

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

Назаров В.С.

**Совершенствование механизмов определения объемов и
оплаты медицинской помощи**

Москва 2019

Аннотация. В работе рассмотрены основные предпосылки выбора покупателя гарантированной медицинской помощи. На примере международного опыта показаны преимущества и недостатки передачи полномочий покупателя страховым медицинским организациям. Предложены меры по совершенствованию покупки медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий.

Abstract. The paper deals with basic prerequisites for the selection of purchaser of guaranteed health care. On the basis of international experiences advantages and disadvantages of delegation of purchasing authority to health insurance organizations are shown. The paper also presents recommendations for the development of health care purchasing under the Programme of state guarantees.

Назаров В.С., заместитель директора по науке ИНСАП 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 2018 год

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	3
ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
1 РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОЛНОМОЧИЙ ПОКУПАТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 6	
1.1 СОДЕРЖАНИЕ ПОКУПКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И ПРЕДПОСЫЛКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСРЕДНИКОВ	6
1.2 ОСНОВНЫЕ ТИПЫ ПОКУПАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	15
1.3 ПРОБЛЕМЫ ПРИНЦИПАЛ-АГЕНТА ПРИ ПОКУПКЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	20
2 СТРАХОВАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИДЕРЛАНДОВ, 1989 – Н.В. ...	24
2.1 ПРЕДПОСЫЛКИ РЕФОРМЫ	24
2.2 СТРУКТУРА РЕФОРМЫ.....	25
2.3 СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ.....	28
3 СТРАХОВАЯ РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КОЛУМБИИ, 1993 – Н.В.	36
3.1 ПРЕДПОСЫЛКИ РЕФОРМЫ	36
3.2 СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ.....	37
4 РЕКОМЕНДАЦИИ ПО СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ МЕХАНИЗМОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОБЪЕМОВ И ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	46
4.1 РАСШИРЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ В СФЕРЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	46
4.2 ИЗМЕНЕНИЕ СТРУКТУРЫ ПОКУПКИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	50
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	57

ПЕРЕЧЕНЬ СОКРАЩЕНИЙ И ОБОЗНАЧЕНИЙ

В подготовленном материале применяют следующие сокращения и обозначения:

ВОЗ	–	Всемирная организация здравоохранения
ДМС	–	добровольное медицинское страхование
ЖНВЛП	–	перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов
МНН	–	международное непатентованное наименование
МРОТ	–	минимальный размер оплаты труда
ОНЛС	–	федеральная программа обеспечения необходимыми лекарственными препаратами
МРОТ	–	минимальный размер оплаты труда
ОМС	–	обязательное медицинское страхование
ОНЛС	–	обеспечение необходимыми лекарственными средствами

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в России вновь активизировалась дискуссия о выборе между государственной и страховой моделью здравоохранения (см., например, [1,2]). При этом, под государственной или страховой моделью зачастую понимается произвольный набор механизмов, соответствующий опыту той или иной национальной системы здравоохранения, включая как неотъемлемые составляющие модели, так и вспомогательные механизмы, которые могут быть реализованы независимо от исходной базы. Осуществление обоснованного выбора требует проведения корректного теоретического анализа преимуществ и недостатков базовых моделей с ясным разграничением основных и дополнительных элементов.

Исторически модель здравоохранения определялась на основе трех ключевых критериев [3,4]:

- охват населения (частичный или всеобщий);
- источник финансирования (личные средства граждан и организаций, страховые взносы ДМС, страховые взносы ОМС, средства общего налогообложения);
- тип покупателя медицинской помощи, представляющего интересы пациента в системе здравоохранения (непосредственно пациент, частная страховая организация, негосударственная страховая организация, уполномоченная государством, непосредственно органы государственной власти).

На сегодня подавляющее большинство развитых стран реализовали всеобщий или близкий к всеобщему охват населения гарантированным медицинским обслуживанием независимо от исходной модели (частная, страховая, государственная). Развитые страховые системы здравоохранения также де-факто перешли к смешанной структуре финансирования, предполагающей покрытие значительной части расходов на оплату медицинской помощи из средств общего налогообложения, что позволяет допустить возможность появления страховых систем, не использующих страховые взносы ОМС [5]. Единственным устойчивым различием государственной и страховой модели к настоящему моменту остается выбор покупателя медицинской помощи.

К настоящему моменту известно множество моделей организации гарантированного медицинского обеспечения, в рамках которых роль покупателя могут исполнять отдельные индивиды, работодатели, благотворительные организации, медицинские организации, частные страховые организации, страховые фонды ОМС, обособленная государственная организация (национальный фонд ОМС, специализированное государственное агентство)

или органы государственной власти (на государственном, региональном или местном уровне). Перечисленные типы покупателей различаются по рыночной силе (размер пула обслуживаемого населения), форме ответственности (экономическая, административная, политическая), возможностям управления организацией оказания медицинской помощи (определять ее состав, объемы и стоимость, выбирать поставщиков услуг, осуществлять контроль качества и обоснованности оказания помощи).

Для повышения эффективности покупки медицинской помощи большинство современных развитых систем здравоохранения допускает одновременное присутствие нескольких типов покупателей, часто с разделением между ними основных функций. Так, в области государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи часть полномочий покупателя исполняют высшие законодательные органы государства (обычно – определение состава гарантированного минимума медицинской помощи и общий бюджет общественного здравоохранения). Решения о распределении объемов между поставщиками, выборе методов оплаты и стоимости услуг в зависимости от выбранной модели покупки могут приниматься уполномоченными органами исполнительной власти, страховыми фондами ОМС, частными страховыми организациями, предоставляющими ОМС, поставщиками медицинской помощи первичного звена. Кроме того, во всех развитых системах здравоохранения сохраняется частный рынок медицинской помощи, на котором в роли покупателя могут выступать сами пациенты, страховые организации ДМС, благотворительные организации.

Актуальность настоящей работы определяется необходимостью проведения для целей подготовки реформы российской системы здравоохранения анализа преимуществ и недостатков моделей покупки медицинской помощи с участием различных типов покупателей.

1 Распределение полномочий покупателя медицинской помощи

1.1 Содержание покупки медицинской помощи и предпосылки возникновения посредников

ВОЗ определяет покупку медицинской помощи как финальный этап процесса финансирования, в результате которого средства распределяются между поставщиками услуг для проведения ими установленных или неопределенных наборов действий [6]. В практике развитых стран покупка медицинской помощи часто определяется как

деятельность, направленная на заключение договора об оказании и оплате медицинской помощи между покупателем и поставщиком услуг [7].

Финансирование представляет собой отдельный вид деятельности системы здравоохранения, задачами которого являются [6]:

- обеспечение системы здравоохранения ресурсами, необходимыми для оказания медицинской помощи населению;
- создание стимулов для поставщиков к оказанию услуг, соответствующих потребностям населения;
- гарантирование доступа к необходимой медицинской помощи для населения.

В составе финансирования здравоохранения выделяются 3 основных этапа: сбор средств, аккумулярование средств и покупка медицинской помощи. Каждый из этапов финансирования характеризуется собственными задачами и механизмами деятельности.

Первый этап финансирования – сбор средств – обеспечивает получение системой здравоохранения определенного объема ресурсов, определяющего ее возможности по организации оказания медицинской помощи населению. Наиболее распространенными подходами к сбору средств в развитых странах являются использование средств общего налогообложения или целевых страховых взносов на оплату медицинской помощи (ОМС), в развивающихся странах – прямая оплата помощи потребителем за счет личных средств. Выбор механизмов сбора средств оказывает непосредственное влияние на такие характеристики системы здравоохранения как:

- общий доступный объем ресурсов;
- распределение финансового бремени между отдельными категориями пользователей.

Аккумулярование средств обеспечивает исполнение так называемой «страховой» функции финансирования, т.е. защиты потребителя от необходимости оплачивать собственные расходы индивидуально. Эффективность исполнения страховой функции не зависит от исходной формы средств (средства общего налогообложения, целевые страховые взносы на здравоохранение, платежи граждан), но может варьироваться в зависимости от размера страхового пула.

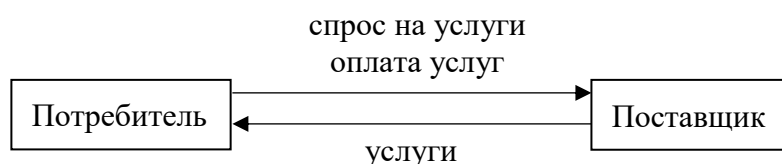
Наконец, покупка медицинской помощи представляет собой процесс, посредством которого аккумулярованные средства распределяются между поставщиками для проведения ими установленных или неопределенных наборов действий. Таким образом, механизмы закупки помощи определяют:

- выбор поставщиков, участвующих в оказании медицинской помощи, и их

относительные доли в структуре оказания помощи;

- стимулы, регулирующие деятельность поставщиков (состав и объемы оказываемых услуг, качество, комфортность и иные дополнительные характеристики предоставления услуг);
- распределение ресурсов между видами, профилями и категориями услуг (при использовании высокоагрегированных единиц оплаты остается полномочием поставщика, низкоагрегированных – покупателя).

На ранних этапах формирования медицинских знаний медицинская помощь воспринималась обществом как рядовая услуга, покупка которой осуществлялась напрямую, аналогично иным потребительским товарам и услугам [8]. Схема прямой покупки медицинской помощи представлена на рисунке 1.1.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.1 – Прямая покупка медицинской помощи пациентом за счет личных средств

Прямая покупка медицинской помощи не предполагает участия каких-либо посредников и/или агентов. Потребитель самостоятельно осуществляет полный цикл покупки (определение набора необходимых услуг, выбор поставщика, согласование стоимости и оплата услуг) и несет все сопутствующие риски (финансовой или физической недоступности необходимых услуг, ошибочного выбора или некачественного оказания услуг и т.д.).

По мере развития медицинских знаний восприятие медицинской помощи изменяется. Появление новых научно обоснованных технологий профилактики и лечения заболеваний повышает важность доступа к медицинской помощи, тогда как сопутствующий рост сложности выбора и стоимости услуг ограничивает возможности эффективного проведения покупки индивидуальным потребителем. Результатом изменений становится поиск новых механизмов взаимодействия покупателя и поставщика, направленных на компенсацию изъянов рынка медицинской помощи [8].

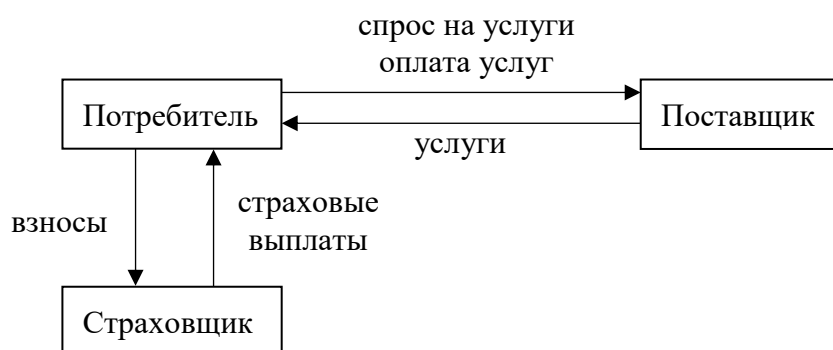
Современные представления об отличиях рынка медицинской помощи от идеального экономического рынка восходят к классической работе будущего нобелевского лауреата К. Дж. Эрроу «Неопределенность и экономика благосостояния здравоохранения»

(1963). Выделенные в исходной работе отличия могут быть представлены в виде четырех основных групп факторов [9]:

- специфика спроса (нерегулярность возникновения и непредсказуемость размера потребностей, жизненная важность удовлетворения потребностей);
- специфика услуги (неопределенность продукта, информационная асимметрия между потребителем и поставщиком);
- специфика предложения (высокие барьеры входа, произвольное ценообразование, ожидаемое поведение врача);
- наличие нерыночных по природе услуг (например, помощь неимущим, организация помощи на удаленных и/или малонаселенных территориях с заведомо недостаточным для окупаемости спросом) или услуг, предоставляемых рынком в неоптимальном объеме (например, профилактика и лечение инфекционных заболеваний).

Первый блок различий характеризует особый статус потребностей в медицинской помощи. В отличие от потребностей в большинстве повседневных товаров и услуг (еде, одежде и т.д.) индивид, как правило, не может предсказать ни момент возникновения, ни содержание и объем будущих потребностей в медицинской помощи. При этом, удовлетворение потребностей в медицинской помощи обычно является жизненно важным и не может быть отложено на будущие периоды. Сочетание данных характеристик позволяет рассматривать потребность в медицинской помощи скорее как внешний риск, чем как управляемый спрос со стороны индивида. Размер данного риска возрастает по мере развития технологий здравоохранения и сопутствующего повышения стоимости медицинской помощи.

Рисковая природа потребности в медицинской помощи сформировала запрос на страхование данного риска. Впервые принцип страхования возникает в средневековых профессиональных обществах взаимопомощи, оказывавших финансовую поддержку заболевшим членам за счет взносов работающих участников. Позднее страховую функцию начинают исполнять независимые коммерческие и некоммерческие страховые организации, первоначально также ограничивающие свою деятельность предоставлением страховых выплат. Модель покупки с участием страхового посредника схематически представлена на рисунке 1.2.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.2 – Покупка медицинской помощи с участием страхового посредника

Страхование финансового риска предоставляет потребителю определенный уровень защиты от утраты средств к существованию, катастрофических расходов (т.е. расходов, ведущих к обнищанию) и/или недоступности жизненно важной помощи в случае заболевания. Уровень финансовой защиты определяется собранным объемом средств (размером взносов и численностью застрахованных лиц), устойчивость системы – размером страхового пула (численностью застрахованных лиц, между которыми перераспределяются страховые средства).

