

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА
И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ
ПРИ ПРЕЗИДЕНТЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Дмитриев М.Э., Калмыков Н.Н., Ларина А.К.,
Крапиль В.Б.**

**Развитие государственно-частного страхования
дорогостоящего ухода и лечения пожилых граждан с
учетом поведенческих эффектов и количественной
оценки рисков**

Москва 2020

Аннотация. Медицинское страхование, пенсионное страхование, долгосрочное страхование жизни, социальное обслуживание, старение населения

Работа посвящена проблемам развития социального страхования с учетом долгосрочных демографических и технологических вызовов.

Целью исследования, представленного в работе, является разработка новых финансово-экономических механизмов, для повышения финансовой устойчивости системы социального страхования и для повышения доступности передовых технологий здравоохранения и социального ухода.

Дмитриев М.Э., главный научный сотрудник центра публичной политики и государственного управления ИОН Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Калмыков Н.Н., директор научно-исследовательского Центра, Экспертно-аналитический центр ИОН Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Ларина А.К., ведущий научный сотрудник Экспертно-аналитического центра ИОН Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Крапиль В.Б., научный сотрудник центра публичной политики и государственного управления, Школа публичной политики и управления, ИОН Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2019 год

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
1 Обзор новых тенденций в демографической, технологической, медицинской, финансовой и иных сферах, значимых для долгосрочного развития системы социального страхования.....	8
1.1 Демографические тенденции.....	8
1.2 Влияние новых технологий.....	10
1.3 Развитие медицинских технологий.....	12
1.4 Развитие финансовых инструментов.....	13
2 Использование метода дискретного выбора для анализа готовности населения платить за дорогостоящую медицинскую помощь и уход.....	16
3 Оценка дополнительных ресурсов, которые могут быть получены системой здравоохранения и дорогостоящего ухода за счет добровольных страховых взносов и обратной ипотеки.....	22
4 Анализ долгосрочных возможностей развития продуктовой линейки медицинского и социального страхования и оказания социальных услуг пожилым людям с использованием ресурсов домохозяйств.....	30
4.1 Особенности механизма обратной ипотеки.....	30
4.2 Обратная ипотека в России.....	31
5 Развитие добровольного медицинского страхования и долгосрочного ухода.....	37
5.1 Возможные подходы к развитию ДМС.....	37
5.2 Страхование долгосрочного ухода в новой системе российского здравоохранения..	39
5.3 Поддержка малоимущих граждан.....	42
5.4 Формирование интегрированной цифровой платформы.....	44
5.5 Роль доступа к технологиям в разграничении обязательств ОМС и платной медицины.....	46
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	49
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	57

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

В настоящей работе применяют следующие сокращения и обозначения:

ADL	- Activities of Daily Living - Виды повседневной активности
ФНА	- Federal Housing Administration -Федеральное управление жилищного строительства
HECM	- Home Equity Conversion Mortgage - Ипотека с конверсией собственного капитала домовладельца(разновидность обратной ипотеки)
IADL	- Instrumental Activities of Daily Living - Инструментальная деятельность повседневной жизни
LTCI	- Long term care insurance - Страхование долгосрочного ухода
RLMS HSE (НИУ ВШЭ)	- The Russia Longitudinal Monitoring Survey - Higher School of Economics (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»)
АИЖК	- Агентство ипотечного жилищного кредитования
АРИЖК	- Агентство по реструктуризации ипотечных жилищных кредитов
ВВП	- Валовой внутренний продукт
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВЭБ	- Внешэкономбанк
ГК	- Гражданский кодекс
ГЧП	- Государственно-частное партнерство
ДМС	- Добровольное медицинское страхование
ЕГИСЗ	- Единая государственная информационная система в сфере здравоохранения
ЕЦК	- Единый цифровой контур
ИЭМК	- Интегрированная электронная медицинская карта
МИС	- Медицинские информационные системы
НДФЛ	- Налог на доходы физических лиц
НИУ ВШЭ	- Научно-исследовательский университет Высшая школа экономики
ОМС	- Обязательное медицинское страхование
ОПС	- Обязательное пенсионное страхование
РФ	- Российская Федерация
СДУ	- Система долговременного ухода
СМО	- Страховая медицинская организация
СППР (СППВР)	- Системами поддержки принятия (врачебных) решений
США	- Соединенные штаты Америки
ТФОМС	- Территориальный фонд обязательного медицинского страхования
УЗИ	- Ультразвуковое исследование
ФАП	- Фельдшерско-акушерский пункт
ФЗ	- Федеральный закон
ФОМС	- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
ФСС	- Фонд Социального Страхования

ВВЕДЕНИЕ

Долгосрочные тенденции старения населения ведут к нарастанию потенциальных потребностей в дорогостоящем уходе и лечении пожилых людей. При отсутствии других механизмов адекватного страхового покрытия данных рисков это может привести к эскалации требований по увеличению размеров пенсий, как источника финансирования этих расходов, несмотря на то что пенсионное страхование по своей экономической природе в принципе не предназначено для покрытия подобных рисков. Тем самым, усиливаются риски долгосрочной финансовой дестабилизации всей системы социального страхования и нарастает отставание технологического уровня услуг, доступных в системе, от мировой технологической границы. Однако оценка долгосрочных актуарных последствий нарастания этих проблем до сих пор не проводилась, равно как и актуарный анализ возможных альтернативных решений по финансированию рисков дорогостоящего лечения и ухода в старших возрастах.

Проблемы старения населения и их влияние на устойчивость систем пенсионного и социального страхования обсуждаются в обширной научной литературе (например, ВОЗ (2016) [1], Гурвич, Сони́на (2012) [2], WHO (2002) [3], Góra и др. (2010) [4], He и др. (2016) [5]). При этом большое значение придается вопросам поведенческой адаптации домохозяйств к новой социально-демографической ситуации (Голубева, Данилова (2011) [6], Корнилова (2011) [7], Прокофьева, Миронова (2015) [8], Pinguart, Sørensen (2000) [9], Siu, Phillips (2002) [10], Walker (2002 и 2015) [11,12]). Примером исследования по выявлению готовности платить за сокращение рисков является статья Schneider, Zweifel (2013) [13], а также статья Беккер и Цвайфеля (2008) [14] с результатами эксперимента по дискретному выбору (конджойнт-анализ, DCE), позволившего выявить готовность платить за атрибуты медицинского страхования. Harrison и др. (2014) [15] предлагает обзор применения экспериментов по дискретному выбору с целью оценки готовности платить за сокращение рисков в здравоохранении. Наконец, Muhlbacher и др. (2016) [16] описывает новую методологию количественной оценки предпочтений (best-worst scaling), являющуюся (ещё не получившей признания) альтернативой экспериментам по дискретному выбору. В контексте старения ряд зарубежных исследователей указывает на неудовлетворительное покрытие рисков дорогостоящего ухода и лечения в рамках существующих систем социальной защиты и социального страхования и на необходимость разработки новых более гибких государственно-частных систем страхования этих рисков (Chen (2003) [17], Hudson (1993) [18], Scanlon (2001) [19]). Однако применительно к российской системе социального страхования вопросы развития

страховых механизмов покрытия рисков дорогостоящего ухода и лечения в свете новых социально-демографических тенденций в литературе подробно не анализируются.

1 Обзор новых тенденций в демографической, технологической, медицинской, финансовой и иных сферах, значимых для долгосрочного развития системы социального страхования

1.1 Демографические тенденции

В мировой и отечественной литературе, посвященной проблемам изменения демографической структуры общества, с середины XX века получила широкое распространение Концепция демографического перехода. Впервые данный термин был введен в употребление американским демографом Ф. Ноутстейном в 1945 году. Классическая модель демографического перехода выделяет 4 фазы:

- в первую фазу снижение коэффициента смертности происходит опережающими темпами по сравнению с коэффициентом рождаемости, демонстрирующим инерционность, что обуславливает период т.н. «демографического взрыва» – резкого роста численности населения;
- во вторую фазу темпы снижения коэффициента смертности замедляются, а коэффициент рождаемости, напротив, падает ускоренными темпами, что предопределяет замедление прироста численности и демографическое старение населения;
- в третью фазу начинается рост коэффициента смертности вследствие старения населения и увеличения доли людей пожилого возраста, а коэффициент рождаемости замедляет свое снижение, в этот период наблюдается максимальная нагрузка на трудоспособное население;
- в четвертую фазу значения коэффициентов рождаемости и смертности выравниваются, коэффициент рождаемости достигает минимальных значений, а коэффициент смертности вновь начинает падать в результате новых достижений медицины и продолжающегося увеличения продолжительности жизни.

В настоящий момент развитые страны Европы, Северной Америки, Япония и Австралия находятся в четвертой фазе демографического перехода.

Увеличение продолжительности здоровой жизни означает расширение возможностей по вовлечению пожилых людей в различные виды экономической активности. Как результат, на протяжении периода здоровой жизни пенсионеры могут иметь трудовые доходы и, в меньшей степени зависеть от пенсионных выплат.

Российская Федерация в настоящее время вступает в четвертую фазу демографического перехода, причем потенциал старения населения остается очень высоким. Особенности демографической ситуации состоят в следующем:

- низкая продолжительность жизни по сравнению с показателями мировых лидеров, плохое состояние здоровья значительной части населения;
- ярко выраженные популяционные волны – их причина связана с резким снижением рождаемости в военный период в 40-х гг. XX века;
- гендерный дисбаланс в представительстве лиц старших поколений, обусловленный ранней сверхсмертностью мужчин, колоссальное количество вдовствующих и одиноких женщин в пожилых возрастах.

В ближайшие десятилетия количество людей, вступающих в пенсионный возраст, будет на 20-30% выше, чем количество людей, достигающих трудоспособного и детородного возраста.

Фокус-группы, проведенные компанией Validata по заказу НИУ ВШЭ, в 2017 году отражают представления о достойной старости в глазах россиян. Россияне выделяют два этапа старости.

Первый этап – примерно с 50 до 65-70 лет – характеризуется изменением формального статуса, возраста человека, но не образа жизни. Обычно состояние здоровья в эти годы позволяет человеку продолжать вести активную жизнь и работать при сохранении привычной структуры потребления.

Второй этап – с 65-70 лет – характеризуется ухудшением состояния здоровья человека, что кардинально меняет образ жизни и картину потребляемых товаров и услуг. Именно второй этап – это старость в ее общепринятом понимании. В этом возрасте обычно люди прекращают трудовую деятельность, потребление обеспечивается за счет пенсионных доходов, накоплений и помощи родственников, причем в структуре потребления происходит сдвиг в сторону медицинских услуг и лекарственных препаратов. Также эта возрастная группа будет генерировать основной спрос на услуги по уходу по мере изменения поведенческих моделей, предполагающих увеличение роли профессиональных услуг по уходу за престарелыми людьми по сравнению с традиционными способами непрофессионального ухода со стороны родственников.

В последние годы становится очевидным, что, несмотря на преобладание в обществе мнения о главной роли государства в обеспечении пенсионеров, существующая пенсионная система не имеет ресурсов для того, чтобы профинансировать достойный уровень старости даже в традиционном понимании. Без наличия накоплений или помощи родственников люди пенсионного возраста не смогут нести существенные расходы, в том числе возникающие непредвиденно, как, например, расходы на дорогостоящее лечение. Причем данная тенденция характерна не только для России, но и для многих других стран,

в которых наблюдается увеличение демографических диспропорций за счет уменьшения доли населения в трудоспособном возрасте.

В следующих разделах будут рассмотрены прогрессивные технологические, медицинские и финансово-экономические сдвиги, которые могли бы стать основой для перехода от традиционной модели пенсионного обеспечения пожилых граждан к новой модели, которая, с одной стороны, будет увеличивать бюджетные обязательства государства, а, с другой стороны, создаст возможности дополнительного привлечения ресурсов как за счет участия в экономической деятельности, так и за счет развития возможностей финансового сектора.

1.2 Влияние новых технологий

Основными тенденциями в технологической сфере, влияющими на образ жизни и возможности реализации людей пожилого возраста, являются:

- автоматизация основных направлений хозяйственной деятельности;
- развитие информационных технологий, существенно упрощающих коммуникации.

Технологический прогресс вызывает следующие последствия для жизни пожилых людей:

1) Изменение структуры и форм занятости.

Переход к постиндустриальному обществу характеризуется не просто перемещением трудовых ресурсов из промышленности в сферу услуг. Наблюдается кардинальное изменение форм занятости. Как отмечал в своих работах Д. Бэлл, конвейерное производство, возникшее во время промышленной революции и индустриализации и лучше всего подходящее для периода индустриального общества, должно уступить место новым видам занятости, а корпорация и фирма перестанут быть оптимальными форматами организации трудовой деятельности. В настоящее время это выразилось в появлении т.н. “gig economy”, при которой каждый работник выступает самостоятельным подрядчиком, что открывает новые, ранее недоступные возможности для гибкой занятости пенсионеров.

Происходит уменьшение доли стандартизированного труда, во многих случаях требующего физической силы и выносливости, ручной труд сохраняется либо в эксклюзивных производствах, либо там, где он все еще не может быть заменен машинным. Рынок труда становится в меньшей степени ориентирован на физические характеристики человека и в большей степени на его навыки и квалификацию, что также может быть преимуществом для вовлечения в трудовую деятельность пожилых людей.

Данные современных исследований показывают, что продуктивность труда людей старших поколений ниже при выполнении рутинных стандартизированных операций, требующих, прежде всего, концентрации внимания. Напротив, более старшие сотрудники зачастую лучше проявляют себя при решении сложных проблем, требующих накопленных квалификаций [20].

Развитие информационных технологий изменяет формат коммуникаций и создает предпосылки для удаленной занятости, когда человек может самостоятельно работать, имея в своем распоряжении все необходимые ресурсы. Для многих работодателей это может означать экономию издержек, связанных с обеспечением офисного места сотрудника. Также снижается нагрузка на транспорт, поскольку потребность в ежедневных маятниковых поездках отпадает. Для пожилых людей такой формат также связан со снижением ежедневной физической нагрузки.

