

11 ноября 2022 г.

## **О внесении изменений в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» с использованием медицинских накопительных счетов**

Рассмотрев законопроект “О внесении изменений в ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ»” с использованием **индивидуальных медицинских накопительных счетов в банках** (далее – МНС) и Пояснительную записку к нему, считаю, что **данный законопроект не может быть принят в РФ**. Это связано с тем, что его принятие **приведет к снижению доступности бесплатной медицинской помощи, особенно для бедных слоев населения** (в РФ почти половина населения имеют доходы до 27 тыс. руб. в мес.) и **хронически больных людей, а также к управленческому хаосу и коллапсу системы здравоохранения**. Как следствие, это вызовет **рост смертности населения и увеличение социального напряжения в стране**. Систематический анализ уроков внедрения системы МНС в мире, который был ограничен по количеству стран и доле населения в них (Сингапур ~ 3 млн чел., Китай – пилотный проект, Южная Африка ~ 9 млн чел., США ~ 8 млн чел.), показал, что она приемлема только для **стран с высокой долей молодого населения, имеющего одновременно высокие доходы**. Эта система **неэффективна для стран с высокой долей хронически больных и малообеспеченных граждан**. Именно поэтому опыт МНС не получил распространения в мире: Китай и Южная Африка от экспериментов с МНС перешли к единой системе обязательного медицинского страхования населения, а Сингапур дополнительно к ней имеет несколько солидарных фондов для оплаты медицинской помощи гражданам. Как правило, лоббистом и выгодоприобретателем системы МНС является банковский сектор, который получает дополнительные оборотные средства на свои счета.

### **1. Пояснения по сути законопроекта и его последствиям**

Суть законопроекта заключается в переходе от солидарной системы оплаты медицинской помощи к индивидуальной ответственности за это. Сегодня в РФ общественные средства (взносы на работающее и неработающее население) собираются в **едином солидарном фонде (ФОМС)**, из которого затем оплачивается большая часть медицинской помощи по Программе государственных гарантий (ПГГ) тем, кто заболел. Авторы законопроекта предлагают, чтобы граждане оставляли свои взносы на индивидуальных МНС в банке (в среднем **16 тыс. руб. в год**), из которых при необходимости они смогут тратить средства на оказание медпомощи. При этом в качестве временной меры предлагается сохранение **небольшого солидарного фонда в системе ОМС** для тех, у кого личных средств будет недостаточно. Эта мера, по мнению авторов, приведет к тому, что граждане в целях сохранения собственных денег на МНС (на которые начисляются проценты) будут вести здоровый образ жизни и, соответственно, меньше обращаться за медицинской помощью. Авторы считают, что внедрение МНС в сочетании с правом выбора пациентом медицинской организации и общественным управлением позволит повысить эффективность работы системы здравоохранения, в том числе уменьшить якобы завышенные расходы на медицинскую помощь и ликвидировать часть медицинских организаций.

## **Объем сокращения государственного финансирования, если предложения авторов по МНС будут реализованы**

В солидарном фонде (ФОМС) объем средств **уменьшится на 65%**, в нем останется около **1 трлн руб.** в ценах 2023 г.<sup>1</sup>, остальные средства поступят на индивидуальные МНС. Далее авторы предполагают, что преимущественно здоровые граждане, мало обращающиеся за медицинской помощью, по итогам года смогут сохранить на своих счетах около **410 млрд руб.** в ценах 2023 г.<sup>2</sup> Это означает, что общий объем средств, который был бы затрачен из ФОМС на оплату медицинской помощи по ПГГ в отсутствие реформы (3,1 трлн руб.), сократится на эту сумму, или **на 13%**. И это еще при условии, что все остальные заболевшие граждане потратят все свои накопления на МНС.

