

В. С. Назаров, Н. А. Авксентьев

Российское здравоохранение: проблемы и перспективы

Аннотация

На сегодняшний день эффективность расходов на здравоохранение в России может быть признана недостаточной: сопоставление России с зарубежными странами показывает, что при текущих расходах существует потенциальная возможность добиться более высоких медико-социальных результатов, включающих продолжительность жизни населения, уровень смертности, равенство в доступе к медицинской помощи и других. В статье проведен анализ причин низкой эффективности расходов, среди которых были выделены дисбаланс в Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, структурная диспропорция в источниках финансирования расходов на здравоохранение, отсутствие полноценной программы амбулаторного лекарственного обеспечения и недостаточная мотивация профессиональных участников системы здравоохранения. Предлагаются меры по решению указанных проблем.

Ключевые слова:

реформа здравоохранения, программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское образование, лекарственное обеспечение

JEL: I18

В последнее десятилетие российское здравоохранение начало выходить из кризиса, в котором оно оказалось в 1990-е гг. По данным Росстата, ожидаемая при рождении продолжительность жизни (ОПЖ) неуклонно растет начиная с 2003 г., в котором был достигнут локальный минимум (64,8 года), и к 2016 г. ОПЖ увеличилась до 71,9 года¹. Улучшаются и другие показатели, характеризующие здоровье населения. Так, например, ожидаемая при рождении продолжительность здоровой жизни, по данным ВОЗ, за период 2000–2015 гг. в России увеличилась с 58,3 до 63,4 года²; по данным Росстата, смертность от заболеваний органов кровообращения за 2003–2014 гг. уменьшилась с 801,6 до 646,7 (для мужчин) и с 885,0 до 660,2 (для женщин) на 100 тыс. населения. Кроме того, в России наблюдается снижение неравенства в продолжительности жизни: если в 1995–2000 гг. коэффициент Джини для продолжительности жизни составлял 0,16, то в 2010–2015 гг. — 0,14 (расчет на основе статистики ООН³).

Хотя на здоровье населения влияет множество показателей (социально-экономические условия, экология, поведенческие факторы, стресс и другие), улучшение показателей здоровья не в последнюю очередь обуславливается увеличением финансирования здравоохранения. Так, по данным ВОЗ за период 2000–2014 гг., общие (государственные и частные) расходы на здравоохранение в России в расчете на одного человека увеличились в 2,3 раза в неизменных ценах⁴.

¹ Федеральная служба государственной статистики (<http://www.gks.ru>) — здесь и далее.

² WHO Global Health Observatory (<http://www.who.int/gho/en/>).

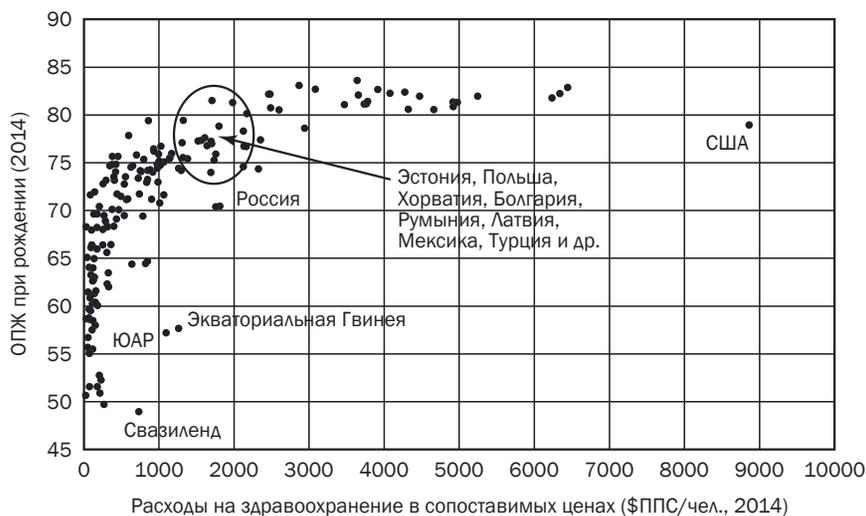
³ United Nations Statistics Division. Demographic and Social Statistics (<https://unstats.un.org/unsd/demographic/>).

⁴ WHO Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database>).

Между тем наблюдаемый прогресс в здравоохранении не позволяет говорить о достижении уровня как развитых, так и ряда развивающихся, в том числе постсоциалистических стран. Рост ОПЖ и снижение ее неравенства, снижение смертности оказались недостаточными и несопоставимыми с увеличением финансирования. При сопоставимых расходах на здравоохранение ОПЖ в России существенно меньше, чем в других странах: 71 год против 74–76 лет (рис. 1). Аналогичный разрыв также наблюдается и в ожидаемой продолжительности здоровой жизни, смертности по основным классам болезней, неравенству в продолжительности жизни. Все это потенциально указывает на низкую эффективность расходов на здравоохранение, что предопределяет необходимость разработки мер по ее повышению.

Рисунок 1

Ожидаемая при рождении продолжительность жизни и расходы на здравоохранение в России и странах мира в 2014 г.



Источник: составлено авторами по данным ВОЗ (WHO Global Health Expenditure Database) и Всемирного банка (The World Bank Databank).

В разделе 1 проводится анализ основных причин низкой эффективности расходов на здравоохранение в России; разделы 2–5 посвящены основным направлениям реформ, нацеленных на преодоление выделенных проблем. Наконец, в заключение приводится примерная длительность и порядок проведения реформы отечественного здравоохранения.