2) Изменение структуры потребления.

Помимо сдвигов в структуре занятости автоматизация и развитие информационных технологий приводит к сдвигам в структуре потребления.

Благодаря снижению издержек происходит удешевление и снижение в структуре потребления доли многих промышленных товаров, уменьшаются транспортные расходы. Напротив, увеличивается потребление услуг, связанных с состоянием и развитием человека. В первую очередь, это относится к услугам здравоохранения, образования, туристской сферы.

В экономически развитых странах пожилые люди рассматриваются не только с точки зрения их вклада в экономику как потенциальных работников, но и как потребителей услуг. По данным исследовательской компании Nielsen, в США люди в возрасте 50 лет и старше располагают 70% финансовых ресурсов, которые можно тратить на потребление. В странах Евросоюза расходы домохозяйств, в которых глава домохозяйства находится в возрасте 60 лет и старше, к 2020 году достигнут 15 трлн. долларов, что в 2 раза выше по сравнению с 2010 годом¹. При этом пожилые люди создают основной спрос на услуги здравоохранения и туризма. В Великобритании свыше 40% потребителей услуг приключенческого туризма приходится на людей в возрасте 50 лет и старше².

По оценкам McKinsey, в крупнейших мировых городах развитых стран именно люди в возрасте старше 60 лет будут генерировать основной прирост потребительского спроса в период до 2030 года.

¹ Оценка Euromonitor

² Данные журнала The Economist

Условием развития данной тенденции являются зрелость финансовой системы, которая позволяет людям в течение жизни создавать диверсифицированный портфель финансовых продуктов, сочетающий в себе накопления, инвестиции, страховые продукты и др. В России на сегодняшний день эта сфера недостаточно развита, но в дальнейшем при условии развития рынка финансовых услуг пожилые россияне также могут получить возможность перейти к модернизированной модели потребления, что в конечном итоге станет одним из драйверов экономического роста.

1.3 Развитие медицинских технологий

Технологические и организационные изменения, происходящие в медицинской сфере, нашли отражение в появлении новых терминов – смарт-медицина и медицина четвертого поколения.

Смарт-медицина объединяет следующий набор характеристик, которые формулирует Deloitte [21]:

- Надлежащее лечение осуществляется в надлежащее время, в надлежащем месте и надлежащему пациенту;
- Врачи используют технологии для более точного диагностирования и лечения заболеваний;
- Все участники экосистемы здравоохранения эффективно и результативно коммуницируют между собой и используют информацию;
- Данные пациента собираются в одном, легко доступном месте;
- Персонал выполняет работу, соответствующую компетенциям (например, сиделки заботятся о пациенте и не решают административные вопросы);
- Пациенты информируются и активно вовлекаются в планы лечения;
- Снижение издержек приводит к появлению новых моделей, расширяющих охват медициной новых территорий и населения, у которых до этого многих медицинских услуг не было;
- Эффективность возрастает, бессмысленные расходы уменьшаются.

Новой тенденцией становится использование генетической информации о пациенте, которая может кардинальным образом перевернуть модель здравоохранения уже в ближайшем будущем [22,23,24].

Центральным элементом новой модели может стать постоянный мониторинг индивидуальных характеристик человеческого организма, определяющих особенности развития и протекания заболеваний. Медицина четвертого поколения не ограничивается использованием только генетических данных, но именно расшифровка человеческого

генома становится переломным моментом в развитии предсказательной и персонализированной медицины, предоставив врачам доступ к наиболее обширному массиву индивидуальной информации. Ожидаемое регулярное использование генетических данных в клинической практике часто рассматривают как переход к новой модели оказания медицинской помощи — генетической медицине или генетическому здравоохранению [25]. По наиболее оптимистичным прогнозам, развитые страны могут перейти к модели генетического здравоохранения уже в ближайшие пять-десять лет.

Также прогнозируется, что в медицине будущего произойдет сдвиг от лечения заболеваний к их профилактике за счет поддержания здорового образа жизни и превентивных обследований.

По оценкам Deloitte глобальные расходы на здравоохранение будут расти среднегодовыми темпами 4,1% в 2017-2021 гг., что значительно выше темпов роста в 2012-2016 гг., которые составляли 1,3%. Старение и рост населения, выход медицинских услуг на новые рынки, развитие методов лечения и рост расходов на рабочую силу станут основными драйверами. При этом медицинские расходы на одного человека будут по-прежнему сильно различаться от \$11356 в США до \$53 долларов в Пакистане к 2021 году.

Одним из элементов новой системы должно стать развитие услуг по уходу и лечению пожилых людей. проведенное изучение опыта зарубежных стран по созданию системы долговременного ухода и лечения пожилых людей (СДУ) в рамках настоящего доклада свидетельствует о том, что необходимым условием создания СДУ является формирование экосистемы для гармоничного взаимодействия между основными участниками процессов, к которым относятся пациенты, медицинские учреждения, страховые компании и государство.

1.4 Развитие финансовых инструментов

Развитие финансовой сферы в современном обществе сопряжено с диверсификацией и ростом доступности услуг, которые помогают гражданам достигать собственные жизненные цели и приоритеты. Обстоятельства жизни, такие как семейное положение, уровень дохода, состояние здоровья, предпочтения в структуре потребления, готовность и возможность брать на себя риски, у людей могут сильно варьироваться, и финансовая система призвана в наиболее гибких формах соответствовать индивидуальным особенностям и задачам потребителей финансовых услуг. Поэтому одной из главных характеристик развитой финансовой системы является диверсифицированность услуг, в том числе нацеленных на поддержание достойного уровня жизни в старости. К таким услугам, в частности, относятся инвестиционные,

сберегательные и страховые, в том числе покрывающие медицинские расходы и расходы, связанные с уходом за пожилыми людьми.

Поскольку в новой модели государство сможет лишь частично обеспечивать потребности пожилых людей через пенсионные выплаты, необходимость поиска альтернативных источников финансирования возрастает. Помимо возможности продления периода трудовой активности в зарубежной литературе отмечается значимость вовлечения людей в пользование финансовыми услугами [26]. Услуги страховых компаний в рассматриваемом перечне занимают центральное место. Добровольное пенсионное страхование и страхование жизни могут рассматриваться как часть портфеля накоплений и инвестиций человека, который позволяет ему иметь дополнительный пассивный доход, особенно при переходе ко второй фазе старости, когда состояние здоровья уже не позволяет вести активную трудовую деятельность, как прежде. Страхование медицинских услуг, в том числе услуг по уходу, имеет несколько иную природу и ориентировано, прежде всего, на покрытие крупных расходов, необходимых при наступлении событий вероятностного характера, которые менее оптимально финансировать за счет долгосрочных накоплений. Особое место в пакете финансовых услуг занимает обратная ипотека: данный инструмент может быть полезен, прежде всего, для граждан, основным финансовым ресурсом которых является недвижимость. Многие современные финансовые продукты носят гибридный характер, т.е. сочетают в себе разные функции.

Гибкость и доступность финансовых услуг повышается благодаря развитию информационных технологий. В условиях развития информационных технологий практически любой человек может получить доступ к сложным финансовым услугам, вплоть до проведения биржевых операций с домашнего компьютера.

Повысить потребительский потенциал людей пожилого возраста можно как за счет структурных изменений на рынке труда и роста спроса на знания и квалификации, которые накапливаются только по мере получения трудового и жизненного опыта, так и за счет диверсификации рынка финансовых услуг в рамках развития финансовой системы.

Диверсификация может осуществляться по следующим направлениям:

- 1) Развитие рынка страховых продуктов, в том числе добровольное пенсионное страхование, страхование жизни, страхование медицинских услуг, включая услуги по уходу;
- 2) Диверсификация рынка инвестиционных и сберегательных продуктов, в том числе распространение гибридных продуктов, сочетающих в себе инвестиционную, сберегательную и страховую составляющую, которые приобретают все большую популярность в Европе, США и других развитых странах;

3) Внедрение механизма обратной ипотеки, актуальность которого может быть связана с наличием значительных недвижимых ресурсов у части пожилого населения, недвижимые ресурсы могут быть направлены на обеспечение потребностей, требующих значительных расходов (прежде всего, дорогостоящее лечение), особенно при отсутствии других возможностей их удовлетворить.

2 Использование метода дискретного выбора для анализа готовности населения платить за дорогостоящую медицинскую помощь и уход

Эксперименты дискретного выбора представляют собой инструмент для измерения индивидуальных предпочтений в отношении характеристик экономических благ, также обозначаемых атрибутами благ. Эксперименты дискретного выбора дают возможность выражения индивидуумами предпочтений в отношении нерыночных и гипотетических товаров. В ходе эксперимента дискретного выбора респонденты несколько раз проводят сравнения ряда гипотетических альтернатив, определяемых их атрибутами, т.е. различными характеристиками, в т.ч. ценой рассматриваемого продукта. Различные альтернативы продукта генерируются посредством изменений уровней атрибутов. При этом предполагается, что рациональный индивидуум всегда предпочтет альтернативу с наиболее высоким уровнем полезности. Исследователь, наблюдая сделанный респондентом выбор, может выявить уровень полезности, получаемой респондентом от каждого из атрибутов. Данный подход, основанный на идеях «новой теории спроса» Ланкастера [27], также известен как совместный анализ (или конджойнт-анализ) в терминологии Хеншера и др. [28].

В нашем случае эксперимент проведен в рамках опроса граждан из различных регионов Российской Федерации. Респондентам представлены полные наборы альтернатив для принятия решений по дискретному выбору. Респонденты ответили на ряд стандартных социологических вопросов, а также приняли решения о дискретном выборе из предложенных им альтернатив. Выбор атрибутов и их уровней для эксперимента дискретного выбора проводился на основе изучения литературы, а также обсуждений в фокус-группах, состоявших из граждан с различными характеристиками (возраст, пол, состояние здоровья и опыт софинансирования лечения). Были отобраны семь атрибутов и их уровни, представленные в таблице 1.

Вполне очевидно, что всевозможные комбинации атрибутов и их уровней образуют общее количество возможных сценариев, которое не может быть реализовано в ходе эксперимента ($2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 2 \cdot 6 = 2^6 \cdot 5 = 320$). Для сокращения их количества мы используем эту процедуру оптимизации и вводим ряд побочных ограничений, что позволяет ограничить число альтернатив до 14 и посредством рандомизации образовать два набора альтернатив. В результате имеют место восемь ситуаций бинарного выбора каждого респондента, которые представлены респондентам в виде карточек первого набора альтернативных сценариев №А1-А8, каждый из которых распределяется среди респондентов посредством рандомизации (табл. 1).

Таблица 1 - Пример карточки эксперимента дискретного выбора (карточка №А1)

Атрибут (услуга)	Полис ДМС по умолчанию (статус-кво)	Альтернативный полис ДМС
Амбулаторное обслуживание в частных и ведомственных поликлиниках	Да	Нет
Стационарное обслуживание в частных и ведомственных клиниках	Да	Нет
Оплата медикаментов при амбулаторном обслуживании	Да	Нет
Доступ к передовым технологиям по восстановлению и усовершенствованию утраченных функций организма	Да	Нет
Лечение хронических заболеваний респондента и его детей в частных и ведомственных клиниках	Нет	Нет
Лечение хронических заболеваний родителей респондента в частных и ведомственных клиниках и длительный уход за родителями респондента	Нет	Нет
Стоимость полиса ДМС в месяц в процентах от месячного дохода	3%	0%
Выбор респондента	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

В контексте проводимого в рамках данного исследования эксперимента регрессионная модель принимает следующую форму:

$$\Delta V_{ij} = c_i + \beta_1 ambul_j + \beta_2 station_j + \beta_3 medic_j + \beta_4 augment_j + \beta_5 chronic_j + \beta_6 parent_s_j + \beta_p price_j + \beta_q$$

(1)

где обозначения переменных модели соответствуют атрибутам эксперимента, см. таблицу 2.

Таблица 2 - Переменные регрессионной модели и атрибуты эксперимента

Атрибут	Обозначение переменной в регрессионной модели
Амбулаторное обслуживание в частных и ведомственных поликлиниках	<i>ambul</i>
Стационарное обслуживание в частных и ведомственных клиниках	<i>station</i>
Оплата медикаментов при амбулаторном обслуживании	<i>medic</i>
Доступ к передовым технологиям по восстановлению и усовершенствованию утраченных функций организма	<i>augment</i>
Лечение хронических заболеваний респондента и его	<i>chronic</i>

детей в частных и ведомственных клиниках	
--	--

Продолжение таблицы 2

Лечение хронических заболеваний родителей респондента в частных и ведомственных клиниках и длительный уход за родителями респондента	<i>parents</i>
Стоимость полиса ДМС в месяц в процентах от месячного дохода	<i>price</i>

Эта модель может быть расширена посредством включения различных социально-экономических и демографических характеристик респондентов (например, возраст, уровень дохода, уровень образования, состояние здоровья). Из указанных дополнительных переменных должны быть образованы переменные взаимодействия с атрибутами товара, а также с константой, что даёт возможность спецификации расширенной модели, позволяющей анализ гетерогенности предпочтений и, в свою очередь, статистического тестирования гипотез. С помощью теста Стьюдента можно проверить, являются ли различия в уровнях предельной готовности платить между различными социально-экономическими и демографическими группами населения статистически значимыми.

На основе эконометрической оценки посредством пробит- или логит-регрессии при допущении фиксированных или случайных эффектов рассчитываются оцененные коэффициенты регрессоров. Оценка готовности платить за изменение значений бинарных переменных *ambul* (амбулаторное обслуживание в частных и ведомственных поликлиниках), *station* (стационарное обслуживание в частных и ведомственных клиниках), *medic* (оплата медикаментов при амбулаторном обслуживании), *augment* (доступ к передовым технологиям по восстановлению и усовершенствованию утраченных функций организма), *chronic* (лечение хронических заболеваний респондента и его детей в частных и ведомственных клиниках) и *parents* (лечение хронических заболеваний родителей респондента в частных и ведомственных клиниках и длительный уход за родителями респондента) с 0 (отсутствие предоставления) до 1 (предоставление в рамках полиса ДМС) рассчитывается как отношение предельной полезности данного атрибута к предельной полезности дохода.