Таким образом, теоретическая эффективность финансовой защиты неуклонно растет по мере расширения страхового пула, достигая максимума при формировании единого пула для всего населения страны.

В то же время, как показано на рисунке 1.2, простое страхование финансового риска, связанного с заболеванием, оставляет неизменной структуру взаимодействия потребителя и поставщика медицинской помощи. Потребитель продолжает в полном объеме исполнять полномочия покупателя и нести сопряженные с ними риски недобросовестного поведения поставщика, порожденные спецификой медицинской помощи как услуги и ее рынка.

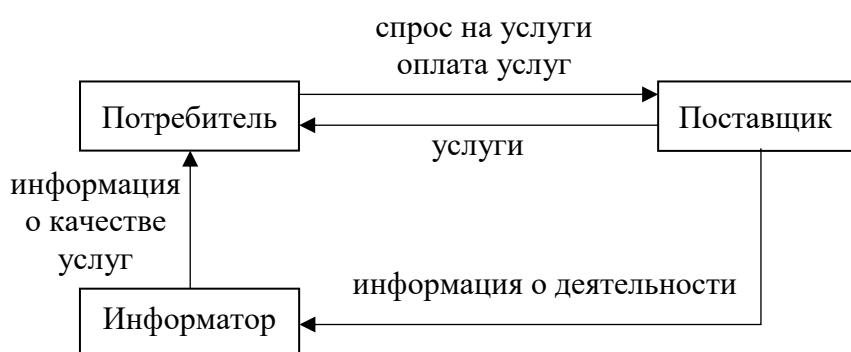
Важнейшей особенностью медицинской помощи как рыночной услуги является неопределенность. Результат лечения в каждом конкретном случае определяется не только оказанной помощью, но также множеством независимых факторов (иные характеристики здоровья пациента, его поведение, условия жизни, ненаблюдаемые особенности течения заболевания и т.д.), что затрудняет объективную оценку качества услуг.

Другим аспектом данной проблемы в условиях развитых медицинских технологий становится различная степень неопределенности услуги для потребителя и поставщика медицинской помощи. Как правило, поставщик значительно лучше информирован о возможностях лечения и последствиях выбора конкретного решения, тогда как потребители обычно не имеют ни специализированных знаний, ни собственного опыта (в случае

относительно редких тяжелых заболеваний) для самостоятельного принятия решений. В результате при оказании сложной медицинской помощи поставщик де-факто одновременно выступает агентом потребителя, представляя его интересы в сфере лечения. Очевидно, что такое совмещение функций поставщика и покупателя открывает обширные возможности для злоупотреблений (в частности, навязывания помощи, не соответствующей критериям качества или объективным потребностям пациента).

Понимание неравного положения потребителя и поставщика медицинских услуг уже на ранних этапах становления медицинской профессии нашло отражение в специфических механизмах этического регулирования. Для получения права практики врач должен был подтвердить прохождение обучения и/или наличие необходимых знаний и готовность следовать установленным этическим стандартам (клятва врача). Установленная медицинская ошибка или нарушение этических стандартов могли повлечь за собой запрет на профессиональную деятельность.

Институты предоставления и/или отзыва допуска к оказанию медицинской помощи могут рассматриваться как простейшие примеры информационного посредничества, подтверждающие квалификацию и добросовестность конкретного поставщика. Позднее простое информационное посредничество получило развитие в форме практик добровольного подтверждения определенного стандарта качества услуг (например, членство в профессиональном обществе, прохождение аккредитации) и добровольного или обязательного раскрытия данных об основных характеристиках и результатах деятельности. Структура покупки медицинской помощи с участием информационного посредника приведена на рисунке 1.3.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.3 – Покупка медицинской помощи с участием информационного посредника

Получение информационной поддержки позволяет снизить вероятность столкновения потребителя с риском недобросовестного поведения поставщика в роли агента. Однако, степень такой защиты зависит от добросовестности информационного

посредника, доступных ему данных и механизмов их контроля, а также механизмов распространения информации. На практике основным механизмом информационного посредничества остаются обязательные процедуры допуска на рынок медицинской помощи, гарантирующие соответствие услуг и товаров минимальным стандартам безопасности. Публичная информация о качестве услуг обычно ограничивается наиболее важными агрегированными показателями деятельности или показателями, раскрываемыми отдельными поставщиками на добровольной основе.

Следует отметить, что простое информационное посредничество, так же как и страхование финансового риска, сохраняет структуру прямой покупки медицинской помощи потребителем и связанные с ней риски недобросовестного поведения поставщика, в т.ч. не связанные с проблемой информационной асимметрии (например, установление завышенной стоимости услуг в условиях монополии).

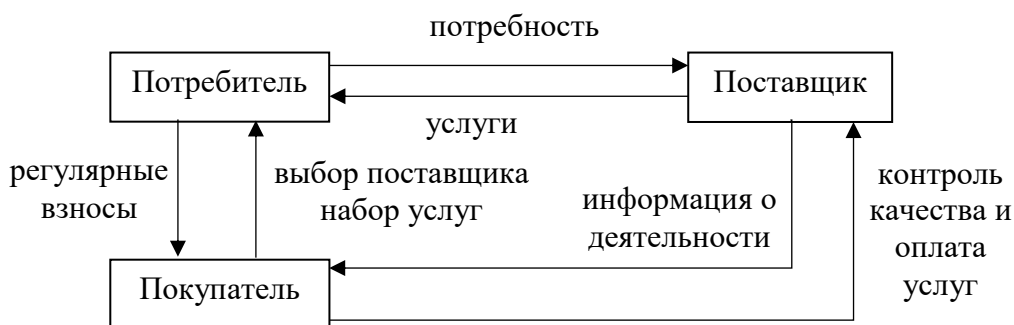
Альтернативным решением проблемы информационной асимметрии при покупке медицинской помощи становится полная или частичная передача полномочий покупателя, требующих специальных знаний, квалифицированному посреднику. Набор передаваемых полномочий покупателя в целом соответствует структуре покупки медицинской помощи и может включать:

- выбор поставщика (в форме направления к конкретному поставщику или предварительного отбора поставщиков с сохранением права итогового выбора за потребителем);
- определение набора услуг и требований к их оказанию (для каждого конкретного случая, стандартных наборов услуг для типового случая);
- контроль качества и обоснованности оказания услуг;
- согласование методов оплаты и стоимости услуг;
- оплату услуг.

На практике квалифицированный покупатель медицинской помощи обычно совмещает функции непосредственно покупателя и страхового посредника, что позволяет обеспечить максимальную защиту конечного потребителя. Исторически первым типом квалифицированного покупателя медицинской помощи стали страховые организации, перешедшие от предоставления страховых выплат к прямой покупке медицинской помощи для застрахованных лиц. Позднее, по мере роста заинтересованности государства в обеспечении здоровья населения, в большинстве развитых стран полномочия квалифицированного покупателя частично (в условиях регулируемого ОМС) или полностью (в условиях государственного здравоохранения) были переданы

уполномоченным государственным органам и организациям [10]. Узкоспециализированные покупатели медицинской помощи, не предоставляющие иных услуг кроме информационной поддержки, распространены значительно менее, однако сохраняют присутствие в отдельных специфических областях рынка (в частности, в сфере медицинского туризма).

Структура покупки медицинской помощи с участием квалифицированного покупателя, объединяющего функции информационного и страхового посредника представлена на рисунке 1.4.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.4 – Покупка медицинской помощи с участием квалифицированного покупателя

Как было показано выше, переход к сложным медицинским технологиям, характеризуемым высоким уровнем информационной асимметрии, неизбежно сопровождается возникновением принципал-агентских отношений и сопутствующих им проблем. При сохранении прямой покупки медицинской помощи принципалом выступает потребитель, агентом – поставщик медицинской помощи, при переходе к покупке медицинской помощи с участием квалифицированного покупателя возникает одновременно несколько взаимосвязанных пар принципал-агентских отношений:

- потребитель – поставщик (определение потребностей пациента и принятие первичного решения о выборе лечения);
- потребитель – покупатель (определение общего набора предоставляемых услуг, отбор поставщиков, контроль качества и обоснованности оказания услуг в интересах пациента);
- покупатель – поставщик (оказание услуг в соответствии с контрактом покупателя).

Таким образом, повышение сложности медицинских технологий, исключающее самостоятельное принятие обоснованного решения неквалифицированным потребителем, неизбежно сопровождается возникновением проблемы принципала-агента. Для отношений

потребитель – поставщик исходной предпосылкой возникновения проблемы принципала-агента становится недостаточная информированность потребителя о возможных альтернативах лечения и их последствиях. Для отношений покупатель – потребитель и покупатель – поставщик предпосылкой становится недостаточная информированность покупателя о фактическом состоянии здоровья потребителя [11].

Жесткое регулирование допуска к оказанию медицинской помощи предопределяет специфику предложения медицинских услуг. Расширенные требования к образованию специалистов и качеству оборудования формируют высокие барьеры входа на рынок и, как следствие, высокую концентрацию рынка со стороны предложения. В сочетании с жизненной важностью получения медицинской помощи, часто – также необходимостью получения помощи в пределах определенного срока или по месту нахождения больного, высокая концентрация рынка предоставляет поставщикам возможность максимизировать прибыль путем установления завышенных цен на услуги в ущерб общественным интересам и интересам отдельных потребителей [9].

Предпосылкой риска недобросовестного поведения поставщика в области ценообразования вновь служит неравенство позиций поставщика и потребителя медицинской помощи, но в данном случае неравенство, связанное с различными объемами деятельности. В условиях высокой концентрации рынка поставщики могут поддерживать согласованный уровень цен на желательном уровне, тогда как одиночные потребители не способны оказать действенное давление. Отказ единичного потребителя от приобретения услуг не представляет угрозы для поставщика.

Квалифицированный покупатель, представляющий интересы объединенного пула пациентов, обладает значительно большей рыночной силой и может оказывать ответное давление на поставщиков медицинской помощи, что позволяет снизить цены и/или повысить качество обслуживания.

Наличие значимых внешних эффектов (прежде всего, в области лечения и предотвращения инфекционных заболеваний), принципы гуманизма и признание права граждан на медицинскую помощь, в свою очередь, создают стимулы для государства к поддержке спроса и/или предложения таких услуг [11]. Первые общественные больницы в отдельных странах также возникают уже в период раннего средневековья, но длительное время предоставляют помощь лишь для больных определенными опасными заболеваниями и неимущих [10]. На сегодня большинство развитых стран признают неотъемлемое право человека на медицинскую помощь, обеспечиваемое деятельностью специализированных

посредников (органов государственной власти, уполномоченных государством страховых организаций ОМС).

1.2 Основные типы покупателей медицинской помощи

В роли покупателя медицинской помощи могут выступать (в порядке возрастания рыночной силы [11]):

- индивидуальные потребители;

В развитых системах здравоохранения сохраняют функции покупателя в отношении медицинской помощи, не входящей в состав государственных гарантий. Приобретают медицинскую помощь в форме разовых взаимодействий с поставщиками на свободном рынке.

При сохранении за потребителем права выбора поставщика услуг в рамках общественного здравоохранения (большинство страховых систем) де-факто исполняют данную функцию покупателя в отношении гарантированной медицинской помощи. Сохранение за покупателем права выбора поставщика повышает пациентоориентированность системы здравоохранения, включая немедицинские аспекты качества услуг (комфортность, уважение, учет индивидуальных ценностей и предпочтений и т.д.). В то же время, неспособность потребителя объективно оценить качество сложной медицинской помощи создает угрозу ухудшения результатов деятельности при переориентации медицинских организаций на создание привлекательных условий обслуживания. Данный риск может быть смягчен при предоставлении основному покупателю (уполномоченному государственному органу или страховой организации) права на предварительный отбор медицинских организаций или ограничением права потребителя на выбор поставщика первичной медико-санитарной помощью.

- работодатели;

Организация предоставления медицинской помощи работодателем с использованием собственных медицинских организаций или заключением долгосрочных прямых контрактов с внешними поставщиками была характерна для ранних этапов становления общественного здравоохранения. Современные развитые страны полагают неприемлемым риск получения работодателем доступа к информации о здоровье работника и использования этой информации в своих целях и стремятся к замещению прямой организации медицинской помощи работодателем предоставлением независимого ДМС. Тем не менее, прямая организация медицинской помощи работодателем может сохраняться

для работ на удаленных территориях (военнослужащих, удаленных предприятий по добыче полезных ископаемых и т.д.).

- отдельные поставщики медицинской помощи;

Могут выступать в роли покупателей медицинской помощи при наделении соответствующими полномочиями (например, фондодержание в Англии). Обычно получают финансирование в виде отчислений из централизованного фонда, формируемого за счет средств общего налогообложения или медицинского страхования. Выбор поставщика медицинской помощи, исполняющего роль покупателя, как правило, является свободным для потребителя. Опыт реформ показал, что отдельные поставщики медицинской помощи, как правило, не обладают достаточной мотивацией и квалификацией для эффективной организации медицинской помощи. В практике Англии подавляющее большинство врачей-фондодержателей продолжали покупать медицинскую помощь у поставщиков, с которыми взаимодействовали ранее в рамках государственной системы [12].