ПРОБЛЕМЫ В ОТЕЧЕСТВЕННОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Низкая эффективность расходов на здравоохранение в России, с нашей точки зрения, является следствием целого ряда причин, среди которых следует особенно выделить:

1. несбалансированную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее – ПГГ);
2. структурную диспропорцию в источниках финансирования расходов на здравоохранение;
3. отсутствие полноценной программы амбулаторного лекарственного обеспечения;
4. недостаточную мотивацию профессиональных участников системы здравоохранения.

Рассмотрим данные причины подробнее.

Несбалансированная ПГГ

Любая государственная система здравоохранения, по сути, может быть охарактеризована путем ответа на три основных вопроса: (1) какая медицинская помощь финансируется государством? (2) кто получает такую медицинскую помощь? (3) сколько надо доплатить из личных средств для получения такой помощи? Формальный ответ на указанные вопросы в России содержится в ПГГ, которая ежегодно утверждается Правительством РФ. Согласно ПГГ, любая медицинская помощь, за исключением некоторых видов стоматологии и косметологии, предоставляется каждому гражданину нашей страны бесплатно за счет государственных средств.

Однако, несмотря на гуманистический характер такого принципа, в действительности взятые государством на себя гарантии в сфере охраны здоровья граждан являются невыполнимыми. Основная причина — невозможность полного удовлетворения спроса со стороны населения на услуги здравоохранения в условиях сколь-либо ограниченного финансирования. Кроме того, непрерывное развитие медицинской науки и техники приводит к быстрому увеличению числа возможных методов лечения, что расширяет возможности медицины, но также требует роста финансирования. Гарантии государства в России могли в той или иной степени выполняться 30 лет назад, в первую очередь в силу серьезного дефицита высокотехнологичных методов в системе массового здравоохранения. Однако сегодня с приходом в российскую действительность инновационных и дорогостоящих методов принцип «всем все бесплатно» не выполняется и выполняться не может ни при каких обстоятельствах. Игнорирование этого государством в итоге превращается из заботы о гражданах, которая на деле оказывается лишь декларацией, в проблему, приводящую к:

- неравенству в доступе к медицинской помощи, включая дискриминацию пожилых и хронических больных;
- дефициту тарифа по большинству видов медицинской помощи, что влечет за собой снижение качества предоставляемой помощи;
- непрозрачным условиям участия в реализации ПГГ для ее участников (затрудняет планирование и отталкивает частный сектор от участия в реализации программы ОМС).

Очевидно, что все это приводит к снижению эффективности расходования средств на здравоохранение.

Структурная диспропорция в источниках финансирования расходов на здравоохранение

Существенный недостаток действующей ПГГ — содержащийся в ней запрет на взимание дополнительной оплаты при предоставлении услуг, предусмотренных ПГГ. Теоретически такой порядок призван создать полную защиту населения от финансовых рисков, связанных с необходимостью оплаты медицинской помощи в случае болезни, однако на практике это не так. Имеются свидетельства того, что население вынуждено софинансировать получение некоторых видов помощи в государственном здравоохранении, причем участие населения в оплате является слишком высоким. По наиболее оптимистичным оценкам, доля частных расходов на здравоохранение в России составляет 38,9 % (2015 г., данные ОЭСР⁵), в то время как в большинстве развитых стран аналогичный показатель не превышает 30 %. ВОЗ дает еще более высокую оценку частных расходов в России: 48 % (2014 г., данные за 2015-й недоступны)⁶, что сопоставимо с США, при том что в этой стране здравоохранение для большинства категорий населения является исключительно частным. Среди частных расходов в России доминирующее положение занимают прямые

⁵ OECD.Stat (<http://stats.oecd.org>) — здесь и далее.

⁶ WHO Global Health Expenditure Database.

платежи граждан: 94 % частных расходов на здравоохранение, а доля ДМС составляет лишь 6 % (данные ОЭСР за 2015 г.; более подробный анализ частных расходов на здравоохранение представлен в работе [1]).

Высокий размер и доля прямых расходов граждан на здравоохранение, в т. ч. неформальных, свидетельствуют о проблемах с доступностью медицинской помощи для населения и необходимостью оплаты существенных расходов в случаях, если по каким-либо причинам соответствующая медицинская помощь не предоставляется в рамках государственного здравоохранения. Следует также учитывать, что на уровне отдельного индивида или домохозяйства прямые расходы крайне вариативны, т. к. риски в здравоохранении являются крупными и непредсказуемыми, что дополнительно усугубляет данную проблему. В итоге проблемы с доступностью медицинской помощи ухудшают результаты в здравоохранении: снижают продолжительность жизни, увеличивают смертность и заболеваемость, что приводит к снижению эффективности расходов.

Основной причиной высоких частных расходов можно считать сравнительно низкий уровень государственных расходов на здравоохранение, который не соответствует текущему социально-экономическому развитию страны и взятым государством обязательствам в области охраны здоровья граждан. В странах ОЭСР в среднем государственные расходы на здравоохранение составляют 6,5 % ВВП, в то время как в России, по разным оценкам, только 3,5–3,7 % ВВП. Более того, за период 2006–2014 гг. государственные расходы в реальном выражении увеличились на 32 % (данные ОЭСР), в то время как частные — на 66 % (расчет на основе данных Росстата).

