

9 сентября 2020 г.

ОБЪЕМЫ И МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕС

(подготовлено д.м.н. Г.Э. Улумбековой)

1. Сходства и отличия моделей финансирования здравоохранения: ОМС и бюджет

В системе здравоохранения обязательное медицинское страхование (ОМС) является лишь **одним из вариантов** (далее — модель) аккумулирования и доведения общественных (государственных) средств до медицинских организаций, которые оказали населению медицинскую помощь, гарантированную государством, то есть оплаты этой помощи. Другой вариант (который зачастую противопоставляется модели ОМС) — **бюджетное финансирование**. И в модели ОМС, и в бюджетной модели главным регулятором всех процессов, связанных с оплатой гарантированной медицинской помощи, **является государство**, поскольку оно через нормативные акты определяет основные правила этого процесса: источники финансирования, размер отчислений, порядок администрирования средств и, главное, гарантированные населению объемы бесплатной медицинской помощи (пакет услуг).

В обеих моделях соблюдается **принцип солидарности** — отчисления граждан (взносы или налоги) на медицинскую помощь не зависят от наличия у них высоких рисков потребления медицинской помощи, например, хронических заболеваний. Далее все граждане, вне зависимости от их материального положения, имеют **равные права** на получение **одинаковой по объему и качеству** медицинской помощи. *Для справки: в модели финансирования медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию (ДМС), в отличие от модели ОМС и бюджетного финансирования, взносы (платежи, страховые премии) носят рискованный характер, то есть, чем выше вероятность застрахованного заболеть, тем выше взносы. Также граждане, в зависимости от их платежеспособности и других факторов, могут быть застрахованы по разным программам страхования, соответственно, страховая выплата при наступлении страхового случая будет различаться, а значит, и объем полученной медицинской помощи.*

Повторимся, что ни модель ОМС, ни бюджетная модель не определяют объемы финансирования гарантированной государством медицинской помощи, это лишь механизм доведения консолидированных общественных средств до медицинских организаций.

Главные **отличия** этих систем в том, что в модели **ОМС** источником финансирования являются фиксированные (регламентированные законом) **взносы застрахованных** (граждан и/или работодателей), в **бюджетной** — **отчисления из федерального и региональных бюджетов**, которые, в свою очередь, формируются из общих налоговых отчислений граждан и работодателей. В первом случае получателями и администраторами собранных средств являются **несколько страховых организаций** (фондов), в другом, как правило, — **федеральные или региональные органы управления здравоохранением**. Считается, что наличие фиксированных и целевых взносов в системе ОМС — **гарантия** выделения определенных средств на бесплатную медицинскую помощь, тогда как в бюджетной модели каждый год **необходимо отстаивать** расходы на здравоохранение при рассмотрении общего бюджета страны. Это различие между моделями можно исправить, предусмотрев дополнительные к общим налогам так называемые выделенные (целевые) налоги на

здравоохранение, или установить минимальный подушевой уровень расходов на гарантированную медицинскую помощь. Следует отметить, что **большинство «старых» стран ЕС финансируют здравоохранение по бюджетной модели, см. табл. 1.** По модели ОМС ее финансируют только Бельгия, Франция, Германия, Люксембург, Нидерланды и Швейцария и большая часть «новых» стран ЕС.

2. Смешанная модель финансирования здравоохранения в РФ

В РФ в советское время существовала бюджетная модель финансирования здравоохранения. Система ОМС была предложена в РФ в 1990 г. и реально стартовала с 1993 г. как дополнение к чисто бюджетной модели финансирования здравоохранения. Те, кто стоял у ее основания, объяснили это необходимостью увеличения объемов финансирования здравоохранения. Правда, почему для этого надо было вводить такой достаточно сложный и новый для РФ инструмент управления государственными средствами — непонятно, ведь хорошо известно, что **система ОМС сложнее структурно и более затратна по сравнению с бюджетной моделью**¹. Увеличения финансирования здравоохранения РФ можно было бы добиться и другими способами, например, предусмотреть дополнительный целевой налог на здравоохранение в рамках действующей системы бюджетного финансирования. Скорее всего, это была дань активно реализуемым тогда на территории страны и не всегда продуманным реформам, в том числе инициированным Всемирным банком.

