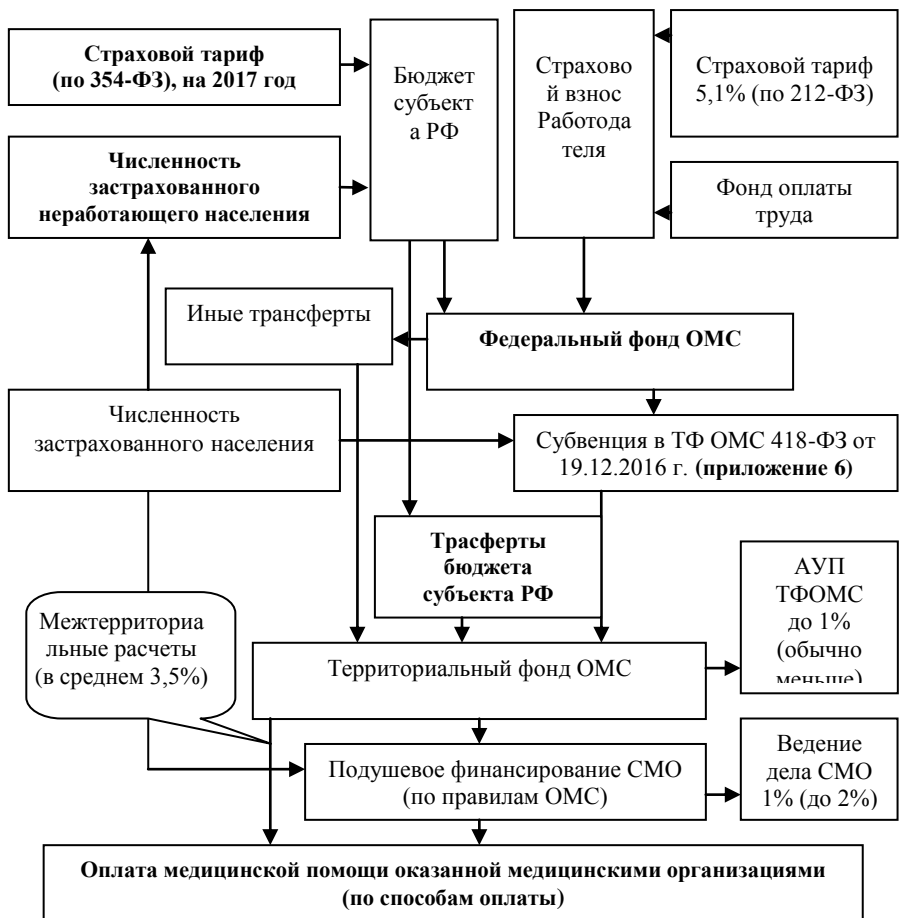


Рисунок 1 – Схема финансирования ОМС в 2017 году<sup>1</sup>

В настоящее время стоимость в ДМС устанавливается в условиях отсутствия понятной схемы оценки рисков, более того, вновь созданные страховые компании копируют ничем не обоснованные схемы конкурентов.

Такой подход недопустим по нескольким причинам: у страхователя возникают сложности с оценкой эффективности оформления коллективного договора; снижается эффективность самой страховки сотрудников.

После прохождения первых двух этапов ситуация должна измениться в лучшую сторону. Ожидается, что в коммерческом сегменте станут нормой:

- открытые понятные программы совмещения платных и бесплатных услуг лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ);

<sup>1</sup> Составлено автором по материалам исследования

- участие застрахованных сотрудников в страховании здоровья;
- возможность комбинировать риски по ДМС от разных страховщиков [4].

Государственное закрепление правил, тарифных сеток, условий комбинированного страхования и законодательный регламент контроля структуры оказываемых медицинских услуг основное нововведение в условиях которого возможен уход от одноканального социального финансирования.

Законодательством предусмотрены изменения в системе ОМС и ДМС, ведущие к перераспределению обязательств, планируется передача части функций контроля на страховщиков, речь идет о следующих функциях:

- контроль качества лечения пациентов-держателей полисов ОМС И ДМС;
- стандартизация условий лечения исходя из удовлетворенности клиентов;
- ведение отчетности по результатам оказанных услуг в ЛПУ [7, 56].

В настоящий момент они отвечают только за распределение финансовых потоков. В результате реформы в их распоряжение поступят утвержденные проколы, нормативы, стандарты, действующие для всех, и позволят оценить эффективность медицинской страховки более объективно. В части медицинского страхования по ДМС это позволит оптимизировать тарифы и подключить к работе только надежных партнеров.