### **Последствия реализации предложений по внедрению системы МНС**

Основная масса граждан, нуждающихся в медицинской помощи, а это, как правило, пенсионеры, инвалиды, пациенты с онкологическими заболеваниями, травмами, болезнями системы кровообращения и др., естественно, потратят и личные средства со своих МНС (в среднем 16 тыс. руб. в год), и им потребуется доплата **из уменьшенного в объеме солидарного фонда**. *Для справки: сегодня по ПГГ средняя стоимость случая госпитализации в дневной стационар составляет 23 тыс. руб., в круглосуточный стационар – 38 тыс. руб., лечения онкологического заболевания – более 100 тыс. руб.* Это приведет к тому, что пациенты с хроническими и тяжелыми острыми заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, будут вынуждены **нести катастрофические личные расходы по оплате медицинской помощи или отказываться от лечения, соответственно, будет расти смертность населения** (см. п. 2). В наиболее выгодном положении останутся **здоровые граждане трудоспособного возраста**, которые получают налоговые льготы по взносам на МНС и еще, по замыслу авторов, специальные премии из ФОМС (за здоровый образ жизни) и банковские проценты на остатки средств на МНС. При уменьшении общего объема средств, затрачиваемого на медицинскую помощь, естественно, **снизится финансирование медицинских организаций**. Как следствие, это приведет к снижению расходов на лекарства, расходные материалы и оплату труда медицинского персонала, **соответственно, продолжится отток кадров из отрасли** (см. п. 2). А если возникнет потребность в оказании медицинской помощи при наступлении массовых инфекционных или других угроз, то при индивидуальных подходах за оплату медицинской помощи **возникнет коллапс системы здравоохранения** – она просто не справится с потоком пациентов.

**Таким образом, предложение авторов приведет к тому, что государственное финансирование здравоохранения сократится, соответственно, снизится доступность бесплатной медицинской помощи, как следствие, невозможно будет сократить высокую смертность населения.**

## **2. Пояснения по в корне неверным постулатам авторов**

**2.1. Главное:** авторы исходят из абсолютно неверных предпосылок, что в РФ общий объем государственного финансирования здравоохранения избыточен и может быть сокращен путем уменьшения потребления медицинских услуг (см. стр. 10-11 пояснительной записки к законопроекту). При этом они не понимают, что **снижение финансирования здравоохранения ведет к снижению доступности бесплатной медицинской помощи, соответственно, к росту смертности населения.**

- **В РФ объем государственного (общественного) финансирования здравоохранения крайне недостаточен и приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи.** В течение последних 20 лет в РФ госрасходы на здравоохранение **были в 1,6 раза ниже, чем в «новых»**

<sup>1</sup> На МНС из бюджета ФОМС (3,2 трлн руб.) будет изъято 63% от взносов на работающее население (1,1 трлн руб.) и 100% взносов на неработающее население (0,9 трлн руб.)

<sup>2</sup> По расчетам автора, в год каждый работающий гражданин в среднем может накопить около 5 тыс. руб. в ценах 2021 г. (если не обращается за медицинской помощью). Тогда для 66 млн работающих это составит 330 млрд руб., или 13% от средств ФОМС 2021 г. В 2023 г. бюджет ФОМС составит 3,2 трлн руб., 13% от этой суммы - 416 млрд руб.

странах ЕС, близких к нашей стране по уровню экономического развития, и **в 2,4 раза ниже**, чем в «старых» странах ЕС, соответственно – **3,1%; 5,0% и 7,5% ВВП**. Вследствие недофинансирования здравоохранения **сокращается обеспеченность всеми ресурсами отрасли, особенно медицинскими кадрами**. Так, в 2021 г. в РФ обеспеченность врачами была на **5% ниже**, чем в «старых» странах ЕС (соответственно – 3,8 и 4,0 на 1 тыс. населения). При этом при сравнении со странами ЕС следует учитывать, что в РФ в связи с низкой плотностью населения и худшими показателями здоровья нормативная потребность во врачах **значительно выше**, чем в этих странах. Особенно выраженный дефицит кадров сложился **в первичном звене здравоохранения: врачей участковой службы в 1,5 раза меньше**, чем установлено нормативами, фельдшеров – **в 2 раза меньше**<sup>3</sup>, причем, по данным Счетной палаты, этот дефицит **нарастает**.<sup>4</sup> Главная причина дефицита медицинских кадров – это **низкая оплата труда и огромные переработки**, приводящие к выгоранию (**70-90% из них**). Так, согласно опросам, проведенным Всероссийским союзом пациентов, чтобы получить в среднем доход около **50 тыс. руб. две трети врачей работают более, чем на 1,5 ставки, а 30% – на 2 ставки** и более. Установлено, что при таком высоком уровне трудовой нагрузки медицинский работник **не способен** полноценно выполнять свои функции и повышать уровень квалификации, как следствие, **снижается качество медицинской помощи**<sup>5</sup>.