Другая причина высоких частных расходов — тот факт, что ПГГ не предполагает софинансирования медицинской помощи со стороны населения, даже если такое софинансирование осуществляется добровольно. Население не имеет возможности осуществить доплату в разнице стоимости медицинской услуги желаемого качества или количества и вынуждено выбирать между полной оплатой такой услуги в частном здравоохранении или отказом от услуги повышенного качества и получением фактически доступной помощи в государственном здравоохранении. В результате стоимость качественной медицинской помощи является слишком высокой.

С другой стороны, неоспоримо, что достаточно большое количество видов медицинской помощи (в основном базовой) действительно доступно населению России бесплатно. Однако это также порождает определенные проблемы: ценовые сигналы для населения в таком случае отсутствуют, что способствует максимизации потребления фактически доступной помощи без оглядки на рациональную необходимость ее получения.

Отсутствие полноценной программы амбулаторного лекарственного обеспечения

Другой недостаток действующей ПГГ — ее дисбаланс с точки зрения соотношения гарантий в области оказания медицинской помощи и гарантий в области лекарственного обеспечения. Гарантии по оказанию медицинской помощи являются всеобъемлющими, в то время как лекарственное обеспечение амбулаторных больных по общему порядку осуществляется за счет личных средств граждан. В результате население вынуждено самостоятельно оплачивать полную стоимость лекарственных средств, что приводит к их недостаточному потреблению и, как следствие, к снижению эффективности предоставляемой медицинской помощи. Так, по данным DSM Group, общий объем фармацевтического рынка в России в 2016 г. составил 1344 млрд руб., или 9254 руб. на одного человека (\$153) [2], в то время как в среднем в странах ОЭСР подушевое потребление лекарственных средств составляет \$556 (данные за 2015 г.).

Исключениями из общего правила амбулаторного лекарственного обеспечения выступает ряд льготных программ, которые предполагают бесплатное предоставление лекарств и медицинских изделий некоторым категориям граждан и (или) при определенных заболеваниях: федеральная программа обеспечения необходимыми лекарственными

средствами (ОНЛС), федеральная программа «Семь высокочатратных нозологий» (7 ВЗН) и региональные льготы. Между тем такая система лекарственного обеспечения обладает существенными недостатками: дублирование льгот в рамках разных программ, непрозрачные критерии включения лекарственных препаратов в льготные перечни и определения получателей льгот, разный уровень финансирования программ в субъектах Федерации и, как следствие, — значительные территориальные различия в составе льгот. Кроме того, практически все действующие программы льготного лекарственного обеспечения в России не предполагают финансового участия со стороны населения, что способствует неэффективному распределению лекарств среди льготников и сверхпотреблению фактически доступных лекарственных средств.

Недостаточная мотивация профессиональных участников системы здравоохранения

В состав основных участников системы здравоохранения традиционно включаются пациенты и профессиональные участники: органы государственной власти, ответственные за организацию медицинской помощи в рамках государственного здравоохранения, страховые медицинские организации (СМО), медицинские организации и врачебное сообщество. При этом в настоящее время в России ни один из профессиональных участников не заинтересован в эффективности системы здравоохранения.

В частности, доход врачей в России практически не зависит от их компетенций. Освоение смежных специальностей потенциально могло бы позволить повысить эффективность оказания медицинской помощи, однако у врачей отсутствует достаточная финансовая мотивация для повышения квалификации.

Объем финансирования медицинских организаций также не зависит от результатов и качества их деятельности, т. к. в большинстве субъектов Российской Федерации при планировании территориальных программ происходит жесткое распределение объемов медицинской помощи, причем перераспределение объемов в течение года возможно только в исключительных случаях. Ситуация осложняется тем, что органы власти субъектов одновременно представляют как покупателя медицинской помощи (де-факто в лице территориального фонда ОМС), так и ее поставщика (в лице бюджетных учреждений здравоохранения, учредителем которых в большинстве случаев является орган исполнительной власти в сфере здравоохранения). Таким образом, принцип разделения полномочий покупателя и поставщика, который традиционно считается одним из основных инструментов по повышению эффективности расходов на здравоохранение, в России не соблюдается. Низкая степень политической ответственности органов исполнительной власти субъектов РФ в нашей стране дополнительно усугубляет данную проблему.

Итоги

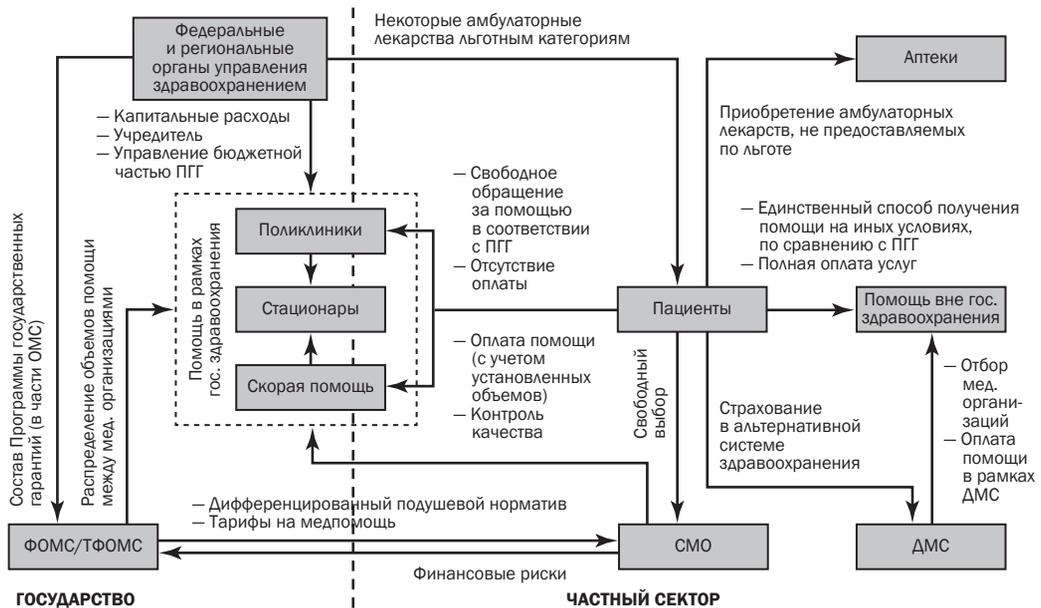
Текущая модель российского здравоохранения концептуально отражена на рис. 2, который был построен в первую очередь с целью проиллюстрировать изложенные выше основные проблемы. Для их решения, с нашей точки зрения, в России необходима реализация следующих направлений реформы:

1. балансировка ПГГ;
2. изменение подходов к регулированию частных расходов на здравоохранение, развитие ДМС;
3. реформа системы амбулаторного лекарственного обеспечения;
4. корректировка мотивации профессиональных участников системы здравоохранения.

Перспективная модель здравоохранения, в рамках которой учтены данные предложения, концептуально проиллюстрирована на рис. 3. Далее рассмотрим каждое из направлений реформы подробнее.

Рисунок 2

Текущая модель здравоохранения



Источник: составлено авторами.

Рисунок 3

Перспективная модель здравоохранения



Примечание: ПЖНВЛП — перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов.

Источник: составлено авторами.

БАЛАНСИРОВКА ПГГ

Для решения проблем, связанных с дисбалансом ПГГ (непрозрачный состав гарантий и следующее из этого неравенство в доступе к помощи, дефицит тарифов ОМС и т. д.), необходимо привести в соответствие объем государственных гарантий в здравоохранении и имеющиеся ресурсы. Теоретически для балансировки государственных гарантий в любой области возможно два варианта: увеличить финансирование либо сократить объем гарантий. Однако в нынешних условиях отсутствия четко определенных гарантий в здравоохранении простое увеличение финансирования не приведет к балансировке ПГГ, т. к. современная система здравоохранения может интернализировать любой объем средств. Поэтому ключевым инструментом балансировки ПГГ должна стать ее конкретизация и лишь потом (в случае наличия соответствующих ресурсов) — увеличение ее финансирования.

Конкретизация объема государственных гарантий позволит устранить дефицит в тарифах на оказание медицинской помощи и сделать ее оплату более прозрачной. Это в свою очередь приведет к повышению качества медицинской помощи, снизит стимулы медицинских организаций к отказу от проблемных пациентов, а также будет содействовать развитию конкуренции между медицинскими организациями различных форм собственности.

В целом возможны два варианта конкретизации ПГГ:

1. путем исключения отдельных услуг из государственного здравоохранения;
2. путем создания системы организованных очередей.

Реализация первого варианта может быть осуществлена путем доработки стандартов оказания медицинской помощи. Стандарт должен содержать конкретные виды всех возможных медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий, которые могут быть предоставлены бесплатно в рамках ПГГ при определенном заболевании/состоянии. Разработка стандартов должна осуществляться на основе клинических рекомендаций⁷ с учетом качества доказательной базы по эффективности отдельных медицинских технологий и имеющихся в наличии финансовых ресурсов. При этом стандарты не должны применяться для контроля качества медицинской помощи: для этой цели должны использоваться клинические рекомендации.

В качестве примера конкретизации ПГГ с использованием первого варианта возможно предложить пересмотр программы диспансеризации населения, в рамках которой целесообразно осуществлять только доказанно эффективные мероприятия по скринингу, такие как:

- взятие мазка (соскоба) с поверхности шейки матки и цервикального канала;
- маммография (для женщин не моложе 50 лет);
- исследование кала на скрытую кровь;
- УЗИ брюшной аорты с целью исключения аневризмы (мужчины 69–75 лет, однократно).

Потенциальный размер экономии при пересмотре программы диспансеризации составит около 23 млрд руб.

Также целесообразно внедрять стационар-замещающие технологии и отказаться от чрезмерной частоты проведения дорогостоящих исследований в ряде стандартов. Потенциальный размер экономии в данном случае составит 52 млрд и до 92 млрд руб. соответственно. Высвобождаемые средства целесообразно использовать для увеличения предоставления и снижения неравенства в доступности действительно эффективных и необходимых видов помощи (например, стентирования, шунтирования, трансплантации почки и др.).

⁷ Клинические рекомендации также требуют доработки, т. к. по многим заболеваниям на сегодняшний день российские клинические рекомендации отсутствуют.

Второй способ балансировки ПГГ — создание системы организованных очередей для всех или определенных видов помощи (например, только для дорогостоящих методов диагностики, обращения к врачам-специалистам). В рамках такой системы в начале года исходя из имеющихся средств определяются объемы конкретных видов помощи, которые будут предоставлены населению бесплатно. При этом существенным отличием данной системы от текущей (в которой также происходит предварительное жесткое ограничение объемов) является наличие организованной очереди пациентов. Если на сегодняшний день при обращении пациента, на лечение которого средств не хватает, медицинская организация вынуждена под тем или иным предлогом отказать ему в предоставлении помощи, то в предлагаемом случае такой пациент встанет в очередь и получит помощь в следующем году.