Качество лечения (обязательного и добровольного) – основа и миссия принятых законодателем нововведений. Но их исполнение неизменно приведет к временному сужению предложения по ДМС. Это важно учитывать уже сейчас, пока страхователи находятся на стадии переговоров о продлении/заключении договора для персонала.

Основными проблемами отечественной системы здравоохранения являются недостаточное качество медицинских услуг, недоступность новых современных лекарств, нехватка высокотехнологичной медицинской помощи и т.д. при этом, снова предложено уменьшение размера взноса на обязательное медицинское страхование (ОМС), что обязательно увеличит объем платности в медицине [2, 205].

Очевидна связь развития здравоохранения и модернизации медицинского страхования, соответствующего современным экономическим и социальным реалиям.

Но при декларируемых заявлениях о бесплатной медицине, практически имеется опасная тенденция к ее платности, незащищенности пациентов и к их неучастию в процессе контроля стоимости предоставляемых медицинских услуг, их количества и качества.

К основным проблемным сторонам отечественной системы здравоохранения относятся: невыполнение социальных гарантий, нехватка

лекарственных средств, неприемлемые условия содержания ЛПУ, снижение уровня оплаты труда персонала. Являясь основной бюджетной сферой, здравоохранение находится в полной ответственности государства и одновременно входит в круг интересов всех россиян. Состояние отечественной системы здравоохранения в последние 20 лет требует срочных реформ. Эксперты РАНХиГС по заказу Центра стратегических разработок разработали систему предложений, которая, вполне возможно, войдет в общую стратегию развития до 2035г.

Предлагается расширить полномочия страховых компаний, ввести систему частных страховых платежей, передать ЛПУ частникам, обеспечить население медикаментами и т.д., что серьезно изменит отечественную систему здравоохранения и по прогнозам приведет к увеличению средней продолжительности жизни и повышению качества медицинских услуг. Вышеуказанная тема пока только обсуждается, однако, считаем необходимым проанализировать основные аспекты предложений экспертов.

Стратегия развития российской системы здравоохранения обязана включать в себя следующие векторы: детализация социальных гарантий, обеспечение населения медикаментами, повышение популярности медицинского страхования и расширение полномочий частных страховщиков, введение системы частных страховых платежей в ЛПУ, в виде уплаты граждан за пользование социальной инфраструктурой.

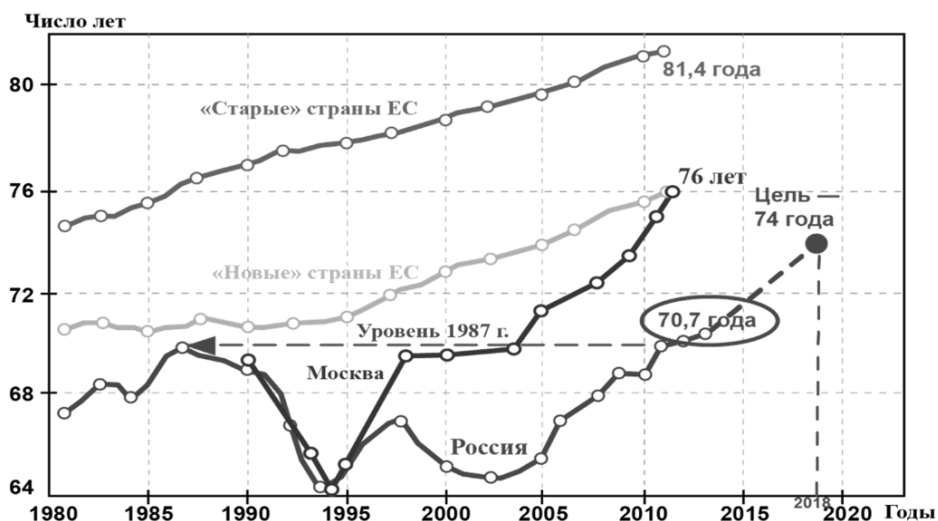


Рисунок 2 – Ожидаемая продолжительность жизни при рождении<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Источник: <http://gks.ru>; [http://data.euro.who.int/hfad/b/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/b/shell_ru.html)

Неизвестны сроки внедрения предложений, однако, по мнению экспертов, в 2018 году серьезно повысится качество предоставляемых услуг, повысится средняя продолжительность жизни до 74 лет (рис. 2), а так же отметится приток инвестиционного капитала в государственное здравоохранение. Главной идеей реформы, которая обсуждается на всех уровнях в последние годы, является детализация социальных гарантий - нормативное уточнение мер бесплатной медицинской помощи, гарантированных государством. В настоящее время медицинская помощь является прямой конституционной безвозмездной гарантией, распространяющаяся на все виды медицинской помощи. Однако фактически все происходит с точностью до наоборот ввиду недостаточности денежных средств государства.