• **Недофинансирование здравоохранения приводит к тому, что в РФ сохраняются крайне неудовлетворительные показатели здоровья населения**. Несмотря на героические усилия медицинских работников во главе со штабом отрасли, за 2 года пандемии по сравнению с 2019 г. в РФ дополнительно умер **почти 1 млн чел.** (в среднегодовом выражении **+28%**). Вследствие высокой смертности в 2021 г. в РФ ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) снизилась до **70,1 года** (на 3,2 года с 2019 г.) и вернулась на уровень 1987 г. В результате в нашей стране этот показатель стал **на 5 лет ниже**, чем в «новых» странах ЕС, и **на 10 лет ниже**, чем в «старых» странах ЕС. При этом установлено, что в РФ на увеличение ОПЖ примерно в равных долях влияют **три главных фактора – рост доходов населения, снижение распространенности потребления алкоголя и повышение доступности бесплатной медицинской помощи** (это соотношение рассчитано на примере всех регионов страны за период 8 лет)<sup>6</sup>. Сегодня снижение реальных доходов населения (на 11% с 2013 по 2022 г.) оказывает отрицательный эффект на ОПЖ. Распространенность потребления алкоголя, несмотря на снижение в последние 10 лет, остается высокой (на 25% выше, чем в Норвегии, США и Канаде)<sup>7</sup>. В этих условиях роль системы здравоохранения в снижении смертности и увеличении ОПЖ **существенно возрастает**. Однако в условиях недофинансирования и дефицита медицинских кадров здравоохранение **не сможет** повлиять на снижение смертности.

<sup>3</sup> Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. Глава 12.1.

<sup>4</sup> Количество врачей уменьшилось на 2,6 тыс. чел., количество медицинских сестер - на 4,5 тыс. чел. Отчет о результатах контрольного мероприятия «Проверка эффективного и целевого использования средств нормированного страхового запаса бюджета ФОМС, предназначенного на цели софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала» / Доклад. - Москва: Счетная палата РФ. – сентябрь 2021 г.

<sup>5</sup> A Primary Care Panel Size of 2500 Is neither Accurate nor Reasonable/ M. Raffoul, M. Moore, D. Kamerow, A. Bazemore. — JABFM, July-August 2016. — Vol. 29. — N. 4. — P. 496–499.

Estimating a Reasonable Patient Panel Size for Primary Care Physicians With Team Based Task Delegation / J. Altschuler, D. Margolius, T. Bodenheimer, K. Grumbach. — Annals of family medicine, September-October 2012. — Vol. 10. — N. 5. — P. 396–400.

Association of Primary Care Physician Supply With Population Mortality in the United States, 2005–2015 // JAMA. February, 2019. Электронный доступ: <https://ama.silverchair-cdn.com/journals/jamainternalmedicine/newonline>.

<sup>6</sup> Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1144 с. - ISBN 978-5-9704-6723-7. Глава 6.1.

<sup>7</sup> В РФ потребление алкоголя (литры чистого спирта на душу населения старше 15 лет) на 13% выше, чем в «старых» странах ЕС, и на 30% выше, чем в США, Канаде, Норвегии. В РФ в 2019 г. доля курящего населения была в 1,2 раза выше, чем в «старых» странах ЕС, и в 2,4 раза выше, чем в США, Канаде.