Например, готовность платить за получение доступа к стационарному обслуживанию в частных и ведомственных клиниках *при прочих равных* равна

$$MWTP(station) = \frac{-\frac{\partial V}{\partial station}}{\frac{\partial V}{\partial P_j}} = \frac{-\beta_2}{\beta_p}. \quad (2)$$

Оценка регрессионной модели с использованием собранных панельных данных при допущении случайных эффектов дает следующие результаты.

Таблица 3 - Значения оцененных коэффициентов регрессионной модели и оцененной готовности платить за каждый из атрибутов (** - уровень значимости 5%, * - уровень значимости 1%)

Атрибут	Оценка коэффициента (стандартная ошибка)	Готовность платить при изменении значения с 0 до 1 (% от месячного дохода)
Амбулаторное обслуживание в частных и ведомственных поликлиниках	-0,109 (0,372)	-0,611
Стационарное обслуживание в частных и ведомственных клиниках	0,484** (0,213)	2,715
Оплата медикаментов при амбулаторном обслуживании	0,359 * (0,207)	2,014
Доступ к передовым технологиям по восстановлению и усовершенствованию утраченных функций организма	0,109 (0,272)	0,612
Лечение хронических заболеваний респондента и его детей в частных и ведомственных клиниках	0,250 (0,559)	1,400
Лечение хронических заболеваний родителей респондента в частных и ведомственных клиниках и длительный уход за родителями респондента	0,225 (0,551)	1,264
Стоимость полиса ДМС в месяц в процентах от месячного дохода	-0,178 (0,275)	-
Константа (точка пересечения)	-0,264 (0,320)	-1,483

Основные результаты, полученные по респондентам в возрасте до 45 лет, могут быть сформулированы следующим образом.

Наблюдается положительная (и статистически значимая) готовность платить за предоставление доступа к стационарному обслуживанию в частных и ведомственных клиниках в среднем размере по выборке 2,7% от дохода в месяц при прочих равных), а также за оплату в рамках ДМС медикаментов при амбулаторном обслуживании (2% от дохода в месяц в среднем по выборке при прочих равных). В обоих случаях наблюдается высокий уровень статистической значимости.

Кроме того, получен ряд результатов по остальным атрибутам модели без достаточной статистической значимости. Отсутствие статистической значимости объясняется сравнительно малой выборкой в рамках пилотного исследования. Несмотря на невозможность сделать выводы относительно наличия эффектов в генеральной совокупности, полученные результаты, см. ниже, позволяют сформулировать гипотезы, который должны быть проверены при проведении эксперимента дискретного выбора с репрезентативной выборкой.

Положительная готовность платить за лечение хронических заболеваний респондента и его детей составляет в среднем 1,4% от дохода в месяц при прочих равных, а положительная готовность платить за лечение хронических заболеваний родителей и длительный уход за ними - в среднем 1,3% от дохода в месяц при прочих равных.

Наконец, наблюдается положительная готовность платить за доступ к передовым технологиям аугментации, составляющая в среднем 0,6% от дохода в месяц при прочих равных.

Следует отметить отрицательное оцененное значение константы, свидетельствующее о наличии искажения в пользу статуса-кво. Данный поведенческий эффект искажения в пользу статуса-кво следует интерпретировать следующим образом: респонденты, предпочитающие тратить меньшую долю дохода, чем предусмотрено в статусе-кво (3%), готовы отказаться от одной или нескольких услуг в пользу альтернативы при дополнительной компенсации в размере 1,5% от дохода в месяц. Таким образом, введение ДМС с положительной оплатой по умолчанию позволит обеспечить участие в программе не только тех граждан, которые предпочитают предложенный им полис по цене 3%, но и тех граждан, которые могут предпочитать один из более дешевых вариантов, но при этом не готовы реализовать отказ от опции по умолчанию в связи с определенной степенью неприятия риска в отношении изменений.

Респондентам в возрасте свыше 55 лет была предложена анкета с вопросами о готовности принять предложение об обратной ипотеке в случае обнаружения заболевания, требующего дорогостоящего лечения. Вопрос был сформулирован следующим образом: “Представьте себе, что у Вас или Вашего супруга (Вашей супруги) обнаружено тяжелое заболевание, требующее немедленного дорогостоящего лечения, оплату дорогостоящих лекарственных средств и/или длительного ухода, не оплачиваемых в рамках системы ОМС. Готовы ли Вы в описанной ситуации заключить договор об обратной ипотеке с целью получения необходимых услуг по лечению тяжелых заболеваний, оплаты дорогостоящих медикаментов и/или длительного ухода? “

34% опрошенных в возрасте свыше 55 лет, имеющих недвижимость, ответили «Да, готовы». 22% ответили «Нет, так как объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам». 32% ответили «Нет, так как не доверяю финансовым институтам и опасюсь потерять право собственности вопреки обещаниям». Наконец, наименьшая группа (12%) также отказались поддержать предложение об обратной ипотеке, так как рассчитывают на финансовую помощь родных и близких в случае болезни.

3 Оценка дополнительных ресурсов, которые могут быть получены системой здравоохранения и дорогостоящего ухода за счет добровольных страховых взносов и обратной ипотеки

В рамках реформирования здравоохранения при создании новых подходов, ведущих к повышению готовности населения оплачивать расходы на медицинское и социальное обслуживание, возникают, как минимум, два новых значительных источника дополнительного финансирования здравоохранения, такие как:

- дополнительные взносы в систему медицинского страхования
- и ресурсы, которые могут аккумулированы при стимулировании развития обратной ипотеки, нацеленной на оплату частью населения расходов на медицинское и социальное обслуживание.

В рамках настоящей работы оценивается максимально возможный уровень данных финансовых ресурсов в годовом выражении с учетом переходного периода и постепенности развития системы формирования дополнительных источников финансирования здравоохранения.

Система дополнительных взносов в систему медицинского страхования будет формироваться постепенно на основе принципа эскалации взносов для молодых работающих граждан. В рамках настоящей работы предполагается, что для пожилых поколений данная система не будет запускаться. Следовательно, массовый охват работающего населения дополнительными взносами в систему медицинского страхования будет достигнут по мере поколенческих сдвигов. Также постепенно будет расти уровень дополнительных взносов для работающих в систему медицинского страхования до достижения возможного максимума таких взносов для большинства работающих граждан.

Принцип эскалации состоит в том, что гражданин входит в систему дополнительных взносов в систему медицинского страхования с момента первого контракта на рынке труда. Он автоматически включается в данную систему, из которой может выйти по заявлению. В разработанной оценке предполагается, что только 70% работающих граждан участвуют в системе дополнительных взносов в систему медицинского страхования.

Первоначальная ставка дополнительных взносов в систему медицинского страхования невелика и в рамках данной работы предполагается, что она составляет 0,5% размера заработной платы работника. Эта ставка постепенно повышается до максимального уровня 6%. Данное повышение ставки взносов происходит по мере роста заработной платы, чтобы для застрахованного увеличение ставки взносов не было

значительным, и был бы заметен рост заработной платы даже при увеличении ставки дополнительных взносов в систему медицинского страхования.

Введение дополнительных взносов в систему медицинского страхования в рамках настоящей оценки начинается в 2021 году.

Для того, чтобы выделить группы, на которые будет распространяться дополнительные взносы в систему медицинского страхования, было проанализировано распределение средней начисленной заработной платы работников по возрастным группам по результатам выборочных обследований организаций Росстата.

Размер фонда заработной платы в годовом выражении был получен как результат оценки такого фонда поданным о заработной плате и численности занятого населения по возрастным группам, с учетом ставки совокупного тарифа страховых взносов в размере 30%, где тариф страховых взносов на обязательное пенсионное страхование (ОПС) - 22%, на обязательное медицинское страхование (ОМС) - 5,1%, на обязательное социальное страхование на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ФСС) - 2,9%.

Дополнительные взносы на медицинское страхование вводятся в 2021 году по ставке 0,5% для работников в возрасте 25-50 лет, так как именно в этих возрастах заработная плата наиболее высока по сравнению с заработной платой работников других возрастных групп согласно данным распределения заработных плат по возрастным группам работников. Начиная с 2022 года данная ставка начинает увеличиваться на 0,5% в год и постепенно достигает 6%. Постепенно с течением времени система дополнительных взносов в медицинское страхование распространяется на работников в возрасте 50-55 лет, 55-60 лет и 60-65 лет.

Предполагается, что по всем возрастным группам 30% работников не будут охвачены системой дополнительных взносов на медицинское страхование. Также в эту систему не делают отчисления работники с заработной платой, размер которой близок к прожиточному минимуму трудоспособного гражданина. Данные Росстата показывают, что таких работников около 2,9% занятых. В рамках настоящей оценки предполагается, что эти работники распределены следующим образом: среди работников в возрасте до 20 лет 30%, в возрасте 20 - 24 года – 10%, по остальным возрастным группам работники с низкой заработной платой распределены равномерно.

В результате введения и распространения дополнительных взносов в медицинское страхование создаются финансовые ресурсы, максимальная величина которых в годовом выражении может составить:

- в 2021 году – 0,63% ВВП;

- в 2026 году – 1,40%;
- в 2031 году – 1,58%;
- в 2036 и 2038 гг. по 1,98% ВВП соответственно.

Вторым источником ресурсов дополнительного финансирования здравоохранения и прежде всего медицинского обслуживания для участников системы обратной ипотеки является средства, которые будут аккумулированы при ее стимулировании и развитии.

Результаты проведенного нами опроса, описанные в конце предыдущего раздела, показали, что около трети лиц старшего возраста готовы участвовать в системе обратной ипотеки для спасения своей жизни или жизни своего супруга (супруги) в результате получения срочного доступа к лечению тяжелого заболевания (см. табл. ниже).

Таблица 4 - Распределение ответов на вопрос о готовности или ее отсутствии участвовать в системе обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания у самого опрашиваемого или его супруга (супруги)

		Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	Да, готов	16	28,1	28,1	28,1
	Нет, не готов	41	71,9	71,9	100,0
	Итого	57	100,0	100,0	

Источник: агрегирование данных пилотного опроса лиц в возрасте 55 лет и старше (для женщин) и 60 лет и старше (для мужчин).

Среди основных причин неготовности к заключению договора об обратной ипотеке, который мог бы позволить спасти свою жизнь или жизнь своего супруга (супруги) в результате получения срочного доступа к лечению тяжелого заболевания, обследуемыми называются, прежде всего, такие причины как:

- чуть меньше половины неготовых отказываются участвовать в обратной ипотеке из-за того, что принадлежащий им объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам;
- более трети неготовых не хотят участвовать в обратной ипотеке, так как не доверяют системе финансовых институтов и опасаются потерять право собственности вопреки обещаниям (см табл. ниже).

Очень немногие рассчитывают в случае обнаружения тяжелого заболевания или необходимости оплаты длительного ухода на финансовую помощь родных и близких.

Таблица 5 - Распределение ответов на вопрос о причинах неготовности участвовать в системе обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания у самого опрашиваемого или его супруга (супруги)

		Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	Принадлежащий мне объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам	19	46,3	46,3	46,3
	Не доверяю системе финансовых институтов и опасаясь потерять право собственности вопреки обещаниям	15	36,6	36,6	82,9
	Рассчитываю на финансовую помощь родных и близких в случае обнаружения тяжелого заболевания или необходимости оплаты длительного ухода	6	14,6	14,6	97,6
	Я выбрал (-а) в предыдущем вопросе вариант "Я готов (-а)»	1	2,4	2,4	100,0
	Итого	41	100,0	100,0	

Источник: агрегирование данных пилотного опроса лиц в возрасте 55 лет и старше (для женщин) и 60 лет и старше (для мужчин).

Почти половина лиц старшего возраста готова участвовать в системе обратной ипотеки для спасения жизни других близких родственников (детей, братьев, сестер, внуков) в результате получения ими срочного доступа к лечению тяжелого заболевания (см. таблицу ниже).

Таблица 6 - Распределение ответов на вопрос о готовности или ее отсутствии участвовать в системе обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания у других близких родственников опрашиваемого (детей, братьев, сестер, внуков)

		Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	Да, готов	28	49,1	49,1	49,1
	Нет, не готов	29	50,9	50,9	100,0
	Итого	57	100,0	100,0	

Источник: агрегирование данных пилотного опроса лиц в возрасте 55 лет и старше (для женщин) и 60 лет и старше (для мужчин).

Среди причин того, почему около половины опрошенных не готовы участвовать в системе обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания у других близких родственников опрашиваемого (детей, братьев, сестер, внуков), следует отметить такую

причину как отсутствие доверия системе финансовых институтов и опасение потерять право собственности вопреки обещаниям. Из-за нее отказываются заключать договор обратной ипотеки на указанные цели более половины неготовых участвовать в данной системе. (см. табл. ниже).

Таблица 7 - Распределение ответов на вопрос о причинах неготовности участвовать в системе обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания у других близких родственников опрашиваемого (детей, братьев, сестер, внуков)

		Частота	Процент	Валидный процент	Кумулятивный процент
Валидные	0	1	3,4	3,4	3,4
	Принадлежащий мне объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам	4	13,8	13,8	17,2
	Не готов жертвовать своим объектом недвижимости ради лечения иных родственников, кроме супруга	3	10,3	10,3	27,6
	Не доверяю системе финансовых институтов и опасюсь потерять право собственности вопреки обещаниям	16	55,2	55,2	82,8
	Ожидая, что родственник может рассчитывать на финансовую помощь родных и близких в случае обнаружения тяжелого заболевания или необходимости оплаты длительного ухода	4	13,8	13,8	96,6
	В предыдущем вопросе я выбрал вариант ответа "Я готов (-а)"	1	3,4	3,4	100,0
	Итого	29	100,0	100,0	

Источник: агрегирование данных пилотного опроса лиц в возрасте 55 лет и старше (для женщин) и 60 лет и старше (для мужчин).