Для минимизации рисков при введении системы очередей на федеральном уровне возможно разработать порядок определения минимальных объемов помощи в субъектах РФ. Например, в первый год имеет смысл предусмотреть сохранение объемов всех видов помощи, на которые вводятся очереди, на уровне прошлого года. Это не решит проблемы дисбаланса ПГГ, однако позволит отладить механизм администрирования очередей. Далее можно требовать повышения объемов по ряду приоритетных видов помощи и ослаблять требования по объемам для других. Кроме того, за счет исключения ряда видов помощи из ПГГ уже в первый год могут быть увеличены средства на финансирование зафиксированных объемов.

Учитывая изложенное выше, мы считаем, что для балансировки ПГГ наиболее целесообразно:

1. разработать стандарты оказания медицинской помощи, содержащие конкретные виды всех возможных медицинских услуг, лекарственных средств и медицинских изделий, которые могут быть предоставлены бесплатно в рамках ПГГ при определенном заболевании/состоянии;
2. создать систему организованных очередей для всех видов помощи в рамках ПГГ.

Следует учитывать, что изменение объема охвата государственного здравоохранения не должно происходить только путем сокращения предоставления недостаточно эффективных с общественной точки зрения видов помощи. Наоборот, высвобождаемые за этот счет средства необходимо направлять на увеличение предоставления ряда видов помощи в государственном здравоохранении, например реабилитационной. Так, по данным ОЭСР, доля расходов на реабилитацию в стационаре за счет всех источников (государственных и частных) в 2014 г. в России составила 2,6 % всех текущих расходов на здравоохранение, что несколько больше, чем в среднем по странам ОЭСР, по которым имеется соответствующая информация: 1,7 %. Однако в России только 16 % указанных расходов оплачиваются за государственный счет, в то время как в странах ОЭСР доля государственного финансирования реабилитации — 83 %. Таким образом, на сегодняшний день государственное финансирование реабилитации в нашей стране следует признать недостаточным и его необходимо увеличивать.

ИЗМЕНЕНИЕ ПОДХОДОВ К РЕГУЛИРОВАНИЮ ЧАСТНЫХ РАСХОДОВ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Исходя из проведенного анализа проблем регулирования частных расходов на здравоохранение, целесообразно выделить три основных направления данной реформы:

1. повышение доступности качественной медицинской помощи путем разрешения добровольных соплатежей для получения медицинской помощи на иных медицинских условиях по сравнению с ПГГ;
2. развитие ДМС;
3. воссоздание ценовых сигналов в государственной системе здравоохранения.

Повышение доступности качественной медицинской помощи

Для повышения доступности качественной медицинской помощи в России целесообразно снять запрет на использование частных источников финансирования при реализации ПГГ. Исключаемые из ПГГ виды помощи, а также возможность получения помощи вне очереди в негосударственном сегменте системы здравоохранения могут стать сферой применения добровольных соплатежей населения. При этом возможны два варианта таких соплатежей:

1. в дополнение к средствам государственного здравоохранения;
2. без использования средств государственного здравоохранения.

Первый вариант соплатежа может применяться для улучшения условий получения помощи, оказываемой в рамках ПГГ. В частности, можно разрешить использование частных средств для применения (по желанию пациента) оригинальных лекарственных препаратов, препаратов, не предусмотренных стандартами лечения, более качественных изделий, имплантируемых в организм человека, лучших расходных материалов и т. д. В таком случае пациент оплачивает только разницу в стоимости между желаемым лекарством/изделием/расходным материалом и нормативом, заложенным в стандарт помощи. Оставшаяся часть средств оплачивается за счет средств государственного здравоохранения.

Второй вариант соплатежа должен применяться в случаях, когда использование государственных средств для софинансирования расходов пациента на медицинскую помощь нежелательно с общественной точки зрения. В частности, предлагаемые к исключению из ПГГ услуги либо не обладают доказанной клинической эффективностью, либо имеют более дешевые и при этом не менее качественные альтернативы, либо не являются медицинскими. Следовательно, софинансирование таких услуг за счет средств государственного здравоохранения нецелесообразно.

Кроме того, частные средства не следует использовать в дополнение к государственным при оплате продвижения в очереди. В частности, если государство будет софинансировать расходы таких пациентов, это уменьшит средства, направляемые для тех пациентов, которые стоят в очереди бесплатно, а также замедлит получение ими медицинских услуг. Таким образом, нецелесообразно взимать плату за обход очереди на получение услуги за государственный счет, можно лишь разрешить пациентам добровольно уйти из очереди и получить услугу полностью за свой счет.

Развитие ДМС

Для увеличения доступности медицинской помощи можно также расширить функции и ширину охвата ДМС. На сегодняшний день ДМС используется для получения помощи в альтернативной системе частного здравоохранения, причем для этого необходимо оплатить в т. ч. стоимость услуг, фактически доступных в государственном здравоохранении. Разрешенный функционал ДМС определяет его высокую стоимость (цена полиса, предусматривающего оказание базовой плановой помощи, на розничном рынке начинается от 30–35 тыс. руб. в год, что сопоставимо со средней месячной заработной платой в России) и низкую долю в финансировании здравоохранения.

Низкому распространению ДМС способствуют его высокая стоимость и неконкретные преимущества, которые, по сути, для большинства категорий населения видятся как предоставление услуг повышенной комфортности. Однако после того как гарантии государства в области здравоохранения будут четко определены, а при реализации ПГГ появится возможность привлекать частные средства, данные недостатки будут преодолены, и ДМС сможет использоваться для оплаты соплатежей, направленных на улучшение качества или увеличение количества медицинской помощи сверх уровня, предоставляемого бесплатно, как это происходит, например, в Нидерландах [3].