- организации медицинского обслуживания;

Представляют развитую форму частного поставщика медицинской помощи, обеспечивающего предоставление комплекса услуг на основе интегрированной иерархической структуры. Выбор покупателя для пациента обычно носит добровольный характер.

- местные сообщества;

Наиболее распространены в развивающихся странах. Деятельность направлена на защиту членов сообщества от наиболее опасных рисков, не покрываемых иными покупателями (например, очистка воды, услуги первичной помощи). Обычно финансируются за счет средств взносов в фиксированной сумме. В развитых странах сходную роль могут играть местные органы власти, организующие для собственного населения оказание медицинской и социальной помощи, не входящей в единую структуру государственных гарантий (например, услуги долгосрочного ухода – Англия, Нидерланды);

- благотворительные организации;

Обычно играют вспомогательную роль, предоставляя покрытие рисков, не оплачиваемых иными покупателями. Услуги обычно приобретаются на свободном рынке в рамках долгосрочных или разовых контрактов, реже организуется самостоятельное предоставление силами собственных медицинских организаций. Выбор покупателя обычно определяется особенностями пациента (например, принадлежностью к социально уязвимой

группе) или его потребностей (например, необходимость помощи при определенном заболевании).

- страховые организации ДМС;

Могут организовывать предоставление медицинской помощи с участием собственных поставщиков услуг, на основе долгосрочных контрактов с внешними поставщиками или покрытия расходов на самостоятельные разовые покупки медицинской помощи пациентами у внешних поставщиков медицинской помощи. Выбор покупателя обычно является добровольным для потребителя, но в некоторых случаях ДМС предоставляется работодателем.

- страховые организации ОМС;

Организуют предоставление медицинской помощи на основе долгосрочных контрактов с внешними поставщиками, обычно на условиях государственного регулирования всех или части условий контракта. Специализированные фонды ОМС, прикрепление к которым определяется профессиональным статусом или территорией проживания, применялись на ранних стадиях становления ОМС для обеспечения всеобщего охвата и лучшей балансировки бюджетов фондов. Данная модель покупки является устаревшей и сохраняется отдельными странами (Австрия) преимущественно в силу традиции. В большинстве «старых» страховых систем (Бельгия, Швейцария, Нидерланды, с 1992 г., Германия, с 1996 г.) были проведены реформы, разрешающие населению выбор страхового фонда.

- единый независимый национальный покупатель (национальный фонд ОМС, обособленное государственное агентство);

Организуют предоставление медицинской помощи на основе долгосрочных контрактов с внешними поставщиками. Не могут владеть собственными медицинскими организациями.

- уполномоченные органы государственной власти (на государственном, региональном или местном уровне).

Обычно исполняют роль покупателя в системах, основанных на финансировании медицинской помощи за счет средств общего налогообложения и организации предоставления услуг силами государственных поставщиков, действующих в составе интегрированной иерархической системы здравоохранения. В последние десятилетия многие бюджетные системы провели реформы, направленные на разделение покупателя и поставщика медицинских услуг путем разделения органов, ответственных за покупку медицинской помощи и управление сетью медицинских организаций или приватизации

государственных учреждений здравоохранения. Выбор покупателя определяется местом проживания потребителя, смена покупателя вне смены места проживания невозможна.

Историческая эволюция посредников в западноевропейских странах от индивидуальных потребителей и отдельных частных страховых организаций к фондам ОМС и уполномоченным органам государственной власти отражала последовательное усиление покупателя (расширение прикрепленного пула населения), направленное на повышение финансовой стабильности его деятельности, расширение возможностей по контролю качества услуг и способностей устанавливать наиболее выгодные цены, а также сокращение административных издержек организации оказания медицинской помощи. В условиях, когда на территории действует единственный покупатель (орган государственной власти или местного самоуправления, единый независимый национальный покупатель, территориальный фонд ОМС) рынок медицинской помощи превращается в монопсонию, позволяя покупателю удерживать цены на услуги на уровне издержек или лишь незначительно выше. Еще более высокий уровень контроля над ценами характерен для систем, где поставщики формально подчинены покупателю (бюджетные системы здравоохранения). В этом случае сдерживание затрат может достигать до установления цен, не покрывающих издержки на оказание медицинской помощи.

В то же время, усиление покупателя ведет к сокращению конкуренции на рынке гарантированного медицинского обеспечения. Как следствие, снижается заинтересованность покупателя в наилучшем удовлетворении потребностей прикрепленного населения. Наиболее резкое ухудшение пациентоориентированности происходит при переходе от конкурирующих покупателей (страховых организаций, медицинских организаций) к неконкурентным моделям (специализированные страховые организации, единый независимый национальный покупатель или органы государственной власти).

В качестве основного покупателя в современных развитых системах здравоохранения обычно выступают конкурирующие страховые организации, обособленный национальный покупатель или органы государственной власти. Все перечисленные типы покупателей обладают минимально необходимым уровнем рыночной силы, но различаются по ее уровню, доступным рычагам управления и механизмам собственной ответственности (таблица 1.1).

Таблица 1.1 – Основные типы покупателей медицинской помощи

Тип	Рычаги управления поставщиками	Конкуренция за потребителей	Ответственность
Конкурирующие страховые организации	Рыночные переговоры (средняя рыночная сила)	Есть	Рыночная
Обособленный национальный покупатель	Рыночные переговоры (максимальная рыночная сила)	Нет	Административная / политическая
Органы государственной власти	Прямое управление подведомственными организациями	Нет	Административная / политическая

Примечание – Источник: составлено авторами.

Таким образом, конкурирующие страховые организации являются единственным современным типом покупателя, сохраняющим непосредственную мотивацию к удовлетворению потребностей прикрепленного населения и оптимизации расходов на покупку медицинской помощи, но обладают наименьшими сравнительными возможностями для сдерживания расходов и создают наиболее высокие административные издержки. Сохранение (Швейцария, США) или внедрение конкуренции между страховыми организациями (Германия, Нидерланды) является основным трендом развития страховых систем здравоохранения в западных странах.

Органы государственной власти характеризуются наилучшими возможностями по сдерживанию расходов на оплату медицинской помощи (в т.ч. путем установления заниженных нормативов расходов для подведомственных организаций), но ограничены в выборе медицинских организаций и не несут прямой ответственности за результаты деятельности. Для повышения эффективности закупки медицинской помощи многие государственные системы здравоохранения провели реформы, направленные на переход к обособленному покупателю (большинство стран Центральной и Восточной Европы), реже – передачу полномочий покупателя медицинским организациям (Англия, см. ниже) или автономизацию государственных учреждений здравоохранения (отдельные страны Восточной Европы[13]).

Обособленный национальный покупатель освобожден от ответственности за поддержку подведомственных организаций, что расширяет его возможности выбора поставщиков, но также не несет прямой ответственности перед потребителями. На практике данная модель оказалась неустойчивой. Большинство стран Центральной и Восточной Европы (Венгрия, Латвия, Литва, Польша) предпочли подчинить покупателя Министерству здравоохранения в целях лучшего сдерживания затрат [13].

1.3 Проблемы принципал-агента при покупке медицинской помощи

Создание квалифицированных покупателей, представляющих интересы крупных групп пациентов, позволило предотвратить или смягчить риски индивидуальной покупки медицинской помощи (недоступность жизненно важных услуг, обнищание вследствие высоких затрат на медицинскую помощь, получение услуг ненадлежащего качества, несоответствующих потребностям пациента или оплачиваемых по завышенной цене, недостаток общественно полезных благ), но одновременно породило новые угрозы, связанные с проблемами отношений принципал-агента.

Согласно наиболее распространенному определению агентские отношения представляют собой разновидность договорных отношений, в рамках которых один субъект (принципал) нанимает другого субъекта (агента) для осуществления определенных действий в интересах принципала с делегированием агенту определенных полномочий по принятию решений в рамках порученной деятельности [14]. Для отношений данного типа характерен специфический риск недобросовестного поведения со стороны агента, предпосылками которого являются:

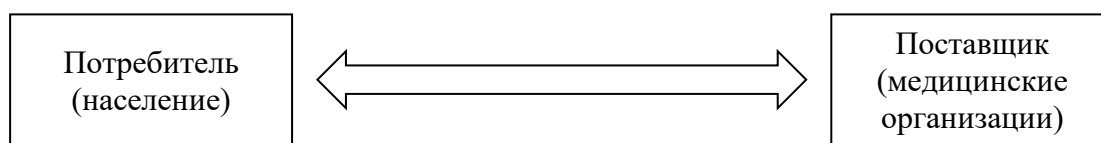
- наличие у агента собственных интересов, не совпадающих с целями принципала;
- информационная асимметрия между принципалом и агентом.

Преследование собственных интересов представляет собой общую причину оппортунистического поведения сторон договора, частным случаем которого выступает так называемая проблема принципала-агента. Отличительной особенностью проблемы принципала-агента как конкретной разновидности недобросовестного поведения становится приобретение агентом возможности действовать в собственных интересах в силу неспособности принципала оценить соответствие действий агента собственным целям. Таким образом, проблема принципала-агента неразрывно связана с проблемой информационной асимметрии. Агентские отношения возникают при появлении сложных медицинских услуг, не позволяющих покупателю самостоятельно оценить качество и обоснованность оказания услуги. В зависимости от уровня регулирования рынка медицинской помощи отношения принципал-агента могут принимать три основные формы.

В простейшем случае прямой покупки принципалом выступает пациент, агентом – лечащий врач, удовлетворяющий потребность пациента в медицинской помощи (рисунок 1.5). Основным мотивом потребителя в роли принципала является максимизация эффективности (при самостоятельной оплате) или полезности полученной медицинской помощи (при внешней компенсации расходов). Лечащий врач обладает более полной

информацией об объективном состоянии здоровья пациента, его потребностях в медицинской помощи и возможных альтернативах лечения и может использовать эти знания в собственных интересах. Профессиональная этика требует от поставщика - агента предоставления помощи, оптимальным образом удовлетворяющей потребности пациента, тогда как его собственные интересы предполагают оказание помощи, максимизирующей его прибыль [11]. Конкретные формы возможного недобросовестного поведения поставщика в роли агента определяются применяемыми методами оплаты медицинской помощи. Наиболее распространенными примерами недобросовестного поведения могут служить:

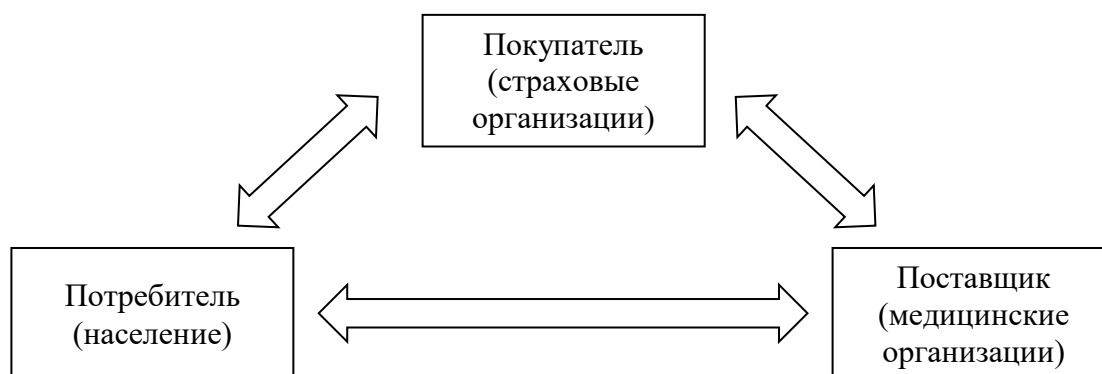
- оказание услуг, не соответствующих потребностям пациента (в т.ч. предоставление избыточной помощи);
- оказание услуг, не соответствующих заявленным критериям качества;
- уклонение от обслуживания пациентов с высоким риском ухудшения состояния.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.5 – Проблема принципал-агента при простой покупке медицинской помощи

Введение в процесс купли-продажи медицинской помощи официального посредника усложняет структуру агентских отношений (см. рисунок 1.6).



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.6 – Проблема принципал-агента при покупке медицинской помощи с участием квалифицированного покупателя

В этих отношениях посредник исполняет три взаимосвязанные роли:

- как агент потребителя посредник должен организовать предоставление ему помощи, оптимальным образом соответствующей его потребностям;

- как агент государства посредник должен обеспечить достижение поставленных политических целей (здоровье населения, уровень расходов, иные требования к деятельности системы здравоохранения);
- как принципал по отношению к поставщику посредник должен сформировать запрос на оказание услуг, соответствующий целям потребителя и государства.