В РФ сегодня сложилась **смешанная модель финансирования и оплаты гарантированной государством медицинской помощи** – часть помощи оплачивается из средств ОМС (~ 65%), часть – из федерального и региональных бюджетов (35%). Общая схема финансирования медицинской помощи по ПГТ в РФ показана **на рис. 1.**

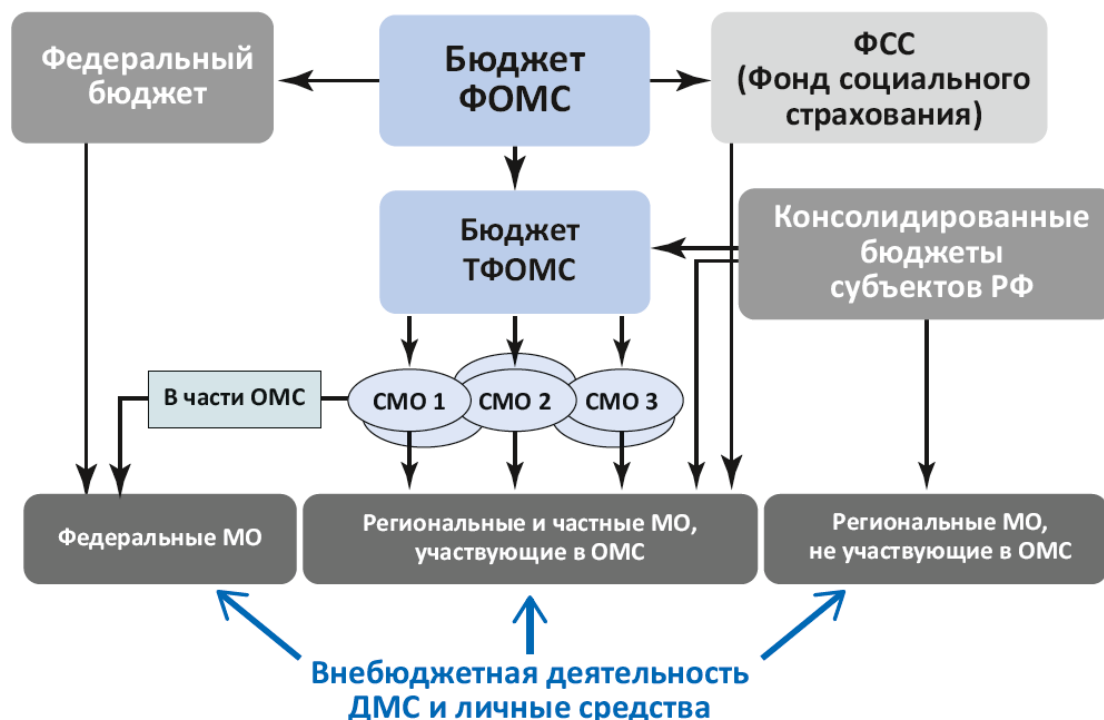


Рис. 1. Схема финансирования здравоохранения РФ

Видно, что эта система более **сложна**, чем при чисто бюджетной модели, так как **в ней больше участников**, соответственно, более **затратна**.

¹ Administrative spending in OECD health care systems: Where is the fat and can it be trimmed? // Tackling Wasteful Spending on Health. January 2017. P. 229–264.

Более того, с момента внедрения ОМС в РФ она не привнесла никакой дополнительной ценности в систему здравоохранения РФ. Наличие системы ОМС в РФ не повлияло ни на улучшение показателей здоровья населения, ни на удовлетворенность населения качеством и доступностью медицинской помощи, ни на увеличение объемов финансирования здравоохранения. Предложения НИУ ВШЭ по развитию ОМС², предложенные в 2019 г., по развитию конкуренции между СМО и медицинскими организациями, а также по предоставлению «свободы» для СМО в управлении общественными средствами приведут к снижению доступности медицинской помощи и росту недовольства населения, соответственно, они должны быть отклонены.

В РФ для оптимизации системы финансирования здравоохранения, кроме его увеличения (см. раздел 3 настоящей справки), необходимо принять поэтапные меры по переходу от модели финансирования здравоохранения по модели ОМС к бюджетной модели, а способы оплаты медицинских организаций заменить на смету, когда их базовые издержки покрываются соответствующими государственными средствами. Особенно это актуально для учреждений, находящихся в сельской местности и труднодоступных районах, а также оплаты скорой медицинской помощи и инфекционной службы. Действующий сегодня в РФ способ оплаты медицинских организаций, когда они вынуждены «зарабатывать» на рынке, конкурируя и «гоняясь» за пациентами, противоречит задачи обеспечения доступности медицинской помощи. Так, если пациентов пришло мало, как, например, во время эпидемии Covid-19 (при отмене плановых объемов медицинской помощи), то и бюджет медицинской организации значительно сократился, соответственно, уменьшились средства на оплату труда медицинских работников и другие важнейшие статьи бюджета организации. Более того, такой способ оплаты медицинской помощи, когда «деньги следуют за пациентом», противоречит принципу этапности оказания медицинской помощи и приводит к дублированию оказания медицинских услуг. В основе управления здравоохранением — сложной, чувствительной для населения, дорогостоящей и всегда сталкивающейся с ограничениями в ресурсах системы — должна быть не конкуренция, а научно обоснованное государственное планирование, распределительный механизм, оптимальный уровень качества на всех этапах оказания медицинской помощи. Рыночные инструменты могут применяться только частично, например, дополнительные стимулы для медицинских организаций к повышению качества медицинской помощи или за превышение ее объемов медицинской помощи. Подробно анализ системы ОМС и предложения по ее модернизации представлены в монографии Г.Э. Улумбековой «Здравоохранение России. Что надо делать. Состояние и предложения 2019-2024 гг.», 3-е издание (2019 г.), глава 5.6: https://www.vshouz.ru/docs/book/Zdravoohranenie-Rossii_Shto-nado-delat_3izd-2019.pdf.