Воссоздание ценовых сигналов в ПГГ

Воссоздание ценовых сигналов в государственном здравоохранении позволит повысить ответственность населения за состояние своего здоровья, снизить число необоснованных обращений за медицинской помощью, увеличить время приема врача, снизить время ожидания в очереди, а также уменьшить остроту проблем приписок и неформальных платежей в амбулаторном звене.

С учетом положений, сформулированных в ст. 41 Конституции РФ, воссоздание ценовых сигналов не должно нарушать прав пациентов на бесплатную медицинскую помощь. Однако воссоздание ценовых сигналов возможно путем персонификации части средств ОМС, т. е. без привлечения дополнительных средств пациентов. Финансирование персонифицированной части средств ОМС следует осуществлять в дополнение к общей части, которая будет продолжать формироваться в том же порядке, что и сегодня.

Персонифицированную часть средств ОМС предполагается использовать для частичной оплаты амбулаторной помощи в дополнение к общей части средств ОМС, которая будет использоваться для оплаты помощи в том же объеме и по тем же тарифам, что и сегодня. Тариф на оплату за счет средств персонифицированной части устанавливается в размере фиксированного платежа за одно посещение (однако возможны и другие варианты, подробнее см. в работе [4]). Кроме того, вводится ограничение на предельный размер оплаты за год за счет средств персонифицированной части, после достижения которого оплата помощи осуществляется только за счет общих средств.

Средства сверх предела резервирования, а также неиспользованные остатки прошлых лет могут использоваться держателем счета для оплаты разрешенных медицинских расходов (добровольные соплатежи, ДМС, платные медицинские услуги, включая стоматологию, рецептурные лекарственные препараты), что и является способом воссоздания ценового сигнала.

Кроме того, в рамках данного инструмента стоит предусмотреть систему поощрений: скидки на приобретение лекарств за счет персонифицированной части (цель: развитие безналичных платежей), возврат средств, потраченных на оплату посещения врача, и дополнительное финансовое стимулирование в случае прохождения рекомендуемых мероприятий по профилактике (цель: создание мотивации к ответственному отношению к своему здоровью).

Эффекты от персонификации средств ОМС можно оценить в рамках пилотного проекта, проводимого в одном или нескольких субъектах РФ. При этом в рамках пилотного проекта формирование персонифицированной части целесообразно осуществлять за счет субсидии из федерального бюджета, а при последующем запуске программы на всей территории страны возможно использовать и альтернативные источники.

РЕФОРМА СИСТЕМЫ АМБУЛАТОРНОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ

Для решения накопившихся проблем в области лекарственного обеспечения в России целесообразно перейти на единую программу всеобщего лекарственного обеспечения на основе референтных цен. В рамках такой системы для всего населения государство оплачивает фиксированную стоимость (цену возмещения) лекарственного препарата, которая определяется для международного непатентованного наименования лекарственного средства (или для более широких групп лекарственных средств), а разница между стоимостью желаемого лекарственного средства и ценой возмещения оплачивается пациентом. В данной системе также целесообразно предусмотреть минимальные (фиксированные) обязательные соплатежи пациентов для тех случаев, когда пациенты выбирают лекарственное средство, стоимость которого совпадает или ниже цены возмещения.

Система лекарственного возмещения на основе референтных цен в будущем может заменить текущие программы льготного лекарственного обеспечения. При этом для контроля риска снижения доступности (для тех категорий населения, которые сегодня получают льготное лекарственное обеспечение) и риска сохранения недоступности лекарственных средств (для тех категорий населения, которые в сегодняшней системе ничего не получают) может использоваться персонифицированная часть средств ОМС, которая в т. ч. станет источником оплаты соплатежа и (или) разницы в ценах.

КОРРЕКТИРОВКА МОТИВАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

В рамках данной группы мер возможно выделить три основных направления реформы:

1. внедрение классических страховых принципов в систему ОМС (мотивация СМО);
2. развитие конкуренции между медицинскими организациями (мотивация медицинских организаций);
3. внедрение модели общеврачебной практики (мотивация врачебного сообщества).

Внедрение классических страховых принципов в систему ОМС

Внедрение классических страховых принципов в систему ОМС (внедрение т. н. «рисковой» модели ОМС) предполагает, что СМО станут финансово заинтересованными в повышении эффективности системы здравоохранения. Заинтересованность СМО можно обеспечить путем передачи им финансовой ответственности по страховому риску, т. е. риску возникновения сверхнормативных расходов на оплату медицинской помощи, оказываемой прикрепленному населению, и соответствующих полномочий по управлению страховым риском. При этом в дополнение к финансовому риску страховщику также должны быть переданы полномочия по его управлению: выбор поставщиков медицинских услуг, установление дополнительных критериев качества, осуществление контроля качества. Кроме того, возможно разрешить СМО предлагать программы дополняющего ДМС. Предоставление данных полномочий также выступает важным элементом развития конкуренции между страховыми организациями.

Основным результатом внедрения модели ОМС, основанной на классических страховых принципах, станет появление в сфере ОМС квалифицированного покупателя бесплатной медицинской помощи — СМО, заинтересованного в повышении эффективности использования страховых средств, в т. ч. путем повышения качества и доступности медицинской помощи. Контролируемая конкуренция между страховщиками должна привести к росту качества обслуживания пациентов, которое дополнительно также будет обеспечиваться государственным регулированием системы ОМС (например, созданием системы перераспределения страховых премий в зависимости от рискованности портфеля, регулированием тарифов в сфере ОМС и пр.).