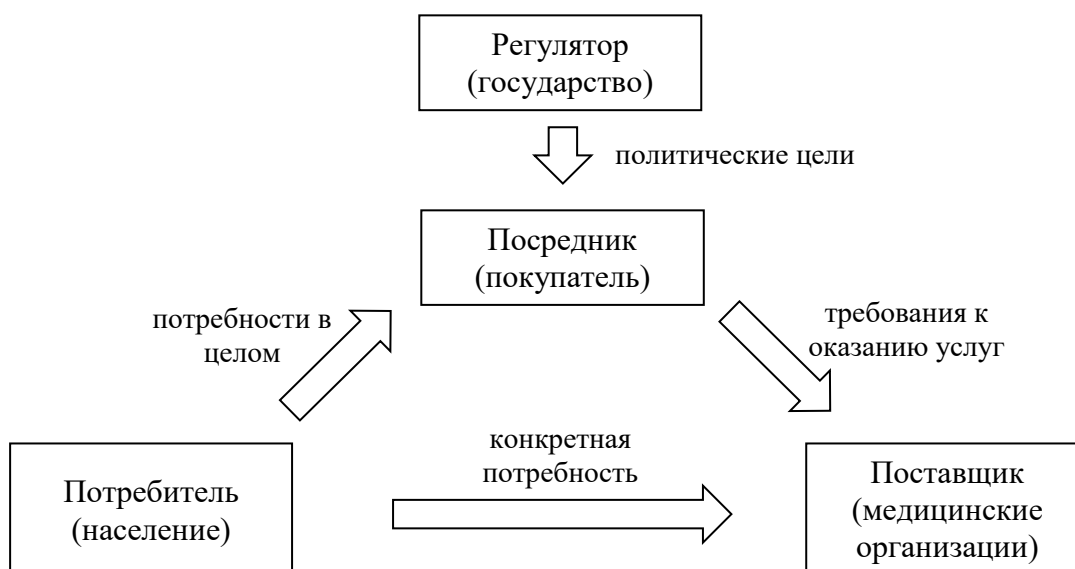
Таким образом, даже в идеальной модели возможно возникновение конфликта интересов на уровне посредника при несовпадении целей потребителя и государства, одновременно выступающих в качестве принципалов.

Классическим примером такого конфликта является отношение к новейшим технологиям. Потребитель, как правило заинтересован в применении наиболее эффективных технологий, тогда как государство в роли регулятора может ставить приоритетом сдерживание затрат путем сохранения более простых методов лечения. Поставщик в этой ситуации может разделять позицию как потребителя (при оплате за услугу), так и регулятора (при оплате методом глобального бюджета, не учитывающего изменение технологий). Аналогично, покупатель может поддерживать расширенное предложение новых технологий (при прямой ответственности перед пациентами, например, при разрешении свободного выбора покупателя населением) или его ограничение (при самостоятельной ответственности по расходам на оплату медицинской помощи и отсутствии возможностей ухода пациентов).

Кроме того, покупатель медицинской помощи может обладать собственными мотивами, основным среди которых является максимизация финансовой выгоды (в случае негосударственной страховой организации) или подведомственного административного ресурса (в случае органа государственной власти). Аналогично, медицинская организация может быть ориентирована на максимизацию собственной прибыли в ущерб интересам покупателя. Поставщик также сохраняет лучшую информированность о здоровье пациента, его потребностях в медицинской помощи и возможных альтернативах лечения. Однако, в отличие от прямого взаимодействия пациента и поставщика медицинских услуг квалифицированный покупатель обладает возможностью формировать необходимые стимулы для поставщика путем управления методами оплаты и стоимостью медицинской помощи.

Введение в структуру покупки медицинской помощи государства в роли верховного регулятора дополнительно усложняет ситуацию (рисунок 1.7), формируя новый уровень отношений принципала-агента, где государство одновременно выступает агентом по отношению к населению, права которого на медицинскую помощь оно гарантирует, и

принципалом по отношению к покупателям и поставщикам медицинской помощи, призванным обеспечивать практическую реализацию данного права. Государство в данной ситуации фактически выступает квалифицированным покупателем медицинской помощи верхнего уровня, его интересы в этой роли совпадают с интересами покупателя.



Примечание – Источник: составлено авторами.

Рисунок 1.7 – Проблема принципал-агента при покупке медицинской помощи с участием квалифицированного покупателя в условиях регулируемого рынка

Ранние модели гарантированной медицинской помощи не учитывали наличие собственных мотивов покупателя и медицинских организаций. Накопление агентских злоупотреблений стало одним из факторов кризиса классических бюджетных и страховых систем в 1970-1980-е гг. Современные модели управления здравоохранением, как правило учитывают следующие основные конфликты интересов:

- между потребителем и государством в роли принципалов (ориентация на максимальную полезность или эффективность помощи);
- между потребителем и покупателем (уклонение покупателя от предоставления услуг гарантированного медицинского обеспечения);
- между потребителем и покупателем (постконтрактное оппортунистическое поведение потребителя);
- между государством и посредником (неэффективная организация медицинской помощи);
- между посредником и медицинской организацией (неэффективное оказание медицинской помощи).

2 Страховая реформа здравоохранения Нидерландов, 1989 – Н.В.

2.1 Предпосылки реформы

Начиная с конца XIX – начала XX вв. система здравоохранения Нидерландов приобретает ряд отличий от страховых систем соседних стран. Несмотря на развитую систему частных институтов медицинского страхования Нидерландам, в отличие от большинства западноевропейских стран со сходным путем развития, не удалось реализовать обязательное медицинское страхование даже для наиболее нуждающихся слоев населения. Попытка внедрения ограниченного ОМС, предполагающего только выплату компенсации утраченного заработка, была предпринята в 1913 г., однако политические конфликты между государством и профсоюзами заблокировали его реализацию вплоть до 1930 г. Все попытки введения полноценного ОМС, гарантирующего получение необходимой медицинской помощи, в межвоенный период завершились неудачей из-за активного сопротивления поставщиков медицинской помощи [15,16].

В результате первая национальная система ОМС была создана лишь под давлением немецких оккупационных властей в 1941 г. Введенная модель в целом соответствовала западноевропейской практике начала XX века, сохраняя ограниченный охват ОМС. Обязательное социальное медицинское страхование устанавливалось только для работников с доходом ниже установленного предела и распространялось также на помощь членам их семей. Отдельные категории населения (пенсионеры, самозанятое население) могли присоединиться к ОМС на добровольной основе. Для остальной части населения сохранялось частное добровольное медицинское страхование. В совокупности Закон о страховых фондах 1941 г. увеличил охват населения медицинским страхованием с 45 до 60%. Данная система с незначительными изменениями сохранялась вплоть до конца XX в. [16]. Наиболее важной новацией стало введение в 1964 г. нового типа медицинского страхования, обязательного для всего населения страны – страхование исключительных медицинских расходов. По первоначальному плану страхование исключительных медицинских расходов должно было предоставить всему населению страны защиту на случай тяжелых заболеваний, характеризующихся потребностью в дорогостоящей медицинской помощи, но неприятие этой концепции поставщиками медицинской помощи и фондами ОМС привело к существенному ограничению его задач. В результате покрытие исключительных медицинских издержек оказалось ограничено долгосрочной помощью при психиатрических заболеваниях и инвалидности.

Услуги ОМС и страхования исключительных медицинских издержек предоставлялись регулируемым государством страховыми фондами, организованными по территориальному признаку, услуги ДМС – частными страховыми организациями.

2.2 Структура реформы

Впервые принципы страховой реформы, направленные на создание всеобщего ОМС, приемлемого для всех участников рынка гарантированной медицинской помощи, были намечены в так называемом плане Деккера 1987 г. (по имени главы парламентского комитета, ответственного за разработку плана).

Основу плана Деккера составили два базовых принципа организации гарантированного медицинского обеспечения [17]:

- всеобщее базовое ОМС, охватывающее всю жизненно важную помощь;
- регулируемая конкуренция между страховыми организациями и медицинскими организациями.

В 1992 г. на основе плана Деккера был подготовлен правительственный проект реформы (План Симонса), представленный в парламент. План Симонса практически целиком следовал предложениям плана Деккера. Ключевым отличием плана Симонса стало расширение планируемого страхового покрытия ОМС до 95% расходов на медицинскую и социальную помощь с включением в его состав лекарственного обеспечения при лечении в амбулаторных условиях и физиотерапии. Планировалось, что реформа может быть завершена в течение 4 лет [16].

На практике реформы медицинского страхования начались еще до утверждения плана Симонса. В 1989 г. были внесены первые изменения в структуру фрагментов медицинского страхования и финансирование ОМС. Услуги психиатрической медицинской помощи и сопутствующих расходов были перемещены из планов ОМС для населения с доходом ниже установленного предела и частных страховых планов в план страхования исключительных медицинских расходов. Одновременно была увеличена ставка взносов страхования исключительных медицинских издержек и снижены ставки взносов ОМС и ДМС. Для ОМС ставка страховых взносов была сокращена с одновременным введением дополнительной страховой премии в фиксированном размере. С 1 января 1991 г. право установления ставки взносов в фиксированном размере было передано страховым фондам ОМС. Целями передачи данного полномочия стали:

- предоставление страховым фондам ОМС возможностей самостоятельно балансировать поступления и расходы в условиях начала передачи страхового риска

по ОМС;

- создание условий для конкуренции страховых фондов ОМС по цене и, как следствие, стимулов к повышению эффективности расходов.

В 1992-1996 гг. была предпринята попытка расширения состава страхования исключительных медицинских расходов. Идеологической основой данного плана стала идея плана Деккера о построении всеобщего ОМС на базе действовавшего страхования исключительных медицинских расходов. С 1992 по 1996 гг. в состав страхования исключительных медицинских расходов из планов ОМС и ДМС были перемещены:

- лекарственное обеспечение;
- генетическая диагностика;
- реабилитация;
- помощь аудиологических центров.

Для страхования исключительных медицинских расходов на 1,5% была повышена подоходная ставка страховых взносов и введена ставка взносов в фиксированном размере, уплачиваемая непосредственно страховщику. Кроме того, для страхования исключительных медицинских издержек населению было разрешено переходить на страхование со страховым вычетом в обмен на снижение ставки страховых взносов в фиксированном размере. Большинство данных изменений было отменено в 1996-1998 гг. с обратной передачей обеспечения лекарственными средствами и товарами медицинского назначения, реабилитационных услуг и услуг долгосрочного ухода на базе больниц в состав ОМС. Одновременно была отменена дополнительная ставка страховых взносов в фиксированном размере [16].

В сфере ОМС были предприняты меры, направленные на развитие конкуренции между страховыми фондами и медицинскими организациями. С 1992 г. страховым фондам ОМС было разрешено вести деятельность на всей территории ОМС без привязки к определенному региону. Одновременно было отменено обязательство страховых фондов ОМС заключать договор на оказание и оплату медицинской помощи с каждым поставщиком, изъявившим такое желание. С 1993 г. начинается формирование системы перспективного распределения средств ОМС между страховыми фондами ОМС с учетом факторов риска прикрепленного населения и временных систем ретроспективной компенсации рисков. До 1991 г. страховые фонды ОМС полностью не несли ответственности по страховому риску ОМС (риску возникновения сверхплановых расходов на оплату медицинской помощи). Средства страховых взносов полностью поступали в Центральный фонд, который в дальнейшем возмещал расходы отдельных страховых

фондов на оплату медицинской помощи прикрепленной населению в соответствии с фактическим размером.

В 1995 г. были установлены ежегодные периоды открытых дверей, в течение которых страховые фонды ОМС были обязаны принять всех обратившихся застрахованных лиц, желающих сменить фонд ОМС.

Таким образом, на практике первый этап реформ достиг крайне ограниченных результатов. Формально условия для развития конкуренции между страховыми и медицинскими организациями были созданы, но на практике они не функционировали из-за слабых стимулов к конкуренции. Страховые фонды ОМС получали компенсацию большей доли расходов на оплату медицинской помощи и редко проводили активную рыночную политику.

После 2000 г. отношение к страховой реформе коренным образом изменяется. Министерство здравоохранения выступает с заявлением о необходимости ускорения реализации реформ медицинского страхования и организации медицинской помощи, результатом которого становится подготовка единого пакета реформ ОМС, призванного завершить реализацию плана Симонса. Итогом подготовки становится Закон о медицинском страховании 2006 г., до настоящего момента остающийся основополагающим нормативным актом в сфере медицинского страхования [16].

В отличие от предшествующего этапа эволюционных реформ Закон о медицинском страховании 2006 г. предполагал одномоментное полное изменение системы с созданием трех регулируемых рынков [18]:

- рынка страховых услуг;
- рынка покупки медицинской помощи;
- рынка оказания медицинской помощи.

В рамках рынка страховых услуг население самостоятельно выбирает и приобретает страховой план у одного из конкурирующих страховщиков. В роли страховщика по ОМС могут выступать как бывшие страховые фонды ОМС, так и частные страховые организации, объединенные в единую категорию страховых организаций, действующих в рамках гражданского законодательства и обладающих правом предлагать ОМС (при соблюдении необходимых требований к капиталу организации и предлагаемым страховым планам). Все граждане страны и лица, получающие на территории страны выплаты, облагаемые подоходным налогом, обязаны приобрести ОМС. Страховые организации обязаны принять каждого заявителя, обратившегося к ним с желанием приобрести ОМС, на общих условиях в рамках выбранного страхового плана. Все страховые планы ОМС содержат единый состав

страхового обеспечения, но могут различаться по объему предлагаемой помощи, требования к ее качеству, размеру страховой премии или добровольного страхового вычета. Установление индивидуальной страховой премии запрещено. Застрахованные лица вправе 1 раз в год менять страховую организацию.

На рынке покупки медицинской помощи страховые организации заключают договоры на оказание и оплату медицинских услуг с поставщиками, устанавливая объемы, требования к качеству и стоимость медицинских услуг (за исключением ограниченного перечня услуг, стоимость которых регулируется государством). Страховые организации вправе отказывать в заключении договора с конкретным поставщиком медицинской помощи, стоимость или качество услуг которого не удовлетворяют их требованиям.