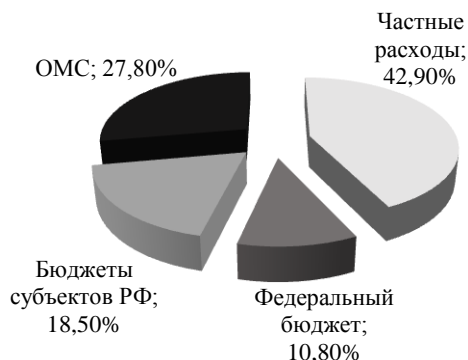
Для исправления ситуации предложен полный отказ от государственного гарантирования отдельных видов помощи, усилив эффективность предоставления оставшихся.

Отдельного внимания требует предложенный вариант системы ОМС для самозанятых и формально нетрудоустроенных, но работоспособных граждан. Предложено включить их в особую категорию с возможностью претендовать на минимальный набор государственных гарантий по здравоохранению без включения крупных медицинских рисков. Расходы бюджета на гарантию остальных мер в структуре общих гарантий для них не превышают 40%. Есть мнение, что из официально неработающих граждан, способных хотя бы частично оплачивать медицинские услуги могут 16 млн. человек. Сокращение объемов гарантированных медицинских услуг для этих людей сократит бюджетные расходы более чем на 6%.

Объем частных расходов на медицинскую помощь в России, по самым скромным оценкам, составляет 37%, на Западе этот показатель не превышает 30% [6].

По оценке ВОЗ, частные расходы в России достигают 48%, что сопоставимо с США (рис. 3), где здравоохранение для большинства категорий населения является исключительно частным. Такой уровень платежей, в том числе неформальных, свидетельствует о недоступности медицинской помощи и низких госрасходах на здравоохранение. В России их доля в ВВП составляет 3,5–3,7% против средних расходов в странах ОЭСР (Организации экономического сотрудничества и развития) на уровне 6,6% ВВП.

Уровень частных расходов выше 15-25% ведет к снижению доступности медицины и ухудшению здоровья нации. В такой ситуации эксперты предлагают разрешить гражданам доплачивать за расширение спектра предоставляемых медицинских услуг, легализуя вливаемые средства. Но для этого в законодательство необходимо внести уточнение, о базовом объеме услуг, гарантированно предоставляемых на безвозмездной основе.



**Рисунок 3 – Расчетное значение общих затрат на здравоохранение в России<sup>1</sup>**

Ввиду высокой стоимости лекарств, среднестатистические расходы граждан РФ на медикаменты в 3 раза меньше. В таком положении целесообразно ввести систему повсеместного медикаментозного обеспечения, успешно практикуемая в западных странах, гарантирующая базовый набор лекарств по международным стандартам, все остальные лекарства оплачиваются пациентами самостоятельно. Государственному бюджету данное обеспечение обойдется примерно в 320 млрд. рублей [6]. Данная сумма может существенно сократиться из-за наличия ряда льготных категорий граждан, получающих медикаменты.

Но повышение качества медицинских услуг невозможно без адекватного повышения эффективности работы врачей. Для решения этой проблемы экспертами предложена модель, предусматривающая переход в частную собственность большинства больниц, при этом частные страховые компании будут администрировать систему ОМС. В таком формате страховщиком перераспределяются средства между ЛПУ, исходя из их эффективности и объемов выполненных работ. Расходование полученных ЛПУ средств будет производиться по усмотрению руководства ЛПУ. В такой ситуации у врачей появляется мотивация эффективной работы. При этом не известно рассматривался ли экспертами доход от приватизации ЛПУ и налоги, выплаченные частными клиниками.

После вхождения в систему ОМС частного капитала социальные платежи предлагается оставить работодателям, но, частично разгрузить их поможет так называемый сберегательный медицинский счет, аккумулирующий дополнительные средства. Планируется ежемесячный взнос 1% от зарплаты работников. Накопленные средства работники смогут тратить на расширение предоставляемой медицинской помощи, причем на собственное усмотрение [3, 88]. Неработающее население будет

<sup>1</sup> Составлено автором по данным World Bank



получать подобные отчисления от государства, которые составят около 3 тыс. рублей в год. В общей сложности стоимость внедрения такой программы оценивают в 440 млрд. рублей [6]. Существуют и такие источники дополнительных доходов, как увеличение ставки НДС до 17% с направлением полученных средств для финансирования ОМС [5].