Среди тех, кто готов заключить договор об обратной ипотеке в случае обнаружения тяжелого заболевания у себя самого или супруга (супруги) а также у других близких родственников:

- более пятой части - 22,8% - готовы это сделать, как для спасения своей жизни или жизни своего супруга (супруги), так и для того, чтобы получить срочный доступ к лечению тяжелого заболевания для спасения жизни других близких родственников (детей, братьев, сестер, внуков);

- 5,3% - только для спасения своей жизни или жизни своего супруга (супруги), но не для того, чтобы получить срочный доступ к лечению тяжелого заболевания для спасения жизни других близких родственников;
- 26,3% - только для спасения жизни таких близких родственников как дети, братья, сестры, внуки, но не для того, чтобы спасти свою жизнь или жизнь своего супруга (супруги);
- 45,6% не готовы участвовать в системе обратной ипотеки ни спасения своей жизни или жизни своего супруга (супруги), ни для спасения жизни других близких родственников.
- Среди тех, кто не готов участвовать в системе обратной ипотеки ни спасения своей жизни или жизни своего супруга (супруги), ни для спасения жизни других близких родственников, основные причины такой неготовности выглядят следующим образом:
 - принадлежащий мне объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам: эта причина неготовности к обратной ипотеке указана почти двумя пятыми лиц не готовых к заключению договора о такой ипотеке (38,5%)
 - и не доверяю системе финансовых институтов и опасаясь потерять право собственности вопреки обещаниям: эта причина еще более заметно влияет на готовность респондентов, так как 42,3% от их числа не готовы участвовать в обратной ипотеке по этой причине.

Следовательно, учитывая все пересечения ответов о готовности или неготовности к обратной ипотеке, можно сказать, что уже в настоящее время более половины – 54,4% - респондентов старшего возраста, имеющих в собственности жилье, готовы использовать эту ипотеку для себя и своего супруга (супруги) и / или своих близких родственников. Еще 19,3% опрошенных не готовы использовать обратную ипотеку как инструмент доступа к лечению в случае обнаружения тяжелого заболевания у себя или своих близких родственников из-за отсутствия доверия к системе финансовых институтов и опасения потерять право собственности вопреки обещаниям. Т. е. при развитии системы обратной ипотеки и проведении необходимой разъяснительной кампании они могут поверить в надежность этой системы.

Предположим, что доверие к системе будет возрастать постепенно, удельный вес лиц старших возрастов, доверяющих системе обратной ипотеки будет последовательно расти, и к концу рассматриваемого периода все опрашиваемые, которые в настоящее не готовы к заключению договора об обратной ипотеке ни для себя, ни для своих близких по

причине недоверия к системе, изменят свое мнение о надежности системы финансовых институтов и перестанут опасаться потерять право собственности на жилье. Таким образом, удельный вес лиц старших возрастов, участвующих в системе обратной ипотеки для получения доступа к лечению в случае обнаружения тяжелого заболевания у себя или своих близких родственников, вырастет с 54,4% в настоящее время до 73,4% или почти трех четвертых лиц старших возрастов к концу рассматриваемого периода.

В последние годы темп прироста жилищной обеспеченности населения неравномерен и в среднем составляет 0,5 кв. (в 2015 - 2018 гг.). Для целей прогноза в рамках данной работы эта величина прироста жилищной обеспеченности за год на одного жителя Российской Федерации принимается постоянной.

С учетом этих параметров максимальные финансовые ресурсы, доступные для системы обратной ипотеки в целях финансирования дополнительного лечения и ухода могут составить в ценах 2018 г. 92,74 трлн. руб. в 2025 году и 133,72 трлн. руб. , в 2035 г. (см. табл. ниже).

Таблица 8 - Параметры системы обратной ипотеки в случае обнаружения тяжелого заболевания в 2020 - 2038 гг.

	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2038 г.
Средний размер домохозяйства, чел.	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Доля лиц в возрасте старше трудоспособного, готовых на обратную ипотеку	56,3%	61,1%	66,0%	70,8%	73,7%
Численность лиц в возрасте старше трудоспособного, готовых на обратную ипотеку, млн. чел.	21,87	24,84	27,62	30,55	32,37
Общая площадь жилых помещений, приходящаяся в среднем на одного жителя всего, кв. м.	26,5	29,0	31,5	34,0	35,5
Средняя стоимость квартиры лиц в возрасте старше трудоспособного, готовых на обратную ипотеку, млн. руб. в ценах 2018 г.	3,41	3,73	4,05	4,38	4,57
Финансовые ресурсы обратной ипотеки, трлн. руб. в ценах 2018 г.	74,60	92,74	112,00	133,72	147,92

Источник: прогнозные оценки в рамках настоящей работы.

Надо учитывать, что полученная выше оценка потенциала обратной ипотеки не может быть реализована одномоментно, и что данные суммы будут использоваться на цели финансирования медицинской помощи и дорогостоящего ухода постепенно в течение нескольких десятилетий в прогнозном периоде и за его пределами, по мере возникновения потребностей у владельцев жилья в получении соответствующих медицинских и

социальных услуг. Поэтому в дальнейшем полученные предварительные результаты планируется дооценить с учетом риска заболеваемости и смертности по видам заболеваний.

4 Анализ долгосрочных возможностей развития продуктовой линейки медицинского и социального страхования и оказания социальных услуг пожилым людям с использованием ресурсов домохозяйств

4.1 Особенности механизма обратной ипотеки

Обратная ипотека (Reverse mortgage) - разновидность ипотечного займа под залог имеющегося жилья с целью улучшения материального положения заемщика. Целевая аудитория заёмщиков – пожилые люди (пенсионеры). Обратную ипотеку можно рассматривать, как бессрочный кредит для заёмщика. При этом жилая недвижимость передается банку в залог без потери пожилым человеком права владения и проживания. После кончины заёмщика банк реализует залог по своему усмотрению.

Важное отличие от иных кредитных продуктов заключается в том, что обратная ипотека не обслуживается заёмщиком - отсутствуют ежемесячные взносы, а проценты начисляются и капитализируются. Задолженность закрывается, когда заёмщик умирает. Но погашение долга перед банком возможно в любое время, как самим заемщиком, так и третьими лицами (родственниками). В этом случае обременение будет снято, и заемщик (или его родственники) сможет распоряжаться жильём по своему усмотрению.

Такая форма кредитования удобна престарелым владельцам жилья, которые желают использовать средства от монетизации недвижимости как источник дохода при жизни, но не хотят при этом продавать жилье. Обратная ипотека широко и успешно применяется в ряде развитых зарубежных стран.

Во всех случаях гарантией возвратности кредита служит обременение, наложенное на недвижимость договором обратной ипотеки, и право удержания недвижимости кредитором. Фактически займы по обратным ипотекам погашаются либо самими заемщиками в результате продажи недвижимости, либо наследниками путем той же продажи или из собственных средств.

Важно отметить, что в зависимости от продолжительности жизни заемщика, процентной ставки рефинансирования и динамики цен на недвижимость основная сумма займа может в какой-то момент превысить продажную стоимость недвижимости. В подавляющем большинстве случаев кредитор по обратной ипотеке не имеет права регресса³ [29]. Это означает, что, когда продажная цена недвижимости недостаточна для погашения займа, кредитор несет убыток. Риск подобных убытков отрицательно влияет на первоначальный размер предлагаемых займов, а также делает выгодным страхование и

³ Исключение составляют финансовые продукты, недолгое время существовавшие на рынке Великобритании в конце 1980-х годов. Угроза убытков заставила кредиторов принудить домовладельцев к продаже недвижимости, а домовладельцев, в свою очередь, подать в суд на кредиторов. См.: Clarisa H., Mahoney James. USA and Europe: Equity Release Mortgages // Housing Finance International Journal. June, 2002.

секьюритизацию обратных ипотек. Таким образом, займы по обратной ипотеке, которые возвращаются в достаточно короткий срок, являются прибыльными, а займы, которые долго не возвращаются, как правило, становятся убыточными.

Следует подчеркнуть отличие обратной ипотеки от сделки продажи с пожизненной рентой. При продаже с пожизненной рентой право собственности на недвижимость передается кредитору сразу, а бывший владелец получает пожизненные периодические выплаты. При этом у кредитора появляется мотивация к скорейшему прекращению выплат и освобождению недвижимости, что может приводить к злоупотреблениям. При обратной ипотеке, наоборот, пожизненное право собственности сохраняется за заемщиком, а обременение на недвижимость служит гарантией возврата кредита.

4.2 Обратная ипотека в России

На текущий момент на рынке кредитных услуг российских банков нет продукта, который можно было считать как «Обратная ипотека» в соответствии с общепринятым (в основном в англо-саксонских странах) определением Reverse mortgage. И тому есть несколько причин.

Первая - действующее законодательство не предусматривает кредитных продуктов, наделенных существенными свойствами обратной ипотеки, т.е. на законодательном уровне обратная ипотека, по сути, не разрешена в РФ.

Вторая - выдавая деньги под такой кредит, банк не получает дохода, сумма кредита вместе с процентами вернется спустя неопределенное заранее количество лет. Причем стоимость возврата также не известна в момент заключения кредитного договора.

Третья - у банка возникает большое количество вопросов, начиная с механизма оценки стоимости квартиры при ее реализации до разбирательств с наследниками, которые рассчитывали на получение недвижимости и могут начать судебные процессы по признанию ничтожным кредитный договор в силу подписания его недееспособным лицом - пожилым владельцем недвижимости.

Обратная ипотека обсуждается в России с начала 2010-х годов. Ее планировало запустить Агентство по реструктуризации ипотечных жилищных кредитов (АРИЖК)⁴, которое собиралось выступить гарантом для кредитной организации, выкупая долг пенсионера (с предусмотренными по кредиту процентами) у банка, если заемщик

4 АРИЖК - дочерняя компания АИЖК, которому принадлежит там 100% без одной [акции](#). Держателем одной акции выступает Ассоциация российских банков (через дочернюю структуру). Агентство реструктуризирует [ипотечные кредиты](#) граждан с целью предоставления им времени для восстановления финансового положения и возобновления самостоятельного обслуживания своих займов в будущем.

проживет дольше положенного в договоре срока. Стоимость таких гарантий оценивалась в 1% от размера кредита за каждый год.

Однако банки отказались участвовать в Программе АИЖК, как минимум по обстоятельствам, приведенным выше. На сегодняшний день ни один из российских банков не кредитует пенсионеров по схеме обратной ипотеки. Однако бессрочный ипотечный заём для лиц пожилого возраста под залог имеющегося жилья с целью финансирования дорогостоящего лечения и ухода может оказаться востребованным кредитным продуктом. Ниже рассмотрены условия для этого.

Договор «Обратной ипотеки» является кредитом, заключенным между Заемщиком (лицом пожилого возраста) и кредитной организацией (Кредитором), обеспеченным залогом недвижимого имущества (договором об ипотеке). В настоящее время отдельные, но обязательные условия такого кредитного договора будут противоречить существующим требованиям законодательства.

Действительно:

- 1) в части 1 Статьи 819 ГК РФ «Кредитный договор» [30] сказано, что:
 - «По кредитному договору банк или иная кредитная организация (кредитор) обязуются предоставить денежные средства (кредит) заемщику в размере и на условиях, предусмотренных договором, а заемщик обязуется возвратить полученную денежную сумму и уплатить проценты за пользование ею, а также предусмотренные кредитным договором иные платежи, в том числе связанные с предоставлением кредита»
 - Однако, Заемщик после своей смерти, а это является основным условием для возврата долга и процентов по кредиту, никак не может ничего возвратить и уплатить. Кроме того, по «Обратной ипотеке» не гарантирован возврат именно полученной денежной суммы и процентов за пользование ею;
- 2) в части Статьи 9. 102-ФЗ от 16.07.1998 «Об ипотеке (залоге недвижимости)» [31] сказано, что:
 - «В договоре об ипотеке должны быть указаны предмет ипотеки, его оценка, существо, размер и срок исполнения обязательства, обеспечиваемого ипотекой.»
 - Однако Заемщик не сможет в данном договоре об ипотеке указать срок исполнения обязательства, т.е., по сути, срок своей смерти.
- 3) в пункте 4, части 2 Статьи 6.1 353-ФЗ от 21.12.2013 «О потребительском кредите (займе)» [32] предусмотрено «предоставление заемщику графика

платежей по кредитному договору, договору займа;», но по своей идее «Обратная ипотека» не предполагает никаких промежуточных платежей Заемщика.

Перечисленные требования к кредитным договорам с физическими лицами являются обязательными условиями таких договоров, следовательно, применение кредитных договоров «Обратной ипотеки» не возможно без внесения изменений в отмеченные выше законодательные нормы.

Для внедрения механизма Обратной ипотеки потребуется также внесение изменений в ряд других законодательных и нормативных актов

Кредитная организация (заемщик), предоставляющая заем «Обратной ипотеки», должна иметь гарантии в получении выданной по кредитному договору денежной суммы и процентов за пользование ею. Только на этих условиях возможно использование этого нового кредитного продукта в РФ.

Агентство по реструктуризации ипотечных жилищных кредитов, собиралось выступить гарантом для кредитной организации по кредитам «Обратной ипотеки», если заемщик проживет дольше положенного в договоре срока. Данная инициатива АРИЖК не снимала риска всех возможных финансовых потерь кредитора. Прежде всего, в случае значительного снижения стоимости реализации заложенной недвижимости на момент завершения кредитного договора по сравнению с оценочной стоимостью при его заключении. Видимо по этой причине желающих участвовать в «Обратной ипотеке» среди российских банков не нашлось.