Как и в случае персонификации средств ОМС, эффекты от внедрения классических страховых принципов в ОМС целесообразно протестировать в рамках региональных пилотных проектов, проводимых в несколько основных этапов. Подготовительный этап должен включать в себя первоначальную балансировку территориальной ПГГ, разработку обновленных правил ОМС, корректировку методики расчета тарифов на медицинскую помощь и дифференцированного подушевого норматива. В рамках первого этапа возможно осуществить передачу СМО 2–5 % рисков без передачи полномочий покупателя (цель — отладить взаимодействие между основными участниками). Второй этап — передача рисков (вплоть до 100 %) и полномочий покупателя амбулаторной помощи (с одновременной передачей части риска по стационарной помощи). Заключительный этап — окончательная передача рисков и полномочий покупателя СМО стационарной помощи.

Развитие конкуренции между медицинскими организациями

Развитие конкуренции между медицинскими организациями может рассматриваться в качестве альтернативы или в качестве дополнения к передаче полномочий покупателя частным страховым организациям. В последние десятилетия развитые страны активно применяют меры, направленные на развитие конкуренции, которые могут быть ориентированы на создание конкуренции исключительно между государственными поставщиками медицинских услуг («внутренний рынок медицинской помощи») или конкуренции между медицинскими организациями различных форм собственности. Основная цель таких мер — минимизация риска неэффективности, связанного с утратой экономической мотивации поставщиками бесплатной медицинской помощи.

Необходимым условием для оптимизации государственной системы здравоохранения в обоих случаях является расширение хозяйственной самостоятельности государственных медицинских организаций, позволяющее принимать управленческие решения, а также нести ответственность в пределах установленных контрактом обязательств. Во многих странах Центральной и Восточной Европы были приняты меры по изменению правового статуса государственных медицинских организаций, включавшие преобразование государственных учреждений в некоммерческие организации или акционерные общества, одним из держателей акций которых является государство (Польша, Чехия), приватизацию (амбулаторно-поликлинические учреждения в Польше, Словакии, Чехии) [5].

Допуск к участию в предоставлении бесплатной медицинской помощи частных медицинских организаций значительно усиливает влияние конкуренции. Исследованиями отмечается улучшение клинических результатов деятельности, а также управленческой и финансовой эффективности медицинских организаций в результате реализации расширенной конкуренции, что позволяет обеспечить повышение общей эффективности предоставления медицинской помощи, несмотря на увеличение транзакционных затрат и рисков, связанных с избыточными и/или дублируемыми мощностями [см., напр. 6].

Тем не менее для создания равных условий для государственных и частных медицинских организаций в России необходимо включить финансирование капитальных расходов в тариф ОМС (в настоящее время в общем порядке такие расходы оплачиваются напрямую за счет средств бюджетов субъектов, причем частные медицинские организации не имеют права на оплату капитальных расходов за счет данных средств). В Нидерландах с начала 2010-х гг. реализуется полное включение капитальных расходов в тариф ОМС, что дает медицинским организациям свободу в принятии инвестиционных решений, обеспечивая более гибкое реагирование на изменение потребностей в медицинской помощи [7]. Включение капитальных расходов в тариф ОМС также позволит повысить их эффективность, которая на сегодняшний день находится на крайне низком уровне, снизит территориальную дифференциацию в финансировании данных расходов, а также нагрузку на бюджеты субъектов РФ.

Внедрение модели общеврачебной практики в амбулаторном звене

Для стимулирования врачебного сообщества к повышению квалификации и увеличению качества предоставляемых услуг в амбулаторном секторе имеет смысл заместить существующую модель поликлиники моделью общеврачебной практики (ОВП) с элементами косвенного фондодержания. Последнее предполагает, что врач ОВП получает оплату за услуги, которые при наличии соответствующей квалификации он может предоставить самостоятельно, а в случае отсутствия необходимой квалификации — передать соответствующую функцию и оплату врачу-специалисту. Кроме того, в рамках данной системы возможно учитывать и выезды скорой медицинской помощи к хроническим больным.

Преимуществом модели ОВП по сравнению с текущей ситуацией выступает возможность оказания широкого спектра базовых медицинских услуг одним специалистом,

финансово заинтересованным в максимальном расширении своей квалификации. В результате отпадет необходимость содержания значительного числа врачей-специалистов, функции которых станут выполнять врачи ОВП. Кроме того, можно ожидать существенного роста квалификации и привлекательности работы в амбулаторном звене.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Ряд предложений по реформе отечественного здравоохранения может быть реализован сравнительно быстро. В частности, включение капитальных расходов в тариф ОМС может быть осуществлено за один год и де-факто является лишь способом перераспределения расходных полномочий между Федерацией (ФОМС) и регионами. Автономизация государственных учреждений здравоохранения также не требует значительных временных и денежных затрат.

Персонификация части средств ОМС сама по себе также может быть проведена относительно быстро. Однако учитывая, что выделение персонифицированной части для всего населения является крайне затратным, вначале необходимо оценить эффективность данной меры, что может быть сделано в рамках двух-трехлетних региональных пилотных проектов. По их результатам также можно будет оценить возможное увеличение финансирования первичного звена, что предопределяет последующую скорость перехода к модели ОВП.

Реформа системы амбулаторного лекарственного обеспечения представляет собой пример более долгосрочного проекта, на реализацию которого потребуется 3–4 года. В первый год имеет смысл начать предоставление лекарственных средств больным с ишемической болезнью сердца и артериальной гипертензией. Во второй год список заболеваний может быть расширен на несколько других наиболее распространенных хронических заболеваний. Наконец, начиная с третьего года возможен запуск процесса объединения программ льготного лекарственного обеспечения.