**2.2. Авторы не учитывают, что в РФ потоки больных людей, нуждающихся в медицинской помощи, постоянно растут, соответственно, растет необходимость в увеличении мощностей и финансирования здравоохранения.** Это связано со старением населения (сегодня в РФ доля населения старше 60 лет составляет **23%** и постоянно растет). Одновременно появились новые пациенты, нуждающиеся в оказании бесплатной медицинской помощи – больные с острой и хронической формой новой коронавирусной инфекции и пациенты, которым медицинская помощь была отложена во время пандемии. В ближайшие годы прирост потока пациентов ожидается в объеме около **10-12%** (+30 млн к 242 млн заболевших в 2019 г.).

**2.3. Авторы при проведении расчетов в потребности трудоспособного населения в медицинской помощи не учитывают, что в РФ показатели заболеваемости и оценки состояния здоровья этой группы существенно занижены.** Об этом свидетельствует высокая смертность среди граждан в возрасте 16-64 лет, которая в РФ по сравнению с ЕС у мужчин в **2,8 раза выше** (соответственно – 878 и 308 на 100 тыс. населения соотв. пола и возраста), а у женщин – в **2,1 раза выше** (соответственно – 307 и 148 на 100 тыс. населения соотв. пола и возраста). **Занижены** и показатели числа дней нетрудоспособности, приходящиеся на 1 работника в год (ЗВУТ). Сегодня в РФ ЗВУТ в **1,7 раза ниже**, чем в советское время и **2,1 раза ниже**, чем в ЕС (соответственно – 5,9; 10,0 и 12,6 дней). Такое неудовлетворительное состояние здоровья населения трудоспособного возраста в РФ связано с разрушением производственно-цеховой медицины практически на всех предприятиях страны, а также с тем, что работники стараются не пропускать работу по болезни из-за боязни быть уволенными.

**2.4. Утверждение авторов, что в результате внедрения системы МНС произойдет увеличение оплаты труда медицинских работников неверно,** так как не учитывает существенный дефицит медицинских кадров в первичном звене и неудовлетворенную потребность населения в медицинской помощи (см. п. 2.1).

**2.5. Авторы также не берут в расчет, что население, с целью сохранения денег на МНС и не понимая, когда обязательно надо обратиться за помощью, может нанести вред своему здоровью.** Вследствие несвоевременного обращения за медицинской помощью возрастает риск развития осложнений и запущенных случаев заболеваний. Также необходимо понимать, что эффект от улучшения образа жизни населения (снижения потребления алкоголя, табака, увеличения физической активности), во-первых, имеет **отсроченное влияние на улучшение здоровья населения.** Во-вторых, для исправления образа жизни **внедрение системы МНС будет недостаточно,** для этого необходима реализация системной межведомственной программы на уровне Правительства РФ.

**2.6. Авторы не учитывают, что рыночные принципы оплаты медицинской помощи – «деньги следуют за пациентом туда, где ему оказали услугу по выбору» – разрушают плановый характер организации медицинской помощи, ее территориальную доступность и преемственность в оказании.** В системе здравоохранения, которая отвечает за жизнь и здоровье людей и где постоянно имеется дефицит финансовых средств, наиболее эффективным способом управления являются: централизация; нормирование и справедливое распределение ресурсов, которое обеспечивают равнодоступность медицинской помощи для населения различных групп (проживающему в различных регионах и с разным достатком); строгое соблюдение движения пациентов по этапам и уровням оказания медицинской помощи и принципа профилактической направленности. Это как раз те принципы, которые доказали свою эффективность в советское время. Задача государства – обеспечить доступность и качество оказания медицинской помощи на всех ее уровнях и правильно организовать потоки пациентов.

**2.7. Утверждение авторов о возможности общественного управления системой здравоохранения звучит совсем утопично.** Во-первых, государство не может самоустраниться от управления системой здравоохранения, от которой зависит безопасность страны. Во-вторых, сегодня в здравоохранении РФ административных и общественных надстроек уже более, чем достаточно (Общественные и наблюдательные Советы, органы по охране здоровья населения, ФОМС и территориальные фонды ОМС, службы Росздравнадзора и Роспотребнадзора и др.). Более

того, предложения авторов потребуют **кардинальной перестройки** системы финансирования, управленческой и учетной политики в здравоохранении, что абсолютно **недопустимо сегодня**, когда есть масса других неотложных задач, главная из которых в сфере здравоохранения – ликвидация дефицита медицинских кадров.