На рынке оказания медицинской помощи потребитель выбирает конкретного поставщика медицинских услуг с учетом ограничений, установленных законодательством (например, обязанность первоначально обращаться к постоянному врачу общей практики, неполное возмещение расходов при обращении к поставщику, не имеющему контракта со страховой организацией) или страховой организацией (например, покрытие расходов на услуги рекомендованных поставщиков без учета страхового вычета).

2.3 Страховая модель

С 2006 г. в Нидерландах впервые было введено всеобщее ОМС, покрывающее расходы на жизненно важную медицинскую помощь. Следует отметить, что накануне реформы в условиях смешанного покрытия (ОМС + ДМС) Нидерланды уже достигли практически полного охвата населения: 63% населения являлись держателями ОМС, 37% – держателями ДМС. Тем не менее, переход к всеобщему охвату базовым ОМС повышал доступность жизненно важной медицинской помощи для населения благодаря:

- стандартизации базового страхового обеспечения, т.е. предоставления гарантированного покрытия определенных видов медицинской помощи для всего населения (ранее частные страховые организации были вправе самостоятельно определять состав предлагаемого основного ДМС);
- установлению обязательства по предоставлению базового ОМС каждому обратившемуся заявителю (ранее частные страховые организации были вправе отказывать в предоставлении ДМС).

Для бывших держателей ОМС одновременно был изменен порядок получения медицинского страхования. Вместо автоматического страхования (с 1992 г. – с возможностью выбора страхового фонда) население должно было приобретать полис ОМС

самостоятельно, что повышало риски уклонения от страхования. В целях минимизации данного риска закон предусматривал наложение штрафа в размере 130% суммы страховых взносов за период отсутствия страховки. Страховые организации были вправе при возникновении задолженности приостановить оплату медицинского обслуживания, при неуплате взносов в течение 5 лет – прекратить договор страхования. В 2007 г. это право было дополнено запретом на смену страховой организации при наличии задолженности по уплате страховых взносов [19].

Дети до 18 лет автоматически включаются в страховой план родителей. Страховые взносы на детей выплачиваются напрямую государством. При возникновении задолженности по страховым взносам родителей дети не облагаются дополнительными штрафами, но их медицинское обслуживание может быть также приостановлено [16].

Состав страхового обеспечения и распределение услуг между отдельными составляющими системы медицинского страхования неоднократно пересматривались. В 2004-2005 гг. из страхового обеспечения ОМС были исключены психотерапия, физиотерапия и стоматологическая помощь. Предпосылками для исключения стали относительно низкая значимость данных услуг для здоровья и стремление оживить рынок дополняющего ДМС [16].

С 2006 г. по настоящее время неоднократно осуществлялись дальнейшие незначительные сокращения страхового покрытия. Из состава ОМС были исключены первые 20 сеансов физиотерапии для хронических больных, снотворные и транквилизаторы (кроме тяжелых случаев заболевания), статины и блокаторы желудочной кислоты, вспомогательные устройства для ходьбы и т.д. Одновременно происходил обратный процесс перемещения из покрытия страхования исключительных медицинских расходов в состав ОМС ряда услуг: психиатрической помощи в части лечебных услуг (2008 г.), гериатрической реабилитации (2013 г.), сестринского ухода на дому (2015 г.) [18].

Долгосрочная медицинская помощь до 2015 г. предоставлялась в рамках страхования исключительных медицинских расходов, позднее была разделена между системой муниципальной помощи (социальная защита), ОМС (психиатрическая помощь продолжительностью до 3 лет, сестринский уход на дому), выделенной системой долгосрочной помощи детям до 18 лет (например, при психиатрических заболеваниях) и системой долгосрочного ухода (например, пребывание в учреждениях долгосрочного ухода) [18].

На момент начала активных реформ крупнейшим источником финансирования здравоохранения являлись средства страхования исключительных медицинских расходов

(в 1994 г. – 41,3%), далее следовали средства ОМС (24,4%) и ДМС (15,6%). Бюджетные расходы составляли 11,0% общих расходов (преимущественно расходы на инфраструктуры здравоохранения, охрану здоровья и профилактические меры), расходы из личных средств – 7,7%. Охват ОМС составлял порядка 60% населения, ДМС - 40% [17].

Переход к всеобщему ОМС и перераспределение медицинской помощи между сегментами медицинского страхования привели к существенному изменению структуры страховых источников средств, тогда как доля бюджетных средств оставалась практически неизменной вплоть до 2015 г. Динамика структуры финансирования системы здравоохранения Нидерландов в 2000-2014 гг. по источникам представлена в таблице 2.1.

Таблица 2.1 – Динамика структуры финансирования системы здравоохранения Нидерландов по источникам, 2000-2014 гг., % общих расходов

Источник	2000	2005	2010	2014
Бюджетные средства	15	13	15	13
Средства ОМС	28	26	41	43
Средства страхования исключительных медицинских расходов	32	33	28	29
Средства ДМС	14	15	5	4
Личные средства	9	11	9	9
Иные источники	4	2	2	2

Примечание – Доля расходов из личных средств не включает расходы в рамках страховых вычетов, учитываемые в составе соответствующих типов страхования.

Источник [18].

Средства ОМС состоят из страховых взносов, уплачиваемых работодателем (плательщиком социальных пособий) в Центральный фонд ОМС в виде доли дохода застрахованного лица, и страховой премии в фиксированном размере, выплачиваемой застрахованным лицом непосредственно страховой организации. Правительство стремится поддерживать примерное равенство совокупного объема поступлений средств из обоих источников, регулируя подоходную ставку страховых взносов в соответствии с объемом собираемых страховых премий.

В 2015 г. ставка подоходных страховых взносов ОМС для работающего населения и получателей социальных пособий составляла 6,95% дохода (максимум – €3573 в год), для самозанятого населения 4,85% дохода (максимум – €2494 в год). Разница в уровне страховой ставки для работающего населения и населения, работающего по найму, объясняется разницей в порядке налогообложения. Работающее население уплачивает страховые взносы до применения подоходного налога, тогда как самозанятое – из чистого дохода. Средства страховых взносов аккумулируются Фондом медицинского страхования

и в дальнейшем распределяются между страховыми организациями с учетом уровня риска прикрепленного населения.

Размер страховых премий, выплачиваемых застрахованным лицом непосредственно страховой организации в фиксированном размере, устанавливается страховщиком. В 2015 г. средний размер страховой премии составлял €1211 в год или 5% среднего чистого дохода с вариацией от €990 до €1300. Страховая премия на детей до 18 лет выплачивается государством в Фонд медицинского страхования. Страховщики обязаны устанавливать единый размер страховой премии для всех держателей определенного страхового плана. Единственным исключением являются коллективные договоры ОМС, для которых допускается предоставление скидки до 10% от стандартного размера премии.

В целях предотвращения необоснованного потребления медицинской помощи со стороны застрахованных лиц в условиях полного покрытия расходов Закон о медицинском страховании 2006 г. предусматривал введение бонусов за отсутствие обращений в течение года (без учета первичной медико-санитарной помощи, а также помощи по беременности и родам). Правом на получение бонуса обладали лица старше 18 лет. Полный размер бонуса составлял €255, при совокупной сумме расходов на оплату медицинской помощи в течение года меньше данной суммы потребителю выплачивалась разница между бонусом и фактическими расходами. Система бонусов практически сразу вызвала резкую критику как дискриминирующая хронически больных и недостаточно эффективная, поскольку экономические последствия необоснованного обращения к врачу наступали со значительной временной отсрочкой.

Уже в 2008 г. система бонусов за отсутствие обращений для лиц старше 18 лет была заменена обязательным страховым вычетом, т.е. суммой, которую застрахованное лицо было обязано уплатить за оказанную медицинскую помощь страховой организации из собственных средств до того, как начать получать покрытие из средств ОМС [18]. К 2016 г. размер обязательного страхового вычета увеличился до €385. Страховой вычет не распространяется на первичную медико-санитарную помощь, помощь по беременности и родам, уход на дому и интегрированную помощь (ведение больных определенными хроническими заболеваниями (диабетом, хронической обструктивной болезнью легких, астмой) и пациентов с повышенным риском сердечно-сосудистых заболеваний). С 2009 г. страховым организациям разрешено предоставлять страховое покрытие без учета обязательного вычета при обращении застрахованного лица к поставщику услуг из рекомендованного перечня в целях поощрения рационального потребления медицинской помощи. В дополнение к обязательному страховому вычету страховые организации вправе

предлагать добровольный страховой вычет, размеры которого в 2015 г. колебались от €100 до €500 (законодательно установленный максимум) в обмен на снижение страховой премии в фиксированной сумме [18].

Иные формы соплатежей при получении медицинской помощи в рамках ОМС практически не применяются. Исключение составляет ограниченный набор услуг стоматологической помощи, сохраненный в составе ОМС (в частности, оплата 25% стоимости зубных протезов). Покрытие расходов на лекарственные препараты осуществляется на основе референтной цены.

Одним из наиболее опасных рисков перехода к регулируемой конкуренции в сфере ОМС на этапе подготовки реформы была признана возможность уклонения страховых организаций от обслуживания населения с высокой потребностью в медицинской помощи и отборе наиболее здорового населения (негативный отбор). В целях предотвращения данного риска был разработан план по поэтапному совершенствованию перераспределения средств ОМС между страховыми организациями с учетом рисков прикрепленного населения.

Расчет индивидуального профиля риска ведется в финансовом выражении. Каждому выделенному значению каждого фактора соответствует определенная сумма, прибавляемая или вычитаемая из базового подушевого норматива. Оценка влияния каждого фактора основывается на статистических данных о потреблении медицинской помощи за предшествующие периоды [18,20].

Система учета факторов индивидуального медицинского риска формировалась постепенно. Первоначально при перспективном распределении средств ОМС учитывались только факторы пола и возраста. С 1996 г. схема была дополнена факторами региона проживания и статуса инвалидности. В 2001 г. фактор региона был уточнен с учетом социально-экономических различий и различий в обеспеченности медицинской инфраструктурой между регионами. Одновременно был добавлен новый фактор потребления лекарственных средств в предшествующие периоды. По состоянию на 2015 г. система перераспределения средств ОМС учитывала следующие факторы индивидуального медицинского риска [18,21]:

- половозрастная группа. Женщины в возрасте между 20 и 40 годами характеризуются в среднем более высоким уровнем расходов по сравнению с мужчинами. Лица пожилого возраста характеризуются более высоким уровнем расходов по сравнению с молодым населением;
- источник дохода (работа по найму, самозанятость, получение социальных

пособий – по инвалидности, бедности, безработице и иных государственных пособий);

- регион проживания (10 групп). Каждый регион проживания отнесен к определенной группе по уровню медицинского риска, исходя из социоэкономических признаков. На 2015 г. признаками регионов с повышенным уровнем медицинского риска среди населения являются низкая степень урбанизации, низкая доля иммигрантов не из западных стран, повышенный уровень смертности и уровень дохода, ниже среднего по стране. Критерии группировки регионов неоднократно пересматривались (например, с включением индикаторов обеспеченности медицинской помощью);

- потребление лекарственных препаратов (20 групп). Оценивается на основании наличия хронического заболевания с высокой потребностью в дорогостоящих лекарственных препаратах;

- потребление стационарной медицинской помощи (13 групп);

- потребление товаров медицинского назначения;

- высокий уровень расходов на медицинскую помощь в предшествующий год (для застрахованных лиц, не отнесенных к группам с высоким потреблением лекарственных препаратов или медицинской помощи);

- уровень потребления психиатрической помощи в предшествующий год;

- социально-экономический статус;

- проживание в одиночку (только для психиатрической помощи).

Развитие системы перспективного распределения средств происходило параллельно с повышением фактической ответственности страховых фондов (после 2006 г. – страховых организаций) по страховому риску ОМС. Степень передачи страхового риска может быть определена как доля финансового результата (прибыли или убытков) страхового фонда ОМС, не подлежащая пересмотру (изъятию или компенсации Фондом медицинского страхования). В целях предотвращения массовых банкротств страховых организаций вследствие перехода к новым экономическим условиям деятельности или погрешностей перспективного распределения средств на время переходного периода вводился ряд механизмов ретроспективной компенсации части страхового риска государством.

Первоначально ретроспективные механизмы компенсации страхового риска включали выравнивание финансового результата и приведение общего объема финансирования в соответствии с фактическим уровнем потребления медицинской помощи.

В рамках выравнивания финансового результата проводилось сопоставление распределенных объемов финансирования и фактических расходов по отдельным страховым фондам. Определенная доля выявленных различий компенсировалась за счет перераспределения средств между фондами таким образом, что фонды, получившие остаток средств, возвращали часть экономии в общий фонд, за счет которого выплачивалась часть убытков фондам с дефицитом средств. Целью данной процедуры было снизить фактический уровень риска для страховых фондов в условиях новой модели.

В рамках второй процедуры ретроспективной компенсации – приведения финансирования в соответствие фактическим расходам – общий объем распределенного финансирования сопоставлялся с общими затратами на оплату медицинской помощи. При обнаружении совокупного остатка средств определенная доля финансирования подлежала перечислению в Фонд медицинского страхования, при выявлении дефицита – Фонд медицинского страхования выплачивал дополнительную долю первоначального финансирования за счет собственных резервов. Целью данной процедуры было предотвращение, с одной стороны, рисков неучтенного роста объема потребления медицинской помощи, с другой стороны, – рисков установления страховыми фондами ОМС заведомо завышенных страховых премий [16,22].