3. Объемы государственного финансирования здравоохранения РФ в сравнении с развитыми странами

В табл. 1 и 2 представлены объемы финансирования здравоохранения в РФ и странах ЕС, отдельно - для «новых-8» стран ЕС, которые близки к РФ по уровню экономического развития (Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Словакия, Словения, Чехия, Эстония), и «старых» стран ЕС.

Видно, что РФ по государственному финансированию здравоохранения значительно отстает от «новых» стран ЕС:

² Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкраторова О.Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. — М.: НИУ ВШЭ, 2019. — 94 с. — Электронный доступ: https://www.oprf.ru/files/1_2019dok/doklad_OMS22042019.pdf

- Доля государственных расходов от общих расходов на здравоохранение в РФ в **1,2 раза ниже**, чем у них (65 и 75%), соответственно, население в РФ тратит больше из своего кармана.
- Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП в **1,4 раза ниже**, чем у них (3,4 и 5%), соответственно, в РФ ниже доступность бесплатной медицинской помощи.
- Объем государственных расходов на душу населения по доллару ППС в РФ в **1,8 раза ниже**, чем у них (1010 и 1850 \$ППС), соответственно, в РФ ниже доступность бесплатной медицинской помощи.

Таблица 1. Государственные расходы на здравоохранение в РФ и странах ЕС

(даны расходы за последний имеющийся год – 2018-2019 гг.)

№	Страны	Доля государственных расходов от общих расходов на здравоохранение ³ , %	Доля государственных расходов в ВВП ⁴ , %	Государственные расходы на душу населения в \$ ППС ⁵ (1\$ ППС = 25,7 руб.)	Модель финансирования здравоохранения
	РФ	65	3,4	1010	Смешанная
	«Новые-8» стран ЕС⁶ в среднем	75	5,0	1850	Преимущественно ОМС с участием бюджетных источников (10%)
	«Старые» страны ЕС в среднем	78	8,0	3950	Преимущественно бюджетная
«Новые-8» стран ЕС					
	Венгрия	69	4,4	1542	ОМС
	Латвия	60	3,7	1180	Бюджетная (+ДМС)
	Литва	67	4,6	1769	ОМС
	Польша	72	4,6	1648	ОМС
	Словакия	81	5,6	1912	ОМС
	Словения	72	5,9	2314	ОМС
	Чехия	83	6,5	2854	ОМС
	Эстония	74	5,0	1916	ОМС
«Старые» страны ЕС					
	Австрия	75	7,8	4402	Смешанная

³ Источник: база данных ОЭСР (<https://stats.oecd.org/#>): Health/Health expenditure and financing/Health expenditure and financing. Function: Current expenditure on health (all functions). Measure: Share of gross domestic product. Financing scheme: All financing schemes (общие) и Government/compulsory schemes (государственные). Расчет: ВШОУЗ-КМК.

⁴ Источник: база данных ОЭСР (<https://stats.oecd.org/#>): Health/Health expenditure and financing/Health expenditure and financing. Function: Current expenditure on health (all functions). Measure: Share of gross domestic product. Financing scheme: All financing schemes (общие) и Government/compulsory schemes (государственные).

⁵ Источник: база данных ОЭСР (<https://stats.oecd.org/#>): Health/Health expenditure and financing/Health expenditure and financing. Function: Current expenditure on health (all functions). Measure: Per capita, current prices, current PPPs. Financing scheme: All financing schemes (общие) и Government/compulsory schemes (государственные).

⁶ «Новые-8» стран ЕС включают: Чехию, Эстонию, Венгрию, Латвию, Литву, Польшу, Словакию и Словению, близкие к РФ по ВВП на душу населения в год.

№	Страны	Доля государственных расходов от общих расходов на здравоохранение ³ , %	Доля государственных расходов в ВВП ⁴ , %	Государственные расходы на душу населения в \$ ППС ⁵ (1\$ ППС = 25,7 руб.)	Модель финансирования здравоохранения
	Великобритания	78	8,0	3620	Бюджетная
	Германия	85	9,9	5648	ОМС
	Дания	84	8,4	4663	Бюджетная
	Испания	71	6,4	2560	Бюджетная
	Италия	74	6,4	2706	Бюджетная
	Норвегия	85	9,0	5673	Бюджетная
	Финляндия	77	7,0	3536	Бюджетная
	Франция	84	9,4	4501	ОМС
	Швеция	85	9,3	4928	Бюджетная