В свою очередь в США в рамках программ НЕСМ (Home Equity Conversion Mortgage) такие гарантии государства в виде ипотечного страхования риска неполного погашения кредита его получателем предоставляются через страховой фонд Федеральной жилищной администрации (Federal Housing Administration - ФНА).

Неопределенность финансового результата для кредитора по завершению займа «Обратной ипотеки», изначально предусмотренная сутью этого кредитного продукта, требует привлечения в обязательном порядке услуг страховых компаний, специализирующихся на страховании финансовых рисков, в целях обеспечения гарантии возврата кредитов и процентов по ним.

Страхователем по такому страховому продукту должна стать сторона, предоставляющая интересы получателя займа «Обратной ипотеки» (сам получатель, его родственники или иные третьи лица, в том числе работодатель). Конечным бенефициаром страхового продукта – кредитная организация, предоставившая заем. Страховым риском – отрицательная разница между оценочной стоимостью недвижимости, установленной в

кредитном договоре (с учетом начисленных процентов по кредиту), и стоимостью реализации этой недвижимости при завершении кредитного договора «Обратной ипотеки».

К основным причинам наступления страхового случая можно отнести:

- неблагоприятное изменение ситуации на рынке недвижимости, не учтенное банком при определении финансовых условий кредитного договора (объективный фактор);
- существенное превышение срока дожития конкретного заемщика или группы заемщиков над сроком, принятым банком при определении финансовых условий кредитного договора (субъективный фактор).

При широком использовании этого продукта размеры обязательства страховых компаний по принятым рискам могут достигать значительных величин, что потребует привлечения услуг перестрахования. Наиболее удачным вариантом было бы, по аналогии с опытом США, привлечение государства (например, через АРИЖК или ВЭБ) в качестве гаранта по кредитам «Обратной ипотеки» (не обязательно по всему долгу заемщика, а, допустим, только по основной сумме обязательства или его части). Исходным источником бюджетного ипотечного страхования рисков кредитов «Обратной ипотеки» могут выступать средства фондов обязательного социального страхования (ФОМС и ФСС). Но в этом случае целями использования кредитов должны быть именно оплата медицинских и социальных услуг заемщика или членов его семьи.

Следует учесть, что возврат средств по кредиту «Обратной ипотеки» возможен как за счет собственно его погашения способом, предусмотренным в кредитном договоре, так и за счет секьюритизации кредита «Обратной ипотеки». В силу этого, для более активного привлечения банков к предоставлению услуг кредитования по механизму «Обратной ипотеки» от государства потребуются усилия по дальнейшему развитию рынка секьюритизации ипотеки, до последнего времени не особенно развитого в нашей стране.

Гарантии для кредитных организаций позволят снизить процентную нагрузку на заемщиков и повысить долю стоимости жилья, которая может быть использована для оплаты дорогостоящего лечения и ухода.

К другим условиям, позволяющим заинтересовать граждан к использованию данного кредитного продукта, следует отнести:

- пожизненный срок кредитования — кредитор не может потребовать возврата займа до момента смерти или переезда заемщика;
- отсутствие процентных выплат по кредиту — они начисляются, и прибавляются к основному долгу;

- отсутствие регресса — сумма погашения кредита не превышает стоимости залоговой недвижимости на момент погашения кредита независимо от срока возврата;
- гарантированное сохранение права собственности заемщика на жильё на протяжении всей жизни и права проживания в нем;
- кредит можно погасить досрочно заемщиком или третьими лицами, а также после смерти заемщиком его наследниками, тогда они станут собственниками недвижимости;
- гарантированные выплаты — в случае если финансовое учреждение, обслуживающее заем обратной ипотеки, не сможет осуществить необходимые выплаты, их осуществит его правопреемник.

Последнее условие гарантий для заемщика по «Обратной ипотеки» касается займов, сумма по которым выдается получателю не единым платежом, а по частям (например, по кредитной линии). В этом случае, при ликвидации (банкротстве) первичного кредитора, согласно законодательству, его правопреемник должен придерживаться положений и договоренностей исходного договора или предлагать заемщику более лучшие условия кредитования.

Реализацию ряда непрофильных для банков функций в рамках предлагаемого механизма следует передать специализированным страховым медицинским организациям (СМО), отвечающим требованиям Статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [33]. СМО будет конечным получателем средств по кредиту «Обратной ипотеки» в соответствии с новым договором медицинского страхования (ДМС) между заемщиком (собственником недвижимости) и СМО. В этом случае ответственность по неправомерному использованию средств по займу «Обратной ипотеки» будет с кредитной организации снята⁵.

У СМО должно быть право мотивированного отказа в заключение кредитного договора, если заявленные медицинские услуги и услуги по уходу не соответствуют объективному состоянию страхуемого по ДМС гражданину или нет возможности оказать необходимую медицинскую помощь и услуги по уходу в рамках доступных пациенту средств по кредиту «Обратной ипотеки». Кроме того, СМО должна взять на себя ответственность за оценку дееспособности заемщика (собственника недвижимости) в принятии решений по заключению кредитного договора «Обратной ипотеки» и тем самым снизить риски будущих судебных исков к банку со стороны пожилых заемщиков, их наследников или родственников. Для выполнения перечисленных прав и обязанностей

⁵ Подробнее о новом договоре медицинского страхования будет сказано далее.

СМО она должна стать третьей стороной кредитного договора «Обратной ипотеки», для чего потребуется внести соответствующие изменения в законодательные нормы РФ.

Передача в залог всей квартиры в принципе достаточно трудный и болезненный шаг для пожилого человека, тем более, если ему нужны средства существенно меньшие, чем оценочная стоимость его недвижимости, и которые он с большой вероятностью сможет вскоре погасить. С другой стороны, не все пожилые люди, нуждающиеся в средствах для дорогостоящего лечения, единолично владеют квартирами, в которых проживают. В силу этих обстоятельств, потребуется расширить кредитный продукт «Обратная ипотека» возможностью использовать в качестве залога части жилых домов и квартир, а также исключить обязательное требование единоличного владения недвижимостью, естественно, предусмотрев, в последнем случае, соответствующий механизм согласования условий залога с остальными владельцами жилья.

Еще один инструмент, дополняющий возможности обратной ипотеки – бриджевые банковские ссуды при неотложных состояниях. Такие займы могут оперативно выдаваться банками, участвующими в кредитовании по «Обратной ипотеке» (имеющими право на государственные гарантии по «Обратной ипотеке» и входящими в утвержденный Центробанком перечень уполномоченных банков) для срочной оплаты дорогостоящей медицинской помощи при неотложных состояниях. При этом последующее погашение таких ссуд возможно и через механизм «Обратной ипотеки». В процедуре предоставления подобных бриджевых банковских ссуд должны участвовать и СМО, которые будут подтверждать неотложность состояния граждан и возможность применения в последствии механизма «Обратной ипотеки».

В связи со сложностью изложенного выше кредитного процесса «Обратной ипотеки», предусматривающего большой объем сопутствующей документации, на передний план выходят потребность в разъяснительной деятельности по ознакомлению граждан пожилого возраста со всеми аспектами данного способа финансирования дорогостоящего лечения и ухода. Такая работа должна проводиться как со стороны банка, разъясняющего финансовую сторону вопроса, так и со стороны страховой медицинской организации, разъясняющей медицинскую составляющую механизма «Обратной ипотеки».

В свою очередь государство, как сторона, гарантирующая защиту прав всех сторон, должна предъявить требования соответствия к кредитным организациям и СМО, которым разрешено участвовать в обслуживании граждан по механизму «Обратной ипотеки».

5 Развитие добровольного медицинского страхования и долгосрочного ухода

5.1 Возможные подходы к развитию ДМС

В 2018 году в секторе добровольного медицинского страхования вели страховую деятельность 134 страховые компании. Всего за рассматриваемый период страховщики собрали 151,8 млрд. рублей премий по данному виду страхования, что превышает аналогичный показатель предыдущего года на 8,5%.

На долю премий по договорам страхования с физическими лицами пришлось 16%, на долю премий по договорам страхования с индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами пришлось 84%.

За 2018 год страховщики заключили 12,3 млн. договоров ДМС, тогда как в предыдущем году этот показатель составлял 11,1 млн. шт. (рост на 11,1%). Стоимость одного страхового полиса в среднем по сектору составила 12,3 тыс. рублей, снизившись на 2,4% по сравнению с 2017 годом. Снижение средней премии в том числе может быть связано со вступившим в силу с 1 января 2018 г. законом о телемедицине, так как проведение консультаций через Интернет снижает издержки страховщиков и может привести к понижающей коррекции тарифов. Количество действовавших на 31 декабря 2018 года договоров составило 8 млн. штук. При этом за счет ДМС в 2018 году оплачено 18,8% от всех платных медицинских услуг на территории РФ⁶.

Положительная динамика основных показателей рынка ДМС за 2018 год и его рост уже на 10% за первое полугодие 2019 г. говорит о постепенном росте популярности данного страхового продукта. Это вселяет уверенность в возможности модернизации данного страхового механизма в новой системе российского здравоохранения с целью максимального охвата застрахованных лиц за счет использования специальных мер государственного стимулирования.

Предлагаемые подходы к развитию ДМС предполагают использование ряда стимулирующих условий, основанных на использовании поведенческих эффектов, в том числе:

- автоматическое включение в систему по умолчанию и возможности выхода из системы по заявлению застрахованного⁷;
- перечисление в систему ДМС в пользу застрахованного лица суммы НДФЛ и страховых взносов, начисленных на взносы застрахованного в ДМС, что дает

⁶ Выплаты по ДМС в 2018 году составили 111,9 млрд. рублей, а объем платных медицинских услуг (коммерческая легальная медицина) составил 591,5 млрд. руб.

⁷ Потребуется принять новый Федеральный закон «О добровольном медицинском страховании».

увеличение суммы взносов почти в полтора раза по сравнению с отчислениями из налогооблагаемой зарплаты⁸ [34];

- штрафные санкции в случае выхода из системы (неполный возврат индивидуальной накопительной части уплаченных взносов как минимум в размере налоговых льгот и начисленных на них процентов)⁹;
- автоматическую эскалацию взносов (низкая ставка взносов при вступлении и ее автоматическое постепенное повышение до максимального уровня по мере роста номинальной заработной платы застрахованного)¹⁰;
- допустить для участников новой системы ДМС переход из ОМС в новую систему ДМС со среднестатистическим нормативом ОМС, предусматривая возможность использования этих средств не только для оплаты медицинских услуг, но и услуг по долгосрочному уходу¹¹ [33];
- полная или частичная уплата минимальных взносов в пользу застрахованного из бюджета в периоды снижения доходов застрахованного ниже установленного минимума¹² [35].

Предельная ставка взносов в ДМС может составить 4%, что с учетом направления в ДМС в пользу застрахованного начисленных на эти взносы НДФЛ и страховых взносов эквивалентно взносам в размере примерно 6%. В случае же распространения по желанию плательщика взносов страхового покрытия на его/ее родителей ставка взносов может быть увеличена до 6%, что с учетом доплат в пределах начисленных НДФЛ и страховых взносов эквивалентно примерно 9%.

Застрахованными в новой системе ДМС предусматриваются:

- плательщики взносов и их несовершеннолетние дети для финансирования новых медицинских технологий, дорогостоящего лечения и ухода;
- родители плательщиков взносов при условии внесения взносов по максимальной ставке для финансирования дорогостоящего лечения и ухода.
- Страхователями в новой системе ДМС предусматриваются:
- работодатели в отношении своих работников (возможно, следует увеличить налоговые льготы работодателю по договорам ДМС);
- граждане в отношении себя и третьих лиц.

8 Потребуется внести изменения в Налоговый кодекс РФ.

9 Требование нового Федерального закона «О добровольном медицинском страховании».

10 Требование нового Федерального закона «О добровольном медицинском страховании».

11 Потребуется внести изменения в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».

12 Потребуется внести изменения в Бюджетный кодекс РФ

Пожилые люди могут также финансировать дорогостоящее лечение своих детей и внуков с использованием механизма обратной ипотеки или бриджевых банковских ссуд. Например, в качестве дополнительного финансирования при нехватке первоначального страхового покрытия ДМС, т.е. для его увеличения. Возможен и обратный вариант – дети (внуки) страхуют по ДМС своих пожилых родителей (дедушек и бабушек), которые, в свою очередь, могут в дальнейшем воспользоваться обратной ипотекой при нехватке средств. Именно для перечисленных вариантов применения кросс страхования и предлагается возможность расширения условий применения обратной ипотеки.

Роль страховых медицинских организаций (СМО) в новой системе ДМС возрастает за счет привлечения в систему значительных дополнительных ресурсов домохозяйств, а том числе по механизму «Обратной ипотеки». Фактически СМО должны стать основными координаторами в новой системе ДМС, для чего потребуются внести изменения в ряд федеральных законов, в том числе в Федеральный закон от 27 ноября 1992 г. N 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [36].

5.2 Страхование долгосрочного ухода в новой системе российского здравоохранения

Долгосрочный уход за людьми пожилого и старческого возраста становится все более актуальной проблемой вследствие постоянно растущей продолжительности жизни. Потребности долгосрочного ухода возникают из-за хронических заболеваний, которые возникают при рождении или в процессе старения организма и приобретения комплекса заболеваний.

В настоящий момент целостной системы долговременного ухода в Российской Федерации не существует — требуемые для нуждающихся уход и медицинское обслуживание осуществляются органами здравоохранения и социального обеспечения независимо друг от друга. В силу этого расширение договора ДМС в новой системе добровольного медицинского страхования до услуг долговременного ухода может частично решить эту проблему.

В ряде стран (США, Канада, Великобритания) используется страхование на случай долгосрочного ухода (Long term care insurance - LTCI), являющееся самостоятельным видом страхования отличный от медицинского и страхования жизни.

LTCI - это гибкий страховой продукт, который помогает охватить людей, нуждающихся в постоянном уходе в течение длительного периода времени. Долгосрочный уход по LTCI может включать уход в доме престарелых, уход на дому, а также личный или дневной уход за людьми старше 65 лет, или у которых есть хроническое или инвалидизирующее состояние, требующее постоянного внимания.