С 1997 г. ретроспективное перераспределение средств ОМС было дополнено третьей процедурой – компенсацией высоких медицинских расходов. В рамках данной процедуры страховые фонды ОМС получили право запрашивать компенсацию в размере 90% от расходов на оплату медицинской помощи индивиду, совокупные медицинские расходы которого за год превысили установленную величину. Компенсация высоких медицинских расходов была призвана дополнительно снизить риски нестабильности страховых фондов в результате столкновения с отдельными дорогостоящими случаями и уклонения от обслуживания лиц с потенциально высокими медицинскими рисками. Для выплаты компенсаций Фонд медицинского страхования создал специализированный резерв средств, формируемый за счет отчисления доли общего бюджета ОМС. По мере адаптации страховых фондов ОМС к новым условиям деятельности уровень расходов, необходимый для признания расходов высокими, постоянно повышался.

Наконец, еще одним механизмом компенсации риска стало соглашение об ограничении риска. В том случае, если уровень расходов на стационарную медицинскую помощь и помощь в рамках рыночного сегмента КСТ на 1 застрахованное лицо после применения всех предшествующих корректировок превышал средний по стране уровень более чем на установленную разницу (в 2009-2010 гг. – €22,5), превышение сверх

установленной предельной разницы компенсировалось Фондом медицинского страхования [15,16].

Результатом применения перечисленных мер компенсации стало постепенное повышение доли переданного страхового риска (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Доли переданного страхового для амбулаторной и стационарной медицинской помощи, всех расходов на медицинскую помощь

Год	Ответственность по страховому риску, %		
	Амбулаторная помощь	Стационарная помощь	Общие расходы
1991-1992	0	0	0
1993-1995	3	3	3
1996	20	9	13
1997	42	15	27
1998	48	15	28
1999	63	16	35
2000	66	16	36
2001	65	20	38
2002	65	24	41
2003	92	23	52
2004	96	26	53

Примечание – Источник: [15].

Предложение и покупка ОМС осуществляются на регулируемом рынке страховых услуг. Формирование конкуренции между страховщиками по ОМС осуществлялось поэтапно. С 1992 г. страховым фондам ОМС было разрешено вести деятельность на всей территории страны, с 1995 г. – был введен период свободного перехода между страховыми фондами для застрахованных лиц. Дополнительным инструментом конкуренции в ходе первого этапа стало разрешение страховым фондам ОМС самостоятельно устанавливать размер страховой премии в фиксированной сумме (с 1991 г.) [16].

Одним из центральных элементов страховой реформы являлось создание конкурентного рынка медицинской помощи. В противовес предшествующей модели, в рамках которой страховые фонды ОМС, были обязаны заключать единый договор на оказание и оплату медицинской помощи со всеми поставщиками услуг в пределах их территории ответственности, пореформенная страховая модель предоставила страховым организациям два новых инструмента управления качеством помощи и эффективностью расходов:

- выборочное заключение договоров с поставщиками;
- самостоятельное согласование объемов, требований к качеству и тарифов на оплату медицинской помощи.

Предполагалось, что данные инструменты позволят в перспективе исключить из системы ОМС наименее эффективных поставщиков услуг, однако на практике переход к выборочному заключению договоров оказался затруднен длительной традицией свободного выбора поставщика, сохранившейся как в общественном восприятии, так и в законодательных нормах. В результате страховые организации достаточно долго опасались негативного восприятия населением страховых планов с ограниченным перечнем поставщиков и избегали выборочного заключения договоров [18].

3 Страховая реформа здравоохранения Колумбии, 1993 – Н.В.

3.1 Предпосылки реформы

До реформы система здравоохранения Колумбии была представлена тремя независимыми сегментами [23,24]:

- государственной медицинской помощью, предоставляемой государственными учреждениями безработному населению и населению с низким доходом (прямое финансирование учреждений за счет бюджетных средств);
- страховой медицинской помощью, предоставляемой работающему населению (финансирование за счет страховых взносов);
- частной медицинской помощью, предоставляемой всем категориям платежеспособного населения (прямая оплата из личных средств).

Государственная медицинская помощь нуждающимся слоям населения рассматривалась как благотворительная деятельность. Состав и объемы государственной помощи определялись наличием необходимых ресурсов и могли значительно варьироваться между территориями и в различные временные периоды. Государственное регулирование содержания и порядка предоставления медицинского страхования практически отсутствовало. В результате охват населения гарантированной медицинской помощью оставался ограниченным и неравным:

- примерно для 25% населения медицинская помощь за исключением экстренной оставалась недоступной;
- держателями медицинского страхования являлись 23,5% населения, при этом охват квинтильной группы с наиболее высоким доходом составлял 47%, группы с наиболее низким доходом – 4,3%;
- приобретение медицинского страхования для лиц с диагностированными

заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, было практически невозможным.

3.2 Страховая модель

В 1991 г. новая конституция страны установила обязательство правительства по обеспечению граждан медицинской помощью. В 1993 г. был принят закон об ОМС, закрепивший основные положения новой страховой модели [24]:

- содержание гарантированного состава страхового обеспечения;
- обязательный характер уплаты страховых взносов ОМС для граждан, обладающих официальным доходом свыше установленного минимума;
- создание национального пула страховых взносов;
- конкурентные принципы оказания услуг по ОМС и медицинской помощи по ОМС, включая:
 - свободу выбора потребителем страховой организации;
 - разделение функций покупателя и поставщика медицинской помощи;

Расходы в рамках вертикально интегрированного объединения покупателя и поставщика медицинской помощи были ограничены 30% общих расходов покупателя. Необходимость формального ограничения вертикальной интеграции остается дискуссионным вопросом. Среди обсуждаемых альтернатив предлагается разрешить страховщикам организовывать оказание первичной помощи полностью за счет собственных структур с сохранением свободного рынка только для специализированной помощи или полностью отменить ограничения (аналогично Нидерландам).

- свободу заключения договоров между страховыми и медицинскими организациями;
- свободу выбора потребителем поставщика медицинской помощи из перечня, одобренного страховой организацией.

Созданная система ОМС включает три возможных режима участия [23]:

- страховой: для работающего и самозанятого населения (с доходом не ниже МРОТ), пенсионеров (в 2014 г. – суммарно 43% населения);
- субсидируемый: для населения, признанного нуждающимся, и других социально незащищенных групп (например, аборигенного населения, перемещенного населения, суммарно 49% населения), первоначально предполагал сокращенный набор медицинского обеспечения (первичная медицинская помощь и наиболее дорогостоящее лечение), позднее был приравнен к страховому режиму;

- специальный: для военнослужащих, учителей и работников государственной нефтедобывающей компании (2% населения).

Населению, работающему на условиях временного трудового договора, разрешено сохранять страхование на условиях субсидируемого режима. Среди самозанятого населения подавляющее большинство обладает официальным доходом меньше МРОТ и не принадлежит к страховому режиму.

По первоначальному плану реформы предполагалось, что страховой и субсидируемый режимы охватят примерно по 1/3 населения с постепенным расширением страхового режима до 70% населения. Однако, в условиях экономического кризиса конца 1990-х гг. правительство приняло решение об отмене ограничений на численность лиц, страхуемых в рамках субсидируемого режима.

По действующим правилам человек, присоединившийся к программе ОМС, не может утратить данное право в будущем. Страхование распространяется на зависимых членов семьи. Новорожденные дети автоматически прикрепляются к страховой организации матери, дети в возрасте от 18 до 25 лет могут сохранять страховое покрытие, полученное от родителей.

С 2012 г. участникам страхового и субсидируемого режимов предоставляется единый набор страхового обеспечения. Состав страхового обеспечения определен в форме позитивного перечня, включающего порядка 6000 услуг и 750 лекарственных препаратов [23].

Финансовое обеспечение системы ОМС включает более 10 источников средств. Для страхового режима основными источниками являются [23]:

- страховые взносы (42,3%, ставка составляет 12,5%, из них 8% уплачиваются работодателем, 4,5% – работником, в дальнейшем 1,5% перечисляются на счет солидарности);
- средства общего налогообложения;
- личные средства граждан (соплатежи).

Средства субсидируемого режима складываются из отчислений из страховых взносов страхового и специального режима (1,5% заработной платы), средств общего налогообложения, дохода от экспорта нефти и социального налога на имущество.

Уровень участия в оплате определяется режимом и степенью нуждаемости застрахованного лица:

- пользователи субсидируемого режима с наиболее высоким уровнем нуждаемости получают полностью бесплатную медицинскую помощь;

- пользователи субсидируемого режима с более низким уровнем нуждаемости оплачивают 5% счета;
- пользователи страхового режима выплачивают соплатеж в фиксированном размере за единицу помощи, размер которого определяется в зависимости от дохода застрахованного лица.

Средства страховых взносов и средства общего налогообложения аккумулируются Фондом солидарности и в дальнейшем перераспределяются [23]:

- между страховым и субсидируемым режимом (счет солидарности);
- между страховыми организациями, обслуживающими страховой режим, на основе подушевого норматива, учитывающего пол, возраст и регион проживания застрахованных лиц.

Дополнительным источником средств страховых организаций являются пользовательские соплатежи.

На государственном уровне средства субсидируемого режима аккумулируются на выделенном счете солидарности Фонда и далее распределяются между уполномоченными местными органами власти. Местные органы власти дополняют полученные трансферты средствами местного налогообложения и распределяют объединенные средства между страховыми организациями, обслуживающими субсидируемый режим, на основе фиксированного подушевого норматива.

Подушевой норматив финансирования страховых организаций первоначально рассчитывался на основании общего объема доступных средств и значительно различался для страхового и субсидируемого режимов. В настоящий момент размер подушевого норматива определяется на основе актуарных расчетов, учитывающих уровень заболеваемости. С 2015 г. размер подушевого норматива субсидируемого режима доведен до среднего уровня страхового.

Размер подушевого норматива продолжает неуклонно расти, опережая инфляцию. Тем не менее, дифференцированный подушевой норматив в рамках страхового режима остается ниже средних затрат для застрахованных лиц старше 70 лет.

Закон предоставляет страховым организациям обширные полномочия по управлению организацией медицинского обеспечения застрахованных лиц, включая [23]:

- выбор поставщиков медицинской помощи и медицинских товаров;
- согласование объемов и технологий, используемых при оказании медицинской помощи;
- согласование методов оплаты и стоимости медицинской помощи.

Возможности вертикального объединения страховой организации и поставщиков медицинской помощи формально ограничены 30% расходов покупателя, но на практике данное ограничение может обходиться при помощи эксклюзивных контрактов, т.е. контрактов, согласно которым формально независимый поставщик обязывается не предоставлять услуг иным покупателям. Обсуждается возможность разрешения страховым организациям оказывать первичную медико-санитарную помощь полностью силами собственных поставщиков при полном отделении вторичного и третичного уровня медицинской помощи.

Примеры управления объемами медицинской помощи и поощрения использования наиболее эффективных технологий здравоохранения практически отсутствуют. Обсуждается возможность введения дополнительных выплат страховым организациям за организацию профилактических мероприятий. Известны случаи организации страховщиками и медицинскими организациями дополнительного специализированного обучения для врачей в соответствии с приоритетными потребностями населения.

Полномочия страховых организаций по выбору методов оплаты и согласованию стоимости услуг не ограничены. В частности, страховым организациям предлагается активно использовать контракты с фиксированным финансированием за предоставление определенного набора медицинской помощи или обслуживание определенного числа пациентов и оплату за результат. Тем не менее, наиболее распространенными методами оплаты остаются:

- для первичной медико-санитарной помощи: оплата по подушевому нормативу;
- для специализированной медицинской помощи: оплата за услугу, реже – предоплата определенного объема медицинской помощи.

Механизмы оплаты за результат обычно не применяются.

Единственной категорией тарифов, регулируемой на государственном уровне, является стоимость экстренной помощи для пострадавших в дорожных авариях (в целях обеспечения гарантированного покрытия расходов страховой организацией). Данные тарифы часто используются в качестве основы при проведении переговоров, но их учет не является обязательным.

Свобода установления цен привела к существенным различиям в тарифах на одни и те же услуги между отдельными больницами. Анализ данных за 2006-2008 гг. показал, что в совокупности страховым организациям удалось сократить стоимость амбулаторных услуг примерно на 10%, но при этом рост объемов потребления составил 45% для

диагностических услуг и 25% – для посещений врача. В сочетании с замедлением улучшения здоровья населения эти цифры создают сомнения в эффективности управления спросом со стороны страховых организаций и возможной манипуляции объемами со стороны медицинских организаций.

Низкая заинтересованность страховых организаций в оптимизации медицинского обеспечения часто подвергается критике. В последние годы Министерством здравоохранения был разработан проект по передаче полномочий покупателя уполномоченным региональным органам государственной власти, но предложения не получили региональной поддержки. Кроме того, на протяжении нескольких последних лет последовательно ужесточается регулирование деятельности страховых организаций:

- с 2007 г. ужесточены требования к срокам оплаты медицинской помощи;
- с 2011 г. размер административных расходов ограничен 10% общих расходов, страховым организациям запрещено приобретать капитальные активы, не связанные с оказанием медицинской помощи. Обе меры вызваны случаями злоупотребления со стороны страховых организаций, получившими широкую огласку в прессе;
- с 2014 г. на страховые организации в сфере ОМС распространены общие финансовые требования к страховой деятельности (минимальному размеру капитала, марже платежеспособности, техническим резервам, инвестиционной политике). Существующим компаниям предоставлены 7 лет на приведение деятельности в соответствие с установленными нормами.