### 3. Уроки международного опыта по внедрению системы МНС

Внедрение МНС в мире было ограничено по количеству стран и доле населения в них (Сингапур ~ 3 млн чел., Китай – пилотный проект, Южная Африка ~ 9 млн чел., США ~ 8 млн чел.). Систематический анализ уроков внедрения этой системы в названных странах представлен в научных статьях специалистов из Австралии, Великобритании, Канады и США. Статьи были подготовлены по заказу правительств этих стран и обобщают многочисленные публикации и систематические обзоры по теме (ссылки на них представлены в Приложении). **Резюме по урокам внедрения системы МНС из зарубежных публикаций:**

- Система МНС приемлема только для **стран с высокой долей молодого населения, имеющего одновременно высокие доходы**. Она **неэффективна** для стран с высокой долей хронически больных и малообеспеченных граждан, а также приводит к неравенству в доступности к медицинской помощи для разных по состоянию здоровья и доходам групп населения.
- Система МНС **перекладывает нагрузку** по оплате медицинской помощи на самые социально незащищенные слои населения и приводит к **неблагоприятным исходам** в состоянии их здоровья. При этом в самом выгодном положении оказываются те, кто наименее нуждается в оказании медицинской помощи: здоровы и имеют высокие доходы, а также налоговые льготы от отчислений на МНС и проценты на остатки по этим счетам.
- Система МНС **не позволяет** снизить потребление медицинских услуг и снизить административные издержки в системе медицинского страхования. Более того, она все равно требует организации общественных солидарных фондов для оплаты медицинской помощи для социально незащищенных слоев населения и серьезного государственного регулирования.
- Именно поэтому опыт МНС не получил распространения в мире. Китай<sup>8</sup> и Южная Африка<sup>9</sup> от экспериментов с МНС перешли к единой системе обязательного медицинского страхования населения, а Сингапур дополнительно к МНС имеет несколько солидарных фондов для оплаты медицинской помощи гражданам, у которых недостаточно личных средств.

### 4. Что надо делать в системе здравоохранения срочно

**Для снижения смертности населения путем повышения доступности бесплатной медицинской помощи и прекращения оттока кадров из отрасли предлагается:**

- Установить для медицинских работников принципы и размеры окладов, принятые, например, в Министерстве обороны. Сегодня начинающий лейтенант и рядовой по контракту получают **в 2 раза больше**, чем врач и медсестра соответственно. Исходя из этих подходов, в здравоохранении надо установить единые средние оклады по уровням ПКГ (по принципу тарифной сетки): врач – **4 МРОТ**, медицинская сестра – **2 МРОТ**, младшие медицинские работники – **1-1,5 МРОТ**, профессорско-преподавательский состав вузов и НИИ – **5-8 МРОТ**, медицинских колледжей – **4-6 МРОТ**. Одновременно во всех регионах необходимо установить единые принципы начисления компенсационных и стимулирующих выплат. Это потребует увеличения ФОТ медицинских работников минимум **в 2 раза** (на что дополнительно необходимо ~ **2 трлн руб.** к уровню 2022 г.). Это можно осуществить поэтапно **за 4 года**, тогда **в 2026 г.** государственное финансирование здравоохранения достигнет не 4% ВВП, как сегодня, а **5,4%**

<sup>8</sup> Dong W, Zwi AB, Bai R, Shen C, Gao J. Benefit of China's Social Health Insurance Schemes: Trend Analysis and Associated Factors Since Health Reform. Int J Environ Res Public Health. 2021 May 25;18(11):5672. doi: 10.3390/ijerph18115672. PMID: 34070687; PMCID: PMC8199469.

<sup>9</sup> <https://www.health.gov.za/wp-content/uploads/2020/11/some-key-messages-on-nhi.pdf>

**ВПП.** Это **оптимальный уровень** для такой страны как РФ, где доля населения старше 60 лет составляет **23%**, и она будет расти.