LTCI предусматривает выплату застрахованному страхового возмещения в случае, если застрахованный в силу каких-либо причин не сможет в течение длительного времени самостоятельно выполнять одно или несколько видов деятельности повседневной активности (ADL). В США к страховому случаю LTCI относят невозможность выполнения застрахованным не менее двух из шести ADL непрерывно в течение 90 дней. Наступление страхового случая устанавливает врач. Выплаты устанавливаются на конкретный срок или пожизненно. Имеются дополнительные опции, в том числе по возврату оставшейся суммы в случае смерти застрахованного (по условию договора остатки страхового резерва могут и не возвращаться), начисления инвестиционного дохода и т.д.

В настоящее время в России отсутствуют услуги по страхованию долгосрочного ухода. Но в рамках предлагаемых изменений в системе ДМС, услуги медицинского страхования могут объединяться с услугами по долгосрочному уходу на основании единых «Правил добровольного медицинского страхования и долгосрочного ухода» по аналогии с применяемыми некоторыми страховыми компаниями общих правил страхования от несчастных случаев и болезней. Услуги страховщиков - страховых медицинских организаций (СМО) – могут оказываться как по общим договорам, так и по отдельным договорам медицинского страхования и долгосрочного ухода.

Для внедрения в нашей стране культуры страхования по долгосрочному уходу потребуется на законодательном уровне закрепить единую методику такой оценки. Решение этой задачи возможно на основе активно используемых в мировой практике инструментов — функциональных показателей ADL (Activities of Daily Living) и IADL (Instrumental Activities of Daily Living), тестов Бартел, методов измерения когнитивных функций MMSE и др.

Основными задачами, требующими обязательного решения на государственном уровне для создания такой системы, являются

- разработка и внедрение механизма выявления реальной потребности в уходе, включающей все органы исполнительной власти и заинтересованные организации;
- создание реестра нуждающихся в помощи на основе общепринятых в мировой практике инструментов оценки (типизации), с применением дополнительных критериев, таких как социальный статус или финансовая обеспеченность нуждающегося;

- определение методов долговременного ухода и мест его оказания (маршрутизация) с учетом потребностей нуждающегося и возможности его выбора;
- разработка и внедрение единых стандартов осуществления ухода и реабилитации, а также стандартов контроля процесса и результатов ухода;
- актуализация федеральной и региональной нормативно-правовой базы, обеспечивающей взаимодействие организацией, вовлеченных в оказании услуг медицинской помощи и долгосрочного ухода;
- создание работающей системы кадрового обеспечения, опирающейся на профессиональные стандарты, актуализированные штатные расписания учреждений, вовлеченных в оказание услуг по уходу, учебно-методологическую базу подготовки и переподготовки специалистов по уходу;
- определение механизмов финансирования и тарификации стоимости услуг долгосрочного ухода;
- совершенствование механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания услуг долгосрочного ухода;
- дооснащение необходимыми средствами материально-технического обеспечения государственных учреждений, вовлеченных в реализацию услуг по уходу;
- создание системы информирования о возможностях услуг по долгосрочному уходу в т.ч. создание интернет сайта и программы обучения полезным навыкам лиц, нуждающихся в уходе и их окружения;
- создание сбалансированной системы учреждений, включающей стационары с интенсивным уходом и реабилитацией, полустационары в форме дневных центров и надомное обслуживание, в том числе в форме медико-социальных патронажных служб, с присвоением определенного количества часов сиделки на основании нуждаемости в уходе.

Следует отметить, что нерешенность перечисленных задач является одной из основных причин отсутствия на страховом рынке РФ продуктов страхования долгосрочного ухода – самостоятельно, без помощи государства, страховые компании не могут оказывать такие сложные услуги как долгосрочный уход. Действительно без стандартизации стоимости услуг долгосрочного ухода страховщик не может определить свою тарифную политику по предлагаемым страховым услугам, а без узаконенных инструментов оценки (типизации) потребностей в необходимости ухода, не может

зафиксировать факт наступления страхового случая и длительности его продолжения, требующий страховых выплат.

Если говорить о всей новой системе ДМС, включающей медицинскую помощь и долгосрочный уход, то на государственном уровне необходимо разработать:

- единые протоколы и стандарты высокотехнологической медицинской помощи и долгосрочного ухода, которые могут быть выбраны СМО по результатам типизации потребностей граждан, и оказаны государственными и/или частными медицинскими и/или социальными организациями;
- стандарты качества услуг высокотехнологической медицинской помощи и долгосрочного ухода, предлагаемые СМО своим клиентам;
- принципы взаимодействия СМО и иных субъектов, участвующих в оказании услуг высокотехнологической медицинской помощи и долгосрочного ухода на местном, региональном и федеральном уровнях;
- стандарты государственного контроля процесса оказания СМО услуг по организации высокотехнологической медицинской помощи и долгосрочного ухода;
- меры контроля целевого расходования СМО бюджетных средств, если они были использованы для финансирования услуг по договорам ДМС и долгосрочного ухода.

5.3 Поддержка малоимущих граждан

Суммируя всё вышесказанное можно сделать вывод, что новая система медицинского и социального обеспечения должна строиться на основе новой архитектуры государственно-частного партнерства, включающей, кроме государства и бизнеса, в качестве полноправного партнёра и гражданина, на которого будут возложены часть ответственности и рисков этой системы. Однако отдельная категория граждан в силу жизненных обстоятельств не смогут участвовать в такой системе из-за отсутствия каких-либо сбережений или их нехватки для участия в новой системе ДМС. В силу социальной направленности нашего государства и малоимущие граждане не могут быть выброшены из новой системы медицинского и социального обеспечения.

Как известно, в Российской Федерации социальная помощь включает государственную помощь малоимущим семьям, малоимущим одиноко проживающим гражданам и иным категориям граждан, предусмотренным федеральными законами, в виде социальных пособий, социальных доплат к пенсии, субсидий, социальных услуг и жизненно необходимых товаров [37].

Представляется возможным расширить перечень видов социальной помощи малоимущим для возможности их участия в новой системе медицинского и социального обеспечения, дополнив Бюджетный кодекс новым видом бюджетных ассигнований на покрытие страховых взносов в эту систему.

Поддержку малоимущих граждан в новой системе можно организовать и на основании отдельной федеральной программы с рабочим названием «Дорогостоящее медицинское обеспечение и уход малоимущим гражданам».

Действительно, с целью повышения уровня и качества жизни людей старшего поколения в государственной программе Российской Федерации «Социальная поддержка граждан», утвержденную Постановлением Правительства РФ от 15.04.2014 N 296 [38] была предусмотрена подпрограмма 6 «Старшее поколение», одна из задач которой формулировалась как «организация своевременного и в полном объеме предоставления мер социальной поддержки гражданам старшего поколения».

В 2019 году позиции, касающиеся задач этой подпрограммы, были расширены следующим содержанием [39]:

- - создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами;
- - обеспечение для граждан старшего поколения безопасных и комфортных условий предоставления социальных услуг в сфере социального обслуживания.

Необходимость решения указанных задач еще раз была подтверждена в Федеральном проекте «Старшее поколение» национального проекта «Демография», где сказано, что «Создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, является составной частью мероприятий, направленных на развитие и поддержание функциональных способностей граждан старшего поколения, включающей сбалансированные социальное обслуживание и медицинскую помощь на дому, в полустационарной и стационарной форме с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода».

В соответствии с паспортом Федерального проекта «Старшее поколение» на создание системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами (далее – СДУ) в течение периода 2019 – 2024 гг. предполагается субсидирование бюджетов субъектов Российской Федерации из федерального бюджета в объеме 11 743,7 млн. рублей [40].

Проект «Старшее поколение» охватывает всех граждан старших возрастов, как малоимущих, так и не относящихся к данной категории. Следовательно, в случае начала реализации проекта по созданию новой системы медицинского и социального обеспечения

Проект «Старшее поколение», как источник бюджетного финансирования социального обеспечения пожилых людей можно модернизировать для финансирования дорогостоящего медицинского обеспечения и ухода малоимущим гражданам.

Открытым остается вопрос об администрировании распределения этих средств по адресатам получения, но подобная задача уже решена во многих развитых странах, где уровень социальной поддержки гражданина за счет бюджетных средств, зависит от уровня его имущественного состояния, поэтому перенять их опыт представляется вполне возможным.

5.4 Формирование интегрированной цифровой платформы

Предлагаемые изменения в системе здравоохранения и медицинского страхования принесут наибольшую отдачу, если они будут дополнены возможностями, которые открываются благодаря цифровизации системы на базе облачной цифровой платформы. В частности, создание платформы существенно облегчит решение таких задач, как снижение информационной асимметрии, координацию участников оказания медицинской и социальной помощи, доступность телемедицинских услуг, снижение транзакционных издержек, обеспечение бесшовности, управление качеством медицинской помощи.

Кроме того, предлагаемая система дополнительного финансирования здравоохранения и ухода за счет средств домохозяйств подразумевает необходимость быстрого, безопасного и комфортного для потребителей оформления сложных многосторонних финансовых сделок, в которых будут участвовать пациенты, их родственники, различные государственные органы, страховые медицинские организации, другие страховщики, а также банки. В рамках контрактов должны будут структурироваться достаточно сложные финансовые продукты типа частичной обратной ипотеки. Кроме того, в рамках этих контрактов наряду с четкими гарантиями государства должна обеспечиваться высокая степень гибкости и адаптивности к меняющимся потребностям и предпочтениям граждан. Например, контракты должны учитывать возможность встречных финансовых потоков членов семьи (дети финансируют медицинскую помощь и уход для родителей из средств ДМС, а родители оплачивают дорогостоящую медицинскую помощь для детей и внуков из средств обратной ипотеки). В отсутствие цифровых решений в рамках платформы такие контракты в массовом порядке внедрить в российскую практику было бы технически слишком трудно или невозможно. Но на основе платформенных решений их оформление и исполнение можно сделать быстрым, доступным и надежным.

Чтобы обеспечить перечисленные результаты, такая платформа, должна обладать довольно широким функционалом, который по ряду направлений выходит за рамки систем здравоохранения и медицинского страхования.

Основной функционал платформы включает:

- 1) обеспечение доступа к медицинским услугам как в рамках ОМС, так и в рамках ДМС, а также к платным услугам, финансируемым самими пациентами;
- 2) ассистантские услуги и бесшовное сопровождение пациента в рамках полного цикла медицинской помощи и сопутствующих услуг;
- 3) телемедицинские услуги, преимущественно по принципу «врач-врач», а также с использованием СПВР;
- 4) лекарственное обеспечение с использованием электронных рецептов, роботизированных аптек и новых технологий доставки;
- 5) организация услуг по уходу на дому, сопутствующих услуг и сопутствующих услуг и услуг геронтологических центров;
- 6) сбор, анализ и предоставление информации о качестве медицинской помощи, а также управление качеством услуг;
- 7) заключение контрактов и обеспечение многосторонних контрактов, связанных с дополнительным финансированием медицинской помощи и ухода;
- 8) взаиморасчеты между субъектами системы медицинского страхования, финансовыми организациями, пациентами, организациями аптечной сети и провайдерами сопутствующих услуг.

Создание цифровой платформы должно по возможности опираться на уже реализуемые инициативы по цифровизации, чтобы избегать возможных коллизий и в максимальной степени использовать возможности уже внедренных инструментов. В частности, в новую платформу необходимо интегрировать с создаваемыми в настоящее время:

- Единым цифровым контуром (ЕЦК) здравоохранения, который объединит все медицинские учреждения (более 70 тыс.), вплоть до ФАПов;
- Единой государственной информационной системой в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ) и ее ключевой подсистемой - Интегрированной электронной медицинской картой (ИЭМК);
- Федеральной телемедицинской системой;
- системами поддержки принятия (врачебных) решений (СППР);
- медицинскими информационными системами (МИС), в том числе региональными;

- информационно-аналитической системой мониторинга и контроля за государственными закупками лекарственных препаратов и региональными информационными системами в сфере лекарственного обеспечения;
- суперсервисами, создаваемыми в целях комплексного подхода к решению жизненных ситуаций для потребителей государственных услуг.

Платформа призвана обеспечить бесшовное предоставление пациентам медицинской помощи, социальных и сопутствующих услуг, независимо от источников финансирования. Прежде всего она должна обеспечить координацию оказания помощи в рамках ОМС и новой системы ДМС, а также услуг по уходу на дому и паллиативной помощи. Этой цели служат большинство сервисов, которые целесообразно интегрировать на платформе.

В связи с тем, что платформа будет интегрировать не только медицинские, но и многие виды социальных услуг, возникает вопрос более тесной координации и интеграции деятельности Фондов ОМС с Фондом социального страхования и Пенсионным фондом. Решение этой задачи нуждается в дополнительном изучении.

5.5 Роль доступа к технологиям в разграничении обязательств ОМС и платной медицины

В условиях масштабного притока в систему дополнительных ресурсов домохозяйств возникает проблема более четкого разграничения обязательств Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и новой системы ДМС/обратной ипотеки. В настоящее время обязательства в рамках программы госгарантий сформулированы настолько широко, что идентифицировать случаи, на которые она формально не распространяется, оказывается очень сложно или невозможно в принципе.

Такая размытость обязательств характерна для здравоохранения не только России, но и многих других стран, поскольку формальное разграничение обязательств порождает общественное недовольство, а также затруднено в силу изменчивости структуры спроса и предложения медицинской помощи и ресурсного обеспечения общественного здравоохранения.

Но несмотря на размытость, фактические границы существуют, хотя они ситуативны, достаточно подвижны и селективны. Фактическая невозможность бесплатно получить необходимую медицинскую помощь – явление в России достаточно распространенное. По крайней мере отчасти оно объясняется недостаточностью ресурсов и их неравномерным распределением по системе здравоохранения. В этом, собственно, и заключается главная проблема, для решения которой предлагается создание новой

системы ДМС и обратной ипотеки. Отсутствие более или менее понятных границ между этими системами неизбежно обернется снижением мотивации платить взносы в систему ДМС и прибегать к обратной ипотеке.