В отчетах СМО административные расходы обычно составляют 6-8%, однако по оценкам государственных аудиторов в реальности административные расходы могут достигать до 50%.

Уникальной особенностью системы здравоохранения Колумбии является активная роль судов [23,25]. После установления конституционного права на медицинскую помощь граждане получили возможность обращаться в суд для получения от государства необходимых услуг, в т.ч. не входящих в гарантированный набор страхового обеспечения по ОМС. В 81% случаев такие обращения удовлетворяются в ходе первого слушания, т.е. в течение 10 дней.

Наиболее активно в суд обращаются пользователи страхового режима, что может объясняться лучшей информированностью о данном механизме. В настоящий момент расходы на оплату медицинской помощи по судебным решениям в рамках страхового режима составляют порядка четверти общих расходов. Особенно тяжелая ситуация к концу 2010-х гг. сложилась в области лекарственного обеспечения, где судебные обращения

использовались для получения препаратов, не включенных в ОМС и, как следствие, не подлежащих государственному регулированию цен. С 2011 г. на наиболее часто запрашиваемые препараты было распространено регулирование предельных уровней возмещения.

Непрогнозируемые расходы на оплату помощи по судебным решениям являются одной из ключевых угроз для стабильности системы ОМС. Расходы данной категории формально подлежат возмещению за счет Центрального фонда ОМС (для страхового режима) или местных органов власти (для субсидируемого режима), но на практике ответственность обычно разделяется между государственным плательщиком и страховой организацией, поскольку расходы возмещаются не полностью (обычно 3/4).

Другим важным аспектом влияния судебной системы стало вмешательство Конституционного суда Колумбии в формирование законодательства об ОМС. Наиболее крупными поправками, принятыми во исполнение решений Конституционного суда, стали выравнивание состава страхового обеспечения в рамках страхового и субсидируемого режима для детей до 18 лет (в 2008 г.) и всех пользователей (в 2012 г.). Обе меры потребовали значительных дополнительных бюджетных вложений. Кроме того, в 2010 г. Конституционный суд заблокировал принятие ряда мер, направленных на сдерживание роста расходов в системе ОМС, в 2011 г. – вынес решение о запрете приобретения страховыми организациями капитальных активов, не связанных с оказанием медицинской помощи.

Ключевым результатом реформы стало достижение практически всеобщего охвата населения гарантированной медицинской помощью. В 1993 г. держателями медицинской страховки являлись 23,5% населения, примерно для 25% населения медицинская помощь за исключением экстренной оставалась полностью недоступной. К 2014 г. держателями медицинского страхования стали 96,6% населения. Охват медицинским страхованием беднейшего квинтиля населения вырос с 4,3 до 89,3%, сельского населения – с 6,6 до 92,6% (здесь и далее по умолчанию значения численных показателей приведены на 1993 г и 2013/2014 гг. [23,24]).

Доля опрошенных, сообщивших о наличии неудовлетворенных потребностей в медицинской помощи в течение предшествующего месяца, снизилась среди беднейшего квинтиля – с 33,2 до 2,0%, среди наиболее обеспеченного населения – с 7,3 до 0,9%. Доля частных расходов на здравоохранение сократилась с 52% в 1993 г. до 14-15% (начиная с 2006 г. и далее).

Расширение охвата населения гарантированной медицинской помощью нашло отражение в улучшении основных показателей здоровья населения. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении выросла с 69 до 74 лет. Общая смертность сократилась с 465,8 до 430,9 случаев на 100 тыс. населения, младенческая смертность – с 26,6 до 14,1 случая на 1 000 рожденных живыми.

Тем не менее, несмотря на выравнивание состава страхового обеспечения и размера подушевого норматива потребление медицинской помощи пользователями страхового и субсидируемого режимов сохраняет существенные различия. По данным на 2013 г. расходы на застрахованное лицо составляли для страхового режима – 834 \$ППС, для субсидируемого режима - 449 \$ППС.

Различия могут объясняться различным уровнем информированности застрахованных лиц о своих правах и наличием возможности их отстаивать. Так, в частности, обращения в суд для получения необходимой помощи характерны преимущественно для страхового режима.

Ключевыми рисками финансового обеспечения ОМС остаются [23]:

- высокий уровень неформальной занятости и уклонения от налогов;
- продолжающийся рост расходов на здравоохранение;
- наличие непрогнозируемых расходов, связанных с оплатой медицинской помощи по судебным решениям.

По различным оценкам доля неформальной занятости составляет 59-72% рабочей силы, что ограничивает возможности сбора страховых взносов. В целях частичного перераспределения финансового бремени с 2013 г. взносы работодателя были заменены новым 9% налогом на чистую прибыль организации. В течение 2015-2018 гг. планировалось повысить ставку налога до 18%. Однако, в отличие от взносов ОМС средства данного налога предназначаются для финансирования социального сектора в целом, что создает риски перенаправления средств на иные источники. Кроме того, налог на прибыль организаций также характеризуется значительными масштабами уклонения от уплаты (в настоящий момент оцениваются на уровне 2,3% ВВП).

Рост расходов на здравоохранение в 2000-2014 гг. составил:

- для общих расходов: с 5,9 до 7,2% ВВП (с 482,1 до 898,6 \$ППС на душу населения);
- для расходов ОМС: с 3,1 до 4,5% ВВП (с 255,3 до 562,2 \$ППС на душу населения).

Значительная доля роста расходов объясняется расширением пакета страхового обеспечения для субсидируемого режима, однако рост продолжился и после завершения выравнивания, преимущественно – за счет роста объема потребления услуг.

Предполагалось, что страховые организации станут ключевым участником пореформенной системы здравоохранения, осуществляющим управление как медицинскими, так и финансовыми рисками ОМС. Однако, в реальности большинство страховых организаций ограничиваются формальным проведением расчетов за оказанную медицинскую помощь, не используя предоставленные управленческие полномочия [23].

В период 2013-2014 гг. страховые организации, действующие в условиях страхового режима, завершали год с совокупным убытком, организации, обслуживающие субсидируемый режим – с незначительным остатком средств (таблица 3.1).

Таблица 3.1 – Совокупный финансовый результат страховых организаций по режимам ОМС (без учета расходов на оплату помощи по судебным обращениям), млн \$ США

Режим деятельности	2013	2014
Страховой режим	-220	-66
Субсидируемый режим	907	3

Примечание – Источник [23].

Поставщики медицинской помощи представлены государственными и частными организациями, а также независимыми предпринимателями. Для государственных и частных поставщиков установлены единые требования к обеспечению качества медицинской помощи. Сохраняются значительные различия в обеспеченности медицинской помощью между регионами [23].

Переход к свободному рынку медицинской помощи резко изменил условия деятельности государственных больниц. По данным государственного аудита в 2014 г. 45% больниц характеризовались высоким риском банкротства (в 2012 г. – 32%). Во многих случаях продолжение деятельности больниц становится возможным лишь благодаря дополнительным бюджетным вложениям, некоторые больницы были закрыты.

Основными причинами ухудшения положения больниц стали:

- сокращение размеров прямого бюджетного финансирования и оплаты из личных средств граждан (вследствие расширения охвата ОМС);
- недостаточный уровень оплаты медицинской помощи по ОМС (в особенности в рамках субсидируемого режима);
- задержки или отказ в оплате медицинской помощи (при прекращении страховой организацией деятельности по ОМС);
- низкое качество управления.

Ситуация в области оплаты медицинской помощи начала улучшаться с 2011 г., когда было принято решение о повышении подушевых нормативов финансирования в рамках субсидируемого режима. Для разрешения проблемы задержек оплаты в 2007 г. законом было установлено обязательство СМО по оплате по меньшей мере 50% выставленного счета в течение 5 дней (при оплате по подушевому нормативу – 100% в течение 1 месяца).

Длительная традиция прямого бюджетного финансирования привела к отсутствию у руководства государственных больниц опыта самостоятельного планирования развития и оптимизации расходов. Наиболее яркими проявлениями проблем управления являются:

- отсутствие стимулов для врачей к повышению качества услуг;
- отсутствие долгосрочных стратегий развития;
- высокий уровень административных расходов.

Врачи первичного звена, как правило, получают фиксированную заработную плату, врачи-специалисты – плату за услугу. Оплата за результат применяется крайне редко. Обе категории врачей обычно работают на основании краткосрочных трудовых контрактов, типовая продолжительность которых составляет для врачей первичного звена 6 месяцев или менее, для врачей-специалистов – 1 год или менее. Как следствие, большинство больниц не заинтересованы в организации дополнительного обучения врачей.

Врачи первичного звена могут приступать к работе без какого-либо постдипломного образования. На практике врачи этого уровня обычно отказываются от прохождения постдипломного образования в силу необходимости оплаты его из личных средств. Как следствие, врачи первичного звена обычно не обладают специализированными знаниями (в т.ч. в области семейной медицины). Известны отдельные примеры организации больницами или страховыми организациями тематического обучения врачей первичного звена в соответствии с потребностями населения конкретной местности, но практика остается малораспространенной.

Анализ расходов также показывает отсутствие в большинстве больниц самостоятельных покупок оборудования даже при наличии очевидного неудовлетворенного спроса. Лишь 0,3% больниц прошли добровольную государственную аккредитацию, подтверждающую соответствие услуг стандартам качества. Ряд экспертов отмечает низкое качество медицинской помощи, в особенности оказываемой в рамках субсидируемого режима, но отсутствие в национальной статической отчетности показателей результата не позволяет оценить реальное наличие данных проблем.

Государственные больницы также характеризуются избыточной численностью административного персонала. Соотношение численности медицинского и

административного персонала в среднем составляет 0,57 (рекомендованное значение для стран ОЭСР 3:1). Расходы на административный персонал составляют 25,8% оплаты труда. В то же время, избыток административного персонала может отчасти обосновываться сохранением нескольких разнородных сегментов системы здравоохранения и распространением независимых систем контроля и отчетности, создаваемых отдельными страховщиками.

4 Рекомендации по совершенствованию механизмов определения объемов и оплаты медицинской помощи

4.1 Расширение государственных гарантий в сфере лекарственного обеспечения

Значительное число экспертов и представителей органов управления здравоохранения сходятся во мнении относительно необходимости перехода к единой модели амбулаторного лекарственного обеспечения, охватывающей все население России [26]. Передача полномочий покупателя государству или иному уполномоченному крупному субъекту позволит добиться существенных преимуществ, в том числе:

- 1) Решить структурные проблемы действующей системы лекарственного обеспечения (дублирование льгот в рамках разных программ, отрицательный отбор в программе ОНЛС, наличие значительных межтерриториальных различий в составе льгот);
- 2) Улучшить доступность необходимых лекарственных средств для населения, большая часть которого на сегодняшний день не охвачено программами льготного лекарственного обеспечения;
- 3) Повысить справедливость в распределении затрат на лекарственное обеспечение. Увеличение государственного финансирования позволит предотвратить риски ухудшения социального положения домохозяйств, столкнувшихся с заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения, и снизит бедность;
- 4) Снизить стоимость приобретаемых лекарственных препаратов путем расширения возможностей государства по согласованию цен на лекарственные средства за счет роста объемов закупок;
- 5) Улучшить приверженность к лечению, а также клинические исходы лечения, что в конечном итоге способствует повышению эффективности расходов на медицинскую помощь;

- 6) Усилить положительные внешние эффекты (экстерналии). Выгода от лечения конкретного человека не является индивидуальной, а распространяется на его семью и все общество в целом.

Вместе с тем, возможны различные варианты организации программы всеобщего амбулаторного лекарственного обеспечения. С нашей точки зрения, наиболее важными развилками здесь являются:

- отбор лекарственных препаратов для программы;

Теоретически, для создаваемой программы лекарственного обеспечения возможно создание отдельного перечня лекарственных средств. С одной стороны, это позволит создать его «с нуля» в соответствии с современными принципами формирования ограничительных перечней, учитывающих клинико-экономическую эффективность лекарственных средств. С другой стороны, наличие дополнительного (де-факто пятого) перечня лекарственных средств снижает прозрачность гарантий в отечественной системе здравоохранения, что может подорвать восприятие новой программы в глазах населения. Поэтому наиболее оптимальным, с нашей точки зрения, вариантом является пересмотр одного из федеральных перечней (перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов – ЖНВЛП, или перечня, используемого для программы ОНЛС) с точки зрения соответствия включенных в него препаратов современным подходам к формированию ограничительных перечней, и его использование для целей функционирования разрабатываемой программы.