- В 2023 г. в качестве **срочной меры** необходимо повысить оклады и, соответственно, оплату труда тех медицинских работников, у которых она значительно ниже средних значений. В 2023 г. это потребует к запланированным Минфином расходам на здравоохранение добавить около **300 млрд руб.** (для справки: в 2023 г. по сравнению с 2022 г. эти расходы сокращаются на 2% в постоянных ценах). Источником этих средств может стать увеличение до **20%** налога на доходы людей, например, получающих оплату труда **более 5 млн руб. в год**, что даст в бюджет около **600 млрд руб.**, а также приоритезация расходов на здравоохранение по сравнению с расходами на инфраструктуру.
- С 2023 г. начать поэтапное внедрение для всех граждан страны Программы всеобщего бесплатного лекарственного обеспечения в амбулаторных условиях.

**Одновременно потребуются меры по повышению эффективности управления и финансирования отрасли:**

- централизация управления российской системой здравоохранения во главе с Минздравом России;
- переход на бюджетную модель финансирования и сметный способ оплаты медицинских организаций как наиболее оптимальный в условиях ограниченных ресурсов;
- организация координации деятельности гражданской и военной медицинских служб (Минздрава России и Минобороны России);
- поэтапное увеличение государственного финансирования здравоохранения до **5,5% ВВП** к 2026 г.

Ректор ВШОУЗ



д.м.н. Г.Э. Улумбекова

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ К РАЗДЕЛУ 3

- 1. Заключение Лондонской школы экономики, обобщение всех публикаций по теме, 2016 г.**  
Wouters OJ, Cylus J, Yang W, Thomson S, McKee M. Medical savings accounts: assessing their impact on efficiency, equity and financial protection in health care. Health Econ Policy Law. 2016 Jul;11(3):321-35. doi: 10.1017/S1744133116000025. Epub 2016 Feb 17. PMID: 26883211.
- 2. Анализ Правительства Канады, 2006 г.**  
MEDICAL SAVINGS ACCOUNTS – A COMPARATIVE OVERVIEW. Margaret Smith Law and Government Division 30 October 2001 URL: <https://publications.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BR/prb0120-e.htm> (дата обращения 10.11.2022 г.)
- 3. Анализ Фонда Содружества (Commonwealth Fund), США, 2006 г.**  
Commonwealth Fund. Health Savings Accounts: Why They Won't Cure What Ails U.S. Health Care. URL: [https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BD\\_vx2UJCigJ:https://www.commonwealthfund.org/publications/other-publication/2006/jun/health-savings-accounts-why-they-wont-cure-what-ails-us&cd=3&hl=ru&ct=clnk&gl=ru](https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BD_vx2UJCigJ:https://www.commonwealthfund.org/publications/other-publication/2006/jun/health-savings-accounts-why-they-wont-cure-what-ails-us&cd=3&hl=ru&ct=clnk&gl=ru) (дата обращения 10.11.2022 г.)
- 4. Заключение специалистов из США, 2006**  
A Brief Overview of the Major Flaws With Health Savings Accounts. Center of Budget and Policies priorities. URL: <https://www.cbpp.org/research/a-brief-overview-of-the-major-flaws-with-health-savings-accounts> (дата обращения 10.11.2022 г.)
- 5. Заключение специалистов из Австралии, 2001 г.**  
Barr MD. Medical savings accounts in Singapore: a critical inquiry. J Health Polit Policy Law. 2001 Aug;26(4):709-26. doi: 10.1215/03616878-26-4-709. PMID: 11523958.
- 6. Анализ специалистов Гарвардского университета, США, 1995 г.**  
Hsiao W. Medical Savings Accounts: Lessons From Singapore by URL: [https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao\\_1995\\_-\\_medical\\_savings\\_accounts\\_-\\_lessons\\_from\\_singapore.pdf](https://cdn1.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/100/2012/09/hsiao_1995_-_medical_savings_accounts_-_lessons_from_singapore.pdf) (дата обращения 10.11.2022 г.)