Возможно несколько различных подходов к более четкому установлению границ:

- Разграничение по формам собственности, как это уже заложено в норме Конституции РФ (.
- Разграничение по уровню комфортности – затрагивает сравнительно небольшую часть затрат на оказание помощи и не решает проблему ограниченного бесплатного доступа к собственно медицинской помощи.
- Разграничение по нозологиям – может создать правовые конфликты, включая несоответствие нормам Конституции, а также способно вызвать рост напряженности в обществе. Международный опыт разграничения обязательств ОМС-ДМС по нозологиям является негативным. В качестве примера можно привести неудачную попытку, предпринятую в Чили, где в результате усилилось социальное расслоение доступности медицинской помощи в зависимости от уровня дохода пациентов, что вызвало многочисленные конфликты. В итоге в чилийское правительство вынуждено было отказаться от этого подхода.
- Разграничение по доступу к передовым технологиям – представляется наиболее приемлемым в социальном плане и хорошо укладывается в систему приоритетов предлагаемой реформы:
 - o В ОМС попадают апробированные технологии, достигшие плато эффективности (правая часть кривой Гартнера, характеризующей степень освоения новых технологий).
 - o В ДМС допускаются передовые технологии из средней области кривой Гартнера.
 - o Общество де-факто признает невозможность включения самых современных технологий в систему ОМС.
 - o Облегчение доступа к передовым технологиям в ДМС будет восприниматься как преимущество и дополнительный бонус по отношению к существующей системе, от которой население по опыту не ждет опережающего применения новейших технологий.
 - o Возможность расширения доступа населения к передовым технологиям является популярной идеей, с помощью которой обществу будет легче

обосновать необходимость институциональных реформы и добровольных соплатежей населения в систему ДМС.

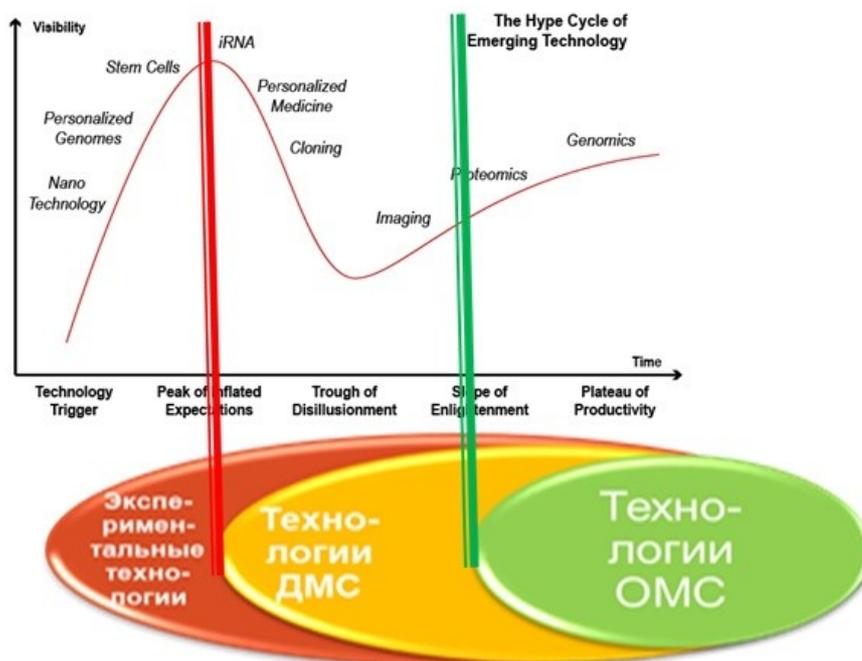


Рисунок 1 - Принципы разграничения обязательств ОМС и ДМС по критерию новизны медицинских технологий.

Таким образом, разграничение обязательств между Программой госгарантий и новой системой ДМС предлагается провести преимущественно по технологическому критерию, хотя в качестве дополнительных не исключаются и другие (например, комфортность оказания медицинской помощи, оплата лекарственных препаратов, возможность получения медицинской помощи за рубежом и др.).

Фактически, предлагаемый подход позволяет благодаря новой системе ДМС и обратной ипотеке существенно сместить влево на кривой Гартнера доступность для застрахованных по ДМС передовых технологий, включая те из них, которые только начинают массово внедряться и не скоро смогут стать повсеместно доступными в системе ОМС (рис. 1). По мере смещения технологий в правую часть кривой Гартнера, передовые технологии, доступные в ДМС, будут становиться рутинными. Они будут переходить в Программу госгарантий и замещаться в рамках ДМС следующими поколениями передовых технологий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В последние годы стали обозначаться принципиально новые тенденции, которые не могли приниматься в расчет в период становления существующей системы социального страхования. С одной стороны, эти тенденции ведут к дальнейшему моральному устареванию прежней архитектуры системы. С другой стороны они открывают новые, ранее недоступные возможности для развития систем дополнительного страхования с участием государства и частного сектора. Со временем это может привести к коренному пересмотру представлений о роли пенсионного и других видов социального страхования в удовлетворении запросов людей старших возрастов.

Несмотря на то, что все эти изменения могут привести в ближайшие полтора – два десятилетия к устареванию всей парадигмы, на которой строится современная система социального страхования, и потребовать ее комплексной перезагрузки, в дискуссиях по социальной политике этим новым проблемам пока уделяется недостаточно внимания. Это касается не только России, но и развитых стран, где перечисленные тенденции развиваются быстрее всего. Необходимы новые подходы к взаимной увязке пенсионных, медицинских и социальных услуг, а также более гибкие подходы к распределению рисков между государством и частными провайдерами. Эти подходы должны, по возможности, учитывать опыт разделения рисков между публичной и частной сторонами, накопленный в сфере ГЧП.

В рамках данной работы мы сформулировали подходы к использованию дополнительных источников финансирования системы социального страхования за счет ресурсов домохозяйств, оценили потенциальный размер привлекаемых ресурсов и возможные финансовые механизмы.

Для анализа готовности населения софинансировать услуги по лечению дорогостоящих заболеваний и дорогостоящему уходу мы использовали методологию дискретного выбора. Эксперимент по методологии дискретного выбора проведен в рамках опроса граждан из различных регионов Российской Федерации. Респондентам предоставлены полные наборы альтернатив для принятия решений по дискретному выбору. В рамках опроса респонденты ответили на ряд классических социологических вопросов, а также сделали дискретный выбор из предложенных им альтернатив. Основные результаты, полученные по респондентам в возрасте до 45 лет, могут быть сформулированы следующим образом.

Наблюдается положительная (и статистически значимая) готовность платить за предоставление доступа к стационарному обслуживанию в частных и ведомственных клиниках в среднем размере по выборке 2,7% от дохода в месяц при прочих равных), а

также за оплату в рамках ДМС медикаментов при амбулаторном обслуживании (2% от дохода в месяц в среднем по выборке при прочих равных). В обоих случаях наблюдается высокий уровень статистической значимости.

Кроме того, получен ряд результатов по остальным атрибутам модели без достаточной статистической значимости. Отсутствие статистической значимости объясняется сравнительно малой выборкой в рамках пилотного исследования. Несмотря на невозможность сделать выводы относительно наличия эффектов в генеральной совокупности, полученные результаты, см. ниже, позволяют сформулировать гипотезы, который должны быть проверены при проведении эксперимента дискретного выбора с репрезентативной выборкой.

Положительная готовность платить за лечение хронических заболеваний респондента и его детей составляет в среднем 1,4% от дохода в месяц при прочих равных, а положительная готовность платить за лечение хронических заболеваний родителей и длительный уход за ними - в среднем 1,3% от дохода в месяц при прочих равных.

Наконец, наблюдается положительная готовность платить за доступ к передовым технологиям аугментации, составляющая в среднем 0,6% от дохода в месяц при прочих равных.

Респондентам в возрасте свыше 55 лет была предложена анкета с вопросами о готовности принять предложение об обратной ипотеке в случае обнаружения заболевания, требующего дорогостоящего лечения. Вопрос был сформулирован следующим образом: «Представьте себе, что у Вас или Вашего супруга (Вашей супруги) обнаружено тяжелое заболевание, требующее немедленного дорогостоящего лечения, оплату дорогостоящих лекарственных средств и/или длительного ухода, не оплачиваемых в рамках системы ОМС. Готовы ли Вы в описанной ситуации заключить договор об обратной ипотеке с целью получения необходимых услуг по лечению тяжелых заболеваний, оплаты дорогостоящих медикаментов и/или длительного ухода? «

34% опрошенных в возрасте свыше 55 лет, имеющих недвижимость, ответили «Да, готовы». 22% ответили «Нет, так как объект недвижимости должен перейти по наследству нашим детям и внукам». 32% ответили «Нет, так как не доверяю финансовым институтам и опасаясь потерять право собственности вопреки обещаниям». Наконец, наименьшая группа (12%) также отказались поддержать предложение об обратной ипотеке, так как рассчитывают на финансовую помощь родных и близких в случае болезни.

С учетом полученных социологических результатов мы провели предварительную оценку возможных дополнительных расходов населения на медицинское и социальное обслуживание на основе обработки базы данных Российского мониторинга

экономического положения и здоровья населения НИУ ВШЭ (RLMS HSE). По нашим оценкам, в результате введения и распространения дополнительных взносов в медицинское страхование создаются финансовые ресурсы, максимальная величина которых в годовом выражении в % ВВП может составить: в 2021 году – 0,63%; в 2026 году – 1,40%; в 2031 году – 1,58%; в 2036 и 2038 гг. - по 1,98%.

Предварительные расчеты по оценке возможных масштабов применения обратной ипотеки, показали, что ценах 2018 г. максимальные финансовые ресурсы системы обратной ипотеки, создаваемой для доступа населения к лечению в случае обнаружения тяжелого заболевания, могут составить 74,60 трлн. руб. в 2020 году. В 2025 году ресурсы системы здравоохранения, созданные обратной ипотекой, составят 92,74 трлн. руб., в 2035 г. – 133,72 трлн. руб.

Проведенный анализ международного опыта и тенденций развития рынка страховых продуктов, ориентированных на покрытие расходов, связанных с прекращением трудовой деятельности, потерей трудоспособности, тяжелыми заболеваниями и необходимостью ухода позволил сделать следующие выводы:

1) Общей тенденцией рынка страховых продуктов, ориентированных на покрытие расходов, связанных с прекращением трудовой деятельности, потерей трудоспособности, тяжелыми заболеваниями и необходимостью ухода, становится их индивидуализация и адаптация к конкретным требованиям потребителей;

2) Страховые продукты являются частью более широкой конкурентной среды финансовых услуг, включающей помимо них сберегательные и инвестиционные продукты. Для наиболее развитых зарубежных рынков характерной тенденцией становится внедрение гибридных продуктов, сочетающих страховые продукты различной природы со сберегательными и инвестиционными продуктами, что позволяет более эффективно и гибко финансировать потребности пользователей услуг в преклонном возрасте;

3) Изучение литературы по возможностям расширения продуктовой линейки страховых продуктов выявило необходимость индивидуального подхода к развитию основных продуктовых сегментов, различающихся по своей специфике;

4) В сегменте пенсионного страхования основные возможности расширения продуктовой линейки связаны с внедрением т.н. индивидуальных пенсионных планов – гибридных продуктов, сочетающих в себе страховой элемент с накопительным и инвестиционным, в том числе т.н. гибридные «микро-продукты» для малоимущих граждан. Также в целях повышения привлекательности рассматриваемого сегмента необходима адаптация существующей продуктовой линейки к инфляционным рискам и

рискам девальвации национальной валюты, в том числе за счет привязки процентных ставок к уровню инфляции. Кроме того, могут потребоваться специальные механизмы хеджирования рисков страховых компаний, связанных с ростом продолжительности жизни;

5) В сегменте долгосрочного страхования жизни основные возможности расширения продуктовой линейки связаны с формированием т.н. райдеров, предусматривающих более гибкие условия страховых выплат, адаптированных к запросам потребителей, а также с внедрением гибридных продуктов, сочетающих в себе страховой элемент с накопительным и инвестиционным. Расширение продуктовой линейки за счет долевого страхования жизни потребует разработки специальной нормативной правовой основы, позволяющей направлять средства страхователей на финансовый рынок;

6) Перспективы развития сегмента ДМС обуславливаются многими факторами, среди которых соотношение функций ОМС и ДМС, платежеспособность населения, появление квалифицированных платных клиник. Распространению ДМС могли бы способствовать специальные скидки для страховых компаний и застрахованных лиц на пользование платными медицинскими услугами, что приводит одновременно и к росту коммерческой эффективности платной медицины за счет масштабов оказываемых услуг, и к предпочтительности использования ДМС рядовыми гражданами относительно прямой оплаты медицинских услуг, т.к. лечение по ДМС будет в этом случае дешевле;

7) Сегмент страховых продуктов, покрывающих расходы на уход за пожилыми и тяжелобольными людьми, в России находится на начальной фазе развития, но выглядит перспективным с учетом старения населения и прогнозируемым ростом потребления услуг по уходу;

8) Изучение зарубежного опыта свидетельствует о том, что именно сегмент страховых продуктов, покрывающих расходы на социальное обеспечение, в наибольшей степени находится в зоне пересечения интересов бизнеса и государства. Практически все успешные страховые схемы были внедрены в той или иной степени при поддержке государства. Целесообразность применения моделей ГЧП обуславливается новизной продукта и сложностью оценки коммерческих рисков для страховых компаний, что может повлечь за собой в том числе и неприемлемо высокие страховые премии, сделав продукт недостаточно востребованным.