Реформа, планируемая к реализации в 2019 году, предполагает изъятие из системы госзакупок ряда препаратов. В систему госзакупок могут быть включены лекарства из программы «Семь нозологий», а также препараты для борьбы с ВИЧ, гепатитом, туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью. В ближайшее время планируется расширить список категорий льготников. Страховые медицинские организации ОМС потенциально к этому готовы, поэтому вектор, который избрал Минздрав, стратегически верный [6]. Обеспечение населения бесплатными лекарствами не несет рисков для населения. Кроме того, лекарственное страхование давно стало мировой практикой. Решения в этом плане благоприятные для пациентов, чтобы лекарства доходили для тех, кому они предназначены. Внедрение системы персональных медицинских счетов является еще одним предложением экспертов РАНХиГС. При страховании гражданин получает персональный медицинский счет, на который государством, работодателем и/или самим застрахованным вносятся фиксированные платежи, устанавливаемые, исходя из стоимости медицинского обеспечения на год. Счет открывается в уполномоченных российских банках, а страхование осуществляют страховые компании либо фонды ОМС.

Застрахованному лицу выдается электронная карточка, являющаяся полисом медицинского страхования, электронной историей болезни и платежным документом, с возможностью оплаты медицинских услуг.

Целесообразно разделение средств на две части, одна из которых может расходоваться застрахованным лицом по своему усмотрению. В результате формируется собственный резервный фонд для оплаты различных профилактических и оздоровительных услуг. При этом размер ежегодного фиксированного платежа, устанавливаемый государством, остается важнейшим вопросом этой концепции. При определении потребности системы персональных медицинских счетов в ресурсах можно исходить из расходов на ДМС. Сейчас только на амбулаторные услуги эта сумма составляет около 30 тысяч рублей в год на одного застрахованного, что в 3 раза превышает подушевые нормативы на одного пациента в рамках ОМС на 2017-2019 годы [4].

Но помимо средств, начисленных на персональный счет государством и работодателем, каждый застрахованный сможет пополнить счет для оплаты медицинских услуг. Лимитированный государством объем этих средств предполагается освободить от налогообложения. Счета могут быть накопительными. В реальности частота обращений граждан в медицинские

учреждения существенно ниже, нежели в примерных расчетах. Оставшаяся сумма переносится на следующий год. Разумным видится открытие семейных счетов, когда оставшиеся на счете средства одного из членов семьи могут быть использованы для лечения, остальных членов семьи по принципу семейной солидарности.

Целесообразна постепенная реализация данной концепции. Во-первых, необходимо осуществить перевод на систему персональных медицинских счетов с реальной суммой страхового покрытия работающих неофициально и получающих серую зарплату граждан, не платящих взносы на ОМС. Если это удастся, то по данным категориям расчетный объем поступлений в систему ОМС составит более триллиона рублей [4]. Во-вторых, в концепцию можно включаются дети и подростки, что обеспечит порядка триллиона рублей в систему ОМС. Введение персональных медицинских счетов только для этих двух категорий существенно увеличило бы ресурсы системы здравоохранения, позволило бы выровнять условия оказания медицинской помощи в регионах.

Эффективность реализации рассмотренных предложений можно будет уже в этом году. Сейчас достоверное можно утверждать только тот факт, что в предложенной форме нововведения противоречат Конституции РФ. При передаче права на выбор дополнительных медицинских услуг пациенту, нарушается принцип достаточности медицинской помощи. Вопросы вызывает и вхождение в ОМС частных страховых компаний, которые являются заинтересованными лицами и в первую очередь заинтересованы в получении прибыли. Нет сомнений, что система российского здравоохранения требует радикальных реформ и качественных решений – а вот сами решения, которые принимаются реформаторами, как раз уже и вызывают сомнения.