Балансировка ПГГ представляет, пожалуй, одну из наиболее длинных и трудоемких реформ, работу над которой, в т. ч. разработку обновленных стандартов оказания медицинской помощи и клинических рекомендаций, необходимо начинать как можно раньше. Особую важность данной работы определяет не только возможность преодолеть вытекающие из несбалансированности ПГГ недостатки, но и необходимость конкретного описания гарантий для других элементов реформы: разрешение на использование частных средств в дополнение к государственным и внедрение полноценной модели ОМС, основанной на классических страховых принципах.

Между тем не следует полностью откладывать внедрение данных элементов до момента полной балансировки ПГГ, на которую потребуется не менее четырех–пяти лет. По мере разработки стандартов медицинской помощи, содержащих конкретный перечень услуг, лекарств и медицинских изделий, положенных бесплатно, можно разрешать использование добровольных соплатежей и ДМС для улучшения медицинских условий оказания помощи при заболеваниях, для которых разработаны такие стандарты.

Внедрение классических страховых принципов в систему ОМС без общенациональной балансировки ПГГ можно реализовать в рамках нескольких региональных пилотных проектов длительностью около пяти лет. При этом осуществление балансировки территориальной ПГГ для проведения такого пилотного проекта может происходить путем сохранения текущего порядка управления высокорисковыми видами помощи (онкология, нефрология и др.) и дофинансирования оставшихся видов помощи, погружаемых в рисковую модель ОМС.

Таким образом, если начать проводить изменения в 2018 г., предлагаемые реформы возможно осуществить в течение последующего электорального цикла и к 2024 г. добиться более качественной, доступной и справедливой системы здравоохранения.

Библиография

1. Авксентьев Н. А., Байдин В. М., Зарубина О. А., Сисигина Н. Н. Частные расходы на здравоохранение в регионах России: факторы и последствия // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2016. № 6. С. 20–35.
2. Фармацевтический рынок России 2016 / DSM Group. URL: http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2016_rus.pdf.
3. Sagan A., Thomson S. Voluntary Health Insurance in Europe / World Health Organization, 2016.
4. Сисигина Н. Н., Омеляновский В. В., Авксентьев Н. А. Обзор международной практики использования механизма разделения затрат в национальных системах здравоохранения // Фармакоэкономика. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология. 2015. Т. 8. № 2.
5. Healy J., McKee M. Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe and Central Asia // Eurohealth. 2001. Vol. 7. № 3.
6. Evidence Scan: Competition in Healthcare / The Health Foundation, 2011.
7. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al. The Netherlands: Health System Review // Health Systems in Transition. 2016. Vol. 18. № 2.

Авторы



Назаров Владимир Станиславович, к. э. н., директор Научно-исследовательского финансового института; заместитель директора Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС
(e-mail: nazarov@nifi.ru)



Авксентьев Николай Александрович, советник директора Научно-исследовательского финансового института; науч. сотр. Института социального анализа и прогнозирования РАНХиГС
(e-mail: na@nifi.ru)

V. S. Nazarov, N. A. Avxentyev

Healthcare in Russia: Problems and Perspectives

Abstract

There is an evidence that today health spending efficiency in Russia is low: comparing Russia to foreign countries shows that, considering current expenditures, a number of medico-social variables reflecting healthcare effectiveness, e.g. life expectancy, mortality and equity in access to healthcare, can be improved. The article examines causes that deteriorate health spending efficiency: imbalance in Program of state guarantees in health, structural disproportion in health spending sources, the lack of universal outpatient drug provision program and inadequate motivation of health professionals. The authors also examined possible measures aiming to solve stated problems.

Keywords:

health reform, program of state guarantees in health, compulsory health insurance, voluntary health insurance, drug provision

JEL: I18

Authors' affiliation:

Nazarov Vladimir S. (e-mail: nazarov@nifi.ru), Financial Research Institute, Moscow 127006, Russian Federation; Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow 119571, Russian Federation

Avxentyev Nikolay A. (e-mail: na@nifi.ru), Financial Research Institute, Moscow 127006, Russian Federation; Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow 119571, Russian Federation

References

1. Avxentyev N. A., Baydin V. M., Zarubina O. A., Sisigina N. N. Private Health Expenditures in Russian Regions: Determinants and Consequences. *Finansovj žhurnal – Financial Journal*, 2016, no. 6, pp. 20–35.
2. DSM Group. Pharmaceutical Market of Russia 2016. Available at: http://dsm.ru/docs/analytics/Annual_Report_2016_rus.pdf.
3. Sagan A., Thomson S. Voluntary Health Insurance in Europe. World Health Organization, 2016.
4. Sisigina N. N., Omel'yanovskii V. V., Avxentyev N. A. Review of the International Practice of Cost-Sharing Mechanism in National Health Care Systems. *Farmakoeconomika. Sovremennaja farmakoeconomika i farmakoepidemiologija – PHARMACOECONOMICS. Modern Pharmacoeconomics and Pharmacoepidemiology*, 2015, vol. 8, no. 2, pp. 62–69.
5. Healy J., McKee M. Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe and Central Asia. *Eurohealth*, 2001, vol. 7, no. 3.
6. Evidence Scan: Competition in Healthcare. The Health Foundation, 2011.
7. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al. The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2016, vol. 18, no. 2.