9) Продукты пенсионного страхования и долгосрочного страхования жизни обычно являются коммерчески эффективными и требуют ограниченных мер поддержки со стороны государства – как правило, применяются только налоговые льготы. В российских условиях можно рекомендовать к рассмотрению варианты диверсификации налоговых

льгот для различных категорий граждан. Кроме того, привлекательность продуктов данного сегмента для населения зависит от того, насколько эффективно государство выполняет функцию гаранта финансовой стабильности, что в конечном итоге определяет степень доверия и заинтересованность в предлагаемой продуктовой линейке;

10) Механизм обратной ипотеки может быть оправданным и полезным для части граждан. Однако его новизна (даже по международным меркам) и рискованность требует серьезной проработки нормативной правовой основы, которая бы учитывала интересы как заемщиков, так и кредиторов. В то же время обратная ипотека может быть единственной возможностью обеспечить покрытие значительных расходов (например, на лечение дорогостоящих заболеваний) для граждан, не имеющих других источников, что также существующее на настоящее время в России фрагментированная и эпизодическая медицинская и социальная помощь пожилым гражданам должна быть заменена комплексными и скоординированными действиями единой системы медицинского и социального обеспечения, включающей сбалансированные медицинскую помощь и социальное обслуживание, оказываемые на дому, в полустационарной и стационарной форме, с привлечением патронажной службы и сиделок, а также поддержку семейного ухода.

При этом потребуются эффективное сочетание организационных, финансовых и практических механизмов для достижения оптимального баланса между различными видами медицинской и социальной помощи, учитывающими потребности нуждающихся и ресурсные возможности для их осуществления.

В новой системе для привлечения средств граждан на финансирование медицинских и социальных услуг предлагается использовать известные механизмы личного кредитования и страхования, а также новые продукты. Основной моделью страхования станет модифицированная система добровольного медицинского страхования, дополненная и расширенная новыми продуктами такими как «Обратная ипотека» и «Страхование долгосрочного ухода», неприменяемыми в настоящее время в РФ в отличие от других развитых стран, где они нашли свою нишу в финансировании социального обеспечения граждан.

Обратная ипотека, как разновидность ипотечного займа под залог имеющегося жилья, адаптированная под потребности новой системы медицинского и социального обеспечения, даст пожилым людям средства для покрытия расходов на дорогостоящее лечение и уход как для себя, так и для своих родственников. При этом жилая недвижимость просто передается банку в залог без потери пожилым человеком права владения и проживания (также допускается возможность залога только части квартиры

или дома). После кончины заёмщика банк реализует залог по своему усмотрению или её выкупают родственники заёмщика.

Неопределенность финансового результата для кредитора по завершению займа «Обратной ипотеки», изначально предусмотренная сутью этого кредитного продукта, требует привлечения в обязательном порядке услуг страховых компаний, специализирующихся на страховании финансовых рисков, в целях обеспечения гарантии возврата кредитов и процентов по ним.

При широком использовании этого продукта размеры обязательства страховых компаний по принятым рискам могут достигать значительных величин, что потребует привлечения услуг перестрахования. Наиболее удачным было бы привлечение государства, например через АРИЖК или ВЭБ, в качестве гаранта по кредитам «Обратной ипотеки» (не обязательно по всему долгу заемщика, возможно, только по основной сумме обязательства или его части). Тогда исходным источником бюджетного ипотечного страхования рисков кредитов обратной ипотеки могли бы выступать средства фондов обязательного социального страхования (ФОМС и ФСС).

СМО будет конечным получателем средств по кредиту обратной ипотеки в соответствии с новым договором медицинского страхования (ДМС) между заемщиком (собственником недвижимости) и СМО. Заключение договора медицинского страхования должен предшествовать анализ потребности в дорогостоящем лечении и уходе со стороны СМО, оценка его целесообразности с точки зрения результатов и возможности профинансировать необходимые услуги по кредиту обратной ипотеки. СМО также предложит вариант использования средств по кредиту, наиболее оптимальному для лечения и ухода застрахованного по ДМС.

В настоящее время имеется ряд препятствий, в том числе и на законодательном уровне, не позволяющих использовать в РФ кредитный продукт «Обратная ипотека». Указанные барьеры должны быть сняты в ходе преобразований системы российского здравоохранения и ухода.

Результаты проведенного нами исследования указывают на то, что существуют предпосылки для привлечения значительных финансовых ресурсов для оплаты медицинских и социальных услуг со стороны населения из бюджетных источников. Данное решение позволяет преодолеть исторически сложившееся отставание России от стран со средним и высоким уровнем дохода по размеру расходов на здравоохранение. Однако быстрый рост платежеспособного спроса на медицинские и социальные услуги может столкнуться с ограничениями со стороны предложения.

Можно назвать несколько ключевых причин инерционности предложения в российских условиях:

- 1) Преобладание государственных и муниципальных учреждений среди провайдеров услуг; они лишены возможности гибко реагировать на растущий спрос, самостоятельно принимая инвестиционные решения.
- 2) Инвестиции в основные фонды осуществляются преимущественно из бюджетных средств, а решения принимаются в рамках бюджетного процесса, который недостаточно чувствителен к сигналам со стороны платежеспособного спроса на услуги и технологии.
- 3) Участие частного сектора в предоставлении высокотехнологических услуг целенаправленно сдерживается искусственными барьерами, которые ставят его в неравные конкурентные условия с государственными организациями и не позволяют окупать инвестиции в дорогостоящее оборудование и технологии.
- 4) Система допуска новых медицинских технологий на рынок недостаточно развита, имеет регуляторные пробелы, создает необоснованные барьеры и в целом слабо ориентирована на поддержку быстрого массового внедрения востребованных передовых технологий.
- 5) Система подготовки медицинских кадров отличается инерционностью и слабо реагирует на темпы технологических изменений; с учетом длительных лагов между началом подготовки специалистов по новым специальностям и их массовым выходом на рынок, возможности применения многих передовых технологий будут сдерживаться нехваткой кадров и компетенций.

Фрагментация предложения также ведет к неоптимальному использованию возможностей системы, создавая дисбалансы в виде недостаточной загруженности дорогостоящих ресурсов и одновременно их дефицита. Это негативно влияет на показатели доступности и качества медицинских услуг.

По мере роста платежеспособности на передовые медицинские технологии появится задача не только концентрации и централизации специализированной и высокотехнологической медицинской помощи, но и повышения доли организаций, способных активно использовать передовые медицинские технологии. Параллельно с этим нужно будет решать задачи территориальной доступности передовых технологий, обеспечив достаточно равномерное географическое распределение организаций, использующих их, с учетом географии платежеспособного спроса таким образом, чтобы была обеспечена максимально широкая доступность востребованной высокотехнологичной помощи.

На практике это может означать поиск решений в логике интегрированной медицины, когда медицинская помощь оказывается на многоуровневой основе, с возрастанием сложности технологических решений от нижних к верхним уровням системы. Иными словами, верхние этажи системы должны быть в наибольшей степени адаптированы к применению новых и сложных технологий, в то время как на низовом уровне должны использоваться базовые технологические решения. При этом на всех уровнях помощь может оказываться организациями, которые институционально тесно связаны между собой и способны обеспечить бесшовное оказание медицинской помощи при перемещении пациентов между уровнями системы.

Принципиальные требования к такой системе включают высокую степень межуровневой интегрированности для того, чтобы минимизировать барьеры для оперативной переадресации пациентов на более высокие уровни системы, если на низовых уровнях необходимые технологии недоступны.

В части оказания долгосрочного ухода важнейшими вопросами остаются:

- создание сбалансированной системы учреждений, включающей стационары с интенсивным уходом и реабилитацией, полустационары в форме дневных центров и надомное обслуживание, в том числе в форме медико-социальных патронажных служб, с присвоением определенного количества часов сиделки на основании нуждаемости в уходе;
 - создание новой системы кадрового обеспечения, опирающейся на профессиональные стандарты, актуализированные штатные расписания учреждений, вовлеченных в оказание услуг по уходу, учебно-методологическую базу подготовки и переподготовки специалистов по уходу;
- дооснащение необходимыми средствами материально-технического обеспечения государственных учреждений, вовлеченных в реализацию услуг по уходу

Выполнение перечисленных условий будет способствовать формированию эффективной системы медицинского и социального страхования, отвечающей вызовам времени.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. ВОЗ. Всемирный доклад о старении и здоровье, 2016. <<http://www.portal.pmnch.org/ageing/publications/world-report-2015/ru/>>.
2. Гурвич, Е., Сони́на, Ю. Микроанализ российской пенсионной системы // Вопросы экономики - 2012. №2. С. 27-51.
3. World Health Organization (WHO). Active ageing: a policy framework. Geneva: World Health Organization, 2002.
4. Góra M., Rohozynsky O., Sinyavskaya O. V. Pension reform options for Russia and Ukraine: A critical analysis of available options and their expected outcomes (with particular focus on labor market, industrial restructuring and public finance). – ESCIRRU Working Paper No. 25, February, 2010. Berlin.
5. He W., Goodkind D., and Kowal P. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/16-1, An Aging World: 2015, U.S. Government Publishing Office, Washington, DC, 2016.
6. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И. Здоровый образ жизни как часть стратегии активного долголетия // Успехи геронтологии - 2011. Т.24. №3. С. 380-384.
7. Корнилова М. В. Пожилые люди «группы риска»: понятие, особенности жизненной ситуации и социального обслуживания //Риск: исследования и социальная практика/Отв. ред. АВ Мозговая.–М.: Институт социологии РАН, 2011 – С. 144-182.
8. Прокофьева Л. М., Миронова А. А. Роль межсемейного обмена в системе материальной поддержки и ухода за пожилыми в современной России // Демографическое обозрение -2015. № 3. С. 69-86.
9. Pinquart M., Sörensen S. Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis // Psychology and Aging, Vol. 15. №2. P. 187-224, 2000.
10. Siu O. L., Phillips D. R. A study of family support, friendship, and psychological well-being among older women in Hong Kong // The International Journal of Aging and Human Development. Vol. 55. №. 4. P. 299-319, 2002.
11. Walker A. A. Strategy for Active Ageing // International Social Security Review, Vol. 55, pp. 121-139, 2002.
12. Walker A. (2015) Active ageing: Realising its potential // Australasian Journal on Ageing. Vol.34, pp. 2–8.
13. Schneider Y., Zweifel P. (2013). Spatial effects in Willingness to Pay for Avoiding Nuclear Risks. Swiss Society of Economics and Statistics, Vol. 149 (3), pp.357-379.

14. Beiker K., Zweifel P. Age and Choice in Health Insurance: Evidence from a Discrete Choice Experiment. Adis Data Information BV, 2008.
15. Harrison M., Rigby D., Vass C., Flynn T., Louviere J., Payne C. Risk as an Attribute in Discrete Choice experiments: A Systematic Review of the Literature. Springer International Publishing Switzerland, 2014.
16. Muhlbaier A.C., Zweifel P., Kaczynski A., Johnson F.R. Experimental measurement of preferences in health care using best-worst scaling (BWS): theoretical and statistical issues. *Health Economics Review* 6:5, 2016.
17. Chen, Y.-P. Funding Long-Term Care: Applications of the Trade-Off Principle in Both Public and Private Sectors. *Journal of Aging and Health*, 15 (1), 15-44, 2003.
18. Hudson, R.B. Social Contingencies, the Aged, and Public Policy. *Milbank Quarterly*, Vol. 71, No. 2., pp. 253-277, 1993.
19. Scanlon W.J. Long-term care: Baby boom generation increases challenge of financing needed services. Testimony before the Committee on Finance, U.S. Senate. Washington, D.C.: General Accounting Office. (GAO-01-563T), 2001.
20. World Report on Ageing and Health, World Health Organization, 2015.
21. Global health care outlook. The evolution of smart health care. Deloitte, 2018.
22. Виноградова Е. В будущем здоровье каждого будет в его собственных руках. <https://www.vedomosti.ru/lifestyle/articles/2014/11/03/v-buduschem-zdorove-kazhdogo-budet-vego-sobstvennyh-rukah>.
23. Кащеев А. Медицина 2030: как мы будем лечиться в ближайшем будущем. Электронный ресурс <https://www.rbc.ru/opinions/society/23/11/2015/5652c9e39a7947d8b630d9d3>.
24. Ребриков Д. Индивидуальный геном будет записан в медицинской карте каждого пациента уже в ближайшем будущем. <https://www.kommersant.ru/doc/3395270>.
25. Назаров В., Сисигина Н., Экономика генетического здравоохранения. *Экономическая политика* - 2018. Т. 13. № 6. С. 188–213.
26. Hayashi C., Olkkonen H., Sikken B. J., Yermo J. Transforming Pensions and Healthcare in a Rapidly Ageing World. Opportunities and Collaborative Strategies, World Economic Forum in collaboration with MERCER and the OECD, 2009.
27. Lancaster, K. *Consumer Demand: A New Approach*, Columbia University Press, 1971.
28. Hensher, D. A., Louviere, J. J. and Swait, J. D. Combining Sources of Preference Data, *Journal of Econometrics* 89(1–2): 197–221, 1999.

29. Huan Clarisa, Mahoney James. USA and Europe: Equity Release Mortgages // Housing Finance International Journal, June. 2002.
30. ГК РФ статья 819 «Кредитный договор».
31. Федеральный закон "Об ипотеке (залоге недвижимости)" от 16.07.1998 N 102-ФЗ.
32. Федеральный закон от 21.12.2013 N 353 – ФЗ "О потребительском кредите (займе)".
33. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
34. Налоговый кодекс РФ.
35. Бюджетный кодекс РФ.
36. Закон РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 N 4015-1.
37. Федеральный закон «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 N 178-ФЗ.
38. Постановление Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. N 296 "Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Социальная поддержка граждан".
39. Постановление Правительства РФ от 28.03.2019 N 346 "О внесении изменений в государственную программу Российской Федерации "Социальная поддержка граждан".
40. Паспорт федерального проекта «Старшее поколение»
<https://rosmintrud.ru/uploads/magic/ru-RU/Ministry-0-1173-src-1548352941.1384.doc>