#### **Список источников**

1. Акишкин В.Г., Гамзатова А.Г. Модернизация финансового обеспечения здравоохранения в рамках проекта «Концепции развития здравоохранения РФ до 2020 года» // Научное обозрение. Серия 1: Экономика и право. 2012. № 6. С. 36-39.
2. Артеменко Д. А., Соколов А.А. Финансовые инструменты стратегии обеспечения качества доступности медицины в России // Материалы научной конференции Перспективы и ограничения устойчивого социально-экономического развития России. – Москва, Краснодар. 2016. – с.203-223.
3. Бова Ф.С. Идентификация и характеристика источников финансирования ОМС и ДМС в России.// Terra Economicus. 2012. Т. 10. № 1-2. С. 88-90.
4. Гришин В. Н. Накопить на здоровье. Персональные медицинские счета могут реформировать систему. // Российская газета – Спецвыпуск №7222 (56). 2017.
5. Реформа здравоохранения: приватизация больниц и бесплатные лекарства. // Газета.ру: [Электронный ресурс]. - URL:

<https://careerist.ru/news/reforma-zdravooxraneniya-privatizaciya-bolnic-i-besplatnye-lekarstva.html>

6. Макарова Е.О. РАНХиГС представила реформу здравоохранения стоимостью 900 млрд. рублей. // Товарный знак: [Электронный ресурс]. - URL: <https://vademec.ru/news/2016/12/27/rankhigs-predstavila-reformu-zdravooxraneniya-za-900-mlrd-rublej>

7. Черепов В.М., Соболевская О.В., Ананьина Л.Г., Хмель А.А. Проблемы модернизации здравоохранения Российской Федерации (по результатам опроса специалистов-организаторов здравоохранения // Здравоохранение Российской Федерации. 2014. Т. 58. № 1. С. 56.

**Reference:**

Akishkin (2012) – *Akishkin V.G., Gamzatova A.G.* Modernization of financing of health care in the framework of the project "Concepts of Health Development of the Russian Federation until 2020". [Modernizacija finansovogo obespechenija zdavooxranenija v ramkah proekta «Koncepcii razvitija zdavooxranenija RF do 2020 goda»], Scientific Review. Series 1: Economics and Law. [Nauchnoe obozrenie. Serija 1: Jekonomika i pravo]. 2012.# 6. p. 36-39. [in Russian]

Artemenko (2017) – *Artemenko D.A., Sokolov A.A.* Financial instruments of the strategy to ensure the quality of accessibility of medicine in Russia [Finansovyje instrumenty strategii obespechenija kachestva dostupnosti mediciny v Rossii]. Proceedings and limitations of sustainable socioeconomic development in Russia [Materialy nauchnoj konferencii Perspektivy i ogranichenija ustojchivogo sociohozjajstvennogo razvitija Rossii]. - Moscow, Krasnodar. 2016. p.203-223. [in Russian]

Bova (2012) *Bova F.S.* Identification and characterization of sources of financing for OMS and DMS in Russia [Identifikacija i harakteristika istochnikov finansirovanija OMS i DMS v Rossii], Terra Economicus. 2012. T. 10. # 1-2. p. 88-90. [in Russian]

Grishin (2017) – *Grishin V.N.* Savings for health. Personal medical accounts can reform the system [Nakopit' na zdorov'e. Personal'nye medicinskie scheta mogut reformirovat' sistemu], Russian newspaper- Special Issue [Rossijskaya Gazeta - Special'nyj vypusk] #. 7222 (56). 2017. [in Russian]

Health care reform: privatization of hospitals and free medicines [Reforma zdavooxranenija: privatizacija bol'nic i besplatnye lekarstva]. Gazeta.ru: [Electronic resource]. - URL: <https://careerist.ru/news/reforma-zdravooxraneniya-privatizaciya-bolnic-i-besplatnye-lekarstva.html> [in Russian]

Makarova (2016) – *Makarova E.O.* RANHiGS presented a healthcare reform worth 900 billion rubles [RANHiGS predstavila reformu zdavooxranenija stoimost'ju 900 mlrd. rublej], Trademark [Tovarnyj znak]: [Electronic resource]. - URL: <https://vademec.ru/news/2016/12/27/rankhigs-predstavila-reformu-zdravooxraneniya-za-900-mlrd-rublej> [in Russian]

Cherepov (2014) – *Cherepov V. M., Soboлевskaya O.V., Ananyina L.G., Khmel A.A.* Problems of Healthcare Modernization in the Russian Federation (based on the results of a survey of healthcare professionals [Problemy modernizacii zdavooxranenija Rossijskoj Federacii (po rezul'tatam oprosa specialistov-organizatorov zdavooxranenija)], Health Protection of the Russian Federation [Zdravooxranenie Rossijskoj Federacii]. 2014. Vol. 58. #. 1. p. 56. [in Russian]