- механизмы ценообразования;

В настоящее время в России фактически применяется внешнее референтное ценообразование, которое позволяет снизить цены на лекарственные средства по сравнению с выбранными для России зарубежными странами. Основным недостатком используемого механизма является наличие объективных сложностей в мониторинге цен на лекарственные препараты в зарубежных странах, что приводит к невозможности оперативной реакции на изменение цен. Альтернативными механизмами являются внутреннее референтное ценообразование (когда цена устанавливается исходя из стоимости применения аналогичных или близких по механизму действия групп лекарственных средств, что в ряде случаев может приводить к отказам производителей от вывода инновационных препаратов на рынок), ценообразование, основанное на дополнительной терапевтической ценности (позволяет создавать ценовые преференции для препаратов, существенно улучшающих клинические исходы лечения), а также использование соглашений о разделении рисков. С нашей точки зрения, наиболее

перспективным для России вариантом представляется внедрение механизмов внутреннего референтного ценообразования (как минимум, на уровне активного действующего ингредиента (субстанции, МНН) или фармакологического класса) с использованием элементов ценообразования, основанного на дополнительной терапевтической ценности.

- принципы функционирования программы: предоставление или возмещение стоимости лекарственных средств;

В настоящее время все льготные программы лекарственного обеспечения в России предполагают предоставление лекарственных средств (т.е. государство осуществляет закупку лекарственных препаратов, которые впоследствии распределяются между больными). С одной стороны, это позволяет получить выгоду от централизации закупок (которая фактически используется только в рамках программы обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами), а также позволяет упростить процесс управления программой. С другой стороны, используемый принцип создает риски неправильной оценки потребности населения в лекарствах, в результате чего значительное число больных, которым положено лекарственное обеспечение, вовремя его не получает. Поэтому в будущем целесообразно перейти на возмещение стоимости приобретенных лекарственных средств, при котором пациент получает льготное лекарство в розничной аптеке из имеющегося в ней ассортимента, а затраты аптеки впоследствии компенсирует государство (в теории также возможен вариант, при котором пациент оплачивает лекарство из собственных средств с последующей компенсации расходов).

- механизмы администрирования программы;

В настоящее время механизмы управления различными программами льготного амбулаторного лекарственного обеспечения существенно отличаются. Наиболее качественным является механизм управления федеральной программой обеспечения дорогостоящими лекарственными препаратами, который предполагает ведение единого персонафицированного регистра льготополучателей, содержащего подробную информацию о пациенте и краткую историю его болезни. Теоретически, данный подход может быть использован и в рамках всеобщей программы обеспечения лекарственными средствами, однако возможны и альтернативные варианты. В частности, возможна передача полномочий по администрированию льготного лекарственного обеспечения в систему ОМС с привлечением страховых медицинских организаций, что позволит избежать частичного дублирования имеющейся информационной инфраструктуры, необходимой для реализации принципа возмещения стоимости лекарственных средств (и которая в системе ОМС в настоящее время используется для ведения реестра счетов и проведения платежей),

а также использовать компетенции страховых организаций для проведения контроля обоснованности назначений лекарственных средств конкретным пациентам и защиты их законных прав – последнее является крайне актуальным для отечественной системы льготного лекарственного обеспечения.

- наличие сооплаты со стороны населения;

При отсутствии сооплаты со стороны населения возможно ожидать ряда негативных эффектов, приводящих к нерациональному использованию средств, выделенных на лекарственное обеспечение. Такие эффекты могут заключаться в получении населением лекарственных средств без их фактического последующего применения, получении лекарств с целью формирования личных запасов и т.д. В настоящее время в мировой практике самым распространенным ограничителем объемов потребления лекарственных средств становится совместное несение расходов – форма соучастия государства и населения в покрытии расходов на лекарственные средства, которая позволяет решить указанные выше проблемы и снизить общественные расходы на лекарственное обеспечение. Вместе с тем, использование механизмов сооплаты порождает ряд других рисков, из которых наиболее важными являются опасность дискриминации наименее платежеспособных групп населения, а также возможность отказа населения от относительно недорогого лечения на ранних этапах заболевания, вызванного экономическими причинами, который может привести к необходимости более дорогостоящего лечения в будущем. Для нейтрализации данных негативных эффектов в рамках системы соплатежей необходимо предусмотреть ряд скидок и исключений, а также ограничить максимальный объем расходов граждан на лекарственное обеспечение из личных средств.

- определение источников государственного финансирования;

Внедрение полноценной системы льготного лекарственного обеспечения потребует существенного увеличения государственных расходов. Если на сегодняшний день бюджеты всех уровней расходуют около 150 млрд рублей на льготное лекарственное обеспечение, то полноценная система льготного амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными препаратами со средней долей возмещения 70 % по грубой оценке потребует не менее 430 млрд рублей государственных расходов (что соответствует 70 % объема рынка рецептурных лекарственных препаратов в России без учета госпитального сегмента в 2017 г.) Помимо текущих государственных расходов на амбулаторное лекарственное обеспечение в качестве возможного источника финансирования можно рассматривать средства, направляемые на выплаты «отказникам»

от льготного амбулаторного лекарственного обеспечения в рамках программы ОНЛС в размере около 130 млрд рублей. Соответственно, дополнительно для реализации полной программы потребуется не менее 150 млрд рублей государственных расходов. Определение оптимального источника их финансирования лежит за рамками анализа системы здравоохранения и является предметом бюджетно-налоговой политики.

4.2 Изменение структуры покупки медицинской помощи

В качестве возможной альтернативы действующей бюджетной модели ряд экспертов предлагает переход к модели здравоохранения, основанной на классических страховых принципах [27]. Данное предложение заключается в наделении страховых медицинских организаций полномочиями по управлению системой здравоохранения с одновременной передачей им финансовой ответственности за покрытие сверхнормативных расходов на оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Основным инструментом передачи ответственности служит поэтапное сокращение ретроспективного возмещения сверхнормативных расходов СМО на оплату медицинской помощи, за счет резервов системы фондов ОМС.

Полномочия по управлению медицинским обслуживанием прикрепленного населения передаются СМО при принятии значимой доли страхового риска и включают:

- проведение предварительного отбора поставщиков медицинских услуг для заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (с учетом установленных критериев доступности медицинской помощи);
- согласование индивидуальных дополнительных условий деятельности поставщика (например, особые условия маршрутизации пациентов, использование улучшенных технологий оказания медицинской помощи).

В результате, страховые медицинские организации в роли ответственного покупателя медицинской помощи смогут способствовать улучшению качества медицинской помощи и сокращению неэффективных трат путем:

- отбора лучших поставщиков медицинских услуг;
- развития конкуренции за пациента между участниками системы ОМС;
- осуществления содержательного контроля медицинской помощи;
- стимулирования применения профилактических мер и мер ранней диагностики, внедрения и применения наиболее эффективных технологий лечения.

Конечными результатами внедрения страховой модели ОМС, основанной на классических страховых принципах, станут:

- рост доступности и качества медицинской помощи для населения;
- улучшение состояния здоровья населения;
- повышение удовлетворенности населения деятельностью государственной системы здравоохранения;
- минимизация затрат на оплату медицинской помощи неудовлетворительного качества или оказанной без необходимых оснований.

Основным риском реализации данной модели принято считать ориентацию страховщиков к увеличению собственной прибыли, в том числе в ущерб качеству и доступности медицинской помощи. При этом реализация указанного риска фактически зависит от степени конкуренции между страховыми компаниями и их возможностям по осуществлению сговоров. В конкурентной среде попытка снижения качества и (или) доступности помощи в одной страховой компании приведет к оттоку клиентов в другие компании, которые предоставляют услуги лучшего качества. Однако если таких компаний на рынке не представлено, сложившаяся ситуация окажется равновесной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе подготовки материала были решены следующие задачи:

- анализ существующих подходов к распределению полномочий покупателя медицинской помощи;
- обзор зарубежной практики передачи полномочий покупателя страховым медицинским организациям;
- разработка рекомендаций по совершенствованию механизмов определения объемов и оплаты медицинской помощи в России.

В рамках первого раздела была сформирована общая структура анализа полномочий покупателя медицинской помощи. Было показано, что необходимость введения в процесс покупки медицинской помощи квалифицированного посредника обусловлена специфическими отличиями медицинской помощи от большинства товаров и услуг. Обобщенно данные различия могут быть представлены в виде пяти групп:

- жизненная важность удовлетворения возникшей потребности;
- непредсказуемость момента возникновения и размера потребности;
- отсутствие у потребителя знаний и навыков, необходимых для выбора услуг, оптимальным образом удовлетворяющих потребность (информационная асимметрия);
- высокий уровень монополизации рынка (высокие барьеры входа на рынок, часто - необходимость транспортной доступности услуги);
- наличие услуг, предоставляемых в рыночных условиях в неоптимальном объеме (услуги со значительными положительными внешними эффектами, например, вакцинация, лечение инфекционных заболеваний).

Таким образом, покупка медицинской помощи наряду с непосредственным удовлетворением потребности призвана исполнять следующие функции:

- гарантировать доступность медицинской помощи (финансовую, в развитых системах здравоохранения – также физическую);
- обеспечить соответствие оказанных услуг интересам пациента (объективной потребности в конкретных услугах, предоставлению оптимального соотношения качества и цены);
- обеспечить равенство или превосходство переговорных позиций в условиях концентрированного рынка;
- обеспечить предоставление социально значимых услуг (общественных благ).

Очевидно, что индивидуальный потребитель не способен исполнять большинство данных функций. В результате в системе здравоохранения возникают посредники, призванные усилить потребителя за счет:

- объединения и перераспределения средств;
- информирования потребителя о качестве и стоимости услуг;
- закупки медицинской помощи (контроль обоснованности и качества услуг, снижение стоимости за счет выравнивания рыночных позиций);
- организации покупки социально значимых услуг.

Вплоть до конца XX в. развитие покупателя происходило линейно, путем постепенной концентрации и усиления квалифицированных покупателей. Упрощенно последовательность развития покупателя может быть представлена следующим образом:

- индивидуальный потребитель медицинской помощи;
- отдельные частные организации, представляющие небольшие добровольно организуемые пулы населения (общества взаимопомощи, благотворительные организации);
- страховые организации ОМС с обязательным членством;
- государство, действующее как единый национальный покупатель.

Таким образом, в ходе цепочки потребитель – рыночные покупатели – единый государственный покупатель происходило непрерывное усиление посредника, рассматриваемое как важный инструмент повышения эффективности покупки медицинской помощи. Тем не менее, к концу XX в. развитые страны, прошедшие полный цикл развития покупателя столкнулись со снижением эффективности здравоохранения, порождаемым утратой мотивации единого покупателя к оптимальному удовлетворению нужд потребителей и рационализации расходов. Результатом стал поиск новых методов перераспределения полномочий покупателя медицинской помощи с привлечением иных участников системы здравоохранения: частных страховых организаций, медицинских организаций, благотворительных организаций, врачебных ассоциаций и объединений.

Наиболее полно среди рыночных участников здравоохранения функции покупателя гарантированной медицинской помощи могут быть исполнены частными страховыми организациями. Опыт передачи полномочий покупателя (отбор поставщиков и распределение между ними объемов медицинской помощи, согласование стоимости услуг, контроль качества и оплата оказанной медицинской помощи) страховым организациям рассмотрен во втором и третьем разделах работы. На примере Нидерландов и Колумбии показано, что несмотря на длительный период адаптации участников рынка к

изменившимся условиям переход к регулируемому рынку медицинской помощи позволяет повысить экономическую эффективность покупки. Кроме того, переход к договорным отношениям и внедрение реальной финансовой ответственности страховых организаций формирует условия для поддержки финансовой сбалансированности системы ОМС и лучшей защиты права граждан на гарантированную медицинскую помощь. Обе страны рассматривают опыт страховой реформы как положительный и не планируют возвращения к прежним моделям государственного здравоохранения (Колумбия) или полностью регулируемого государством ОМС (Нидерланды).

Рекомендации по совершенствованию механизмов определения объемов и оплаты медицинской помощи для России предложены в четвертом разделе. Выделены два ключевых направления преобразований:

- расширение государственных гарантий в части лекарственного обеспечения;
- передача реальных полномочий покупателя гарантированной медицинской помощи страховым медицинским организациям.

Первое направление реформ призвано заполнить пробел отечественного гарантированного медицинского обеспечения. С точки зрения рассмотренной ранее модели покупки медицинской помощи данное преобразование представляет собой передачу полномочий покупателя от индивида к квалифицированному посреднику, результатом которой станет:

- улучшение доступности необходимых лекарственных средств;
- предотвращение обеднения домохозяйств, столкнувшихся с заболеваниями, требующими дорогостоящего лечения;
- снижение стоимости лекарственных препаратов;
- повышение приверженности к лечению и, как следствие, общей эффективности расходов на медицинскую помощь.

В качестве исходных принципов новой программы предлагается

- распространение гарантированного лекарственного обеспечения на лекарственные препараты ЖНВЛП для всего населения в форме возмещения расходов на получение лекарственных средств по назначению врача (непосредственно пациенту или аптеке);
- определение размера возмещения на основе внутреннего референтного ценообразования (как минимум, на уровне активного действующего ингредиента

(субстанции, МНН) или фармакологического класса) с использованием элементов ценообразования, основанного на дополнительной терапевтической ценности;

- передача полномочий по администрированию лекарственного обеспечения страховым медицинским организациям;
- введение регулирующего участия пациента в оплате в целях предотвращения необоснованного потребления.

Преимуществом перехода к ОМС, основанному на классических страховых принципах, является лучшая пациентоориентированность таких систем. Страховые медицинские организации в роли ответственного покупателя медицинской помощи смогут способствовать улучшению качества медицинской помощи и сокращению неэффективных трат путем:

- отбора лучших поставщиков медицинских услуг;
- развития конкуренции за пациента между участниками системы ОМС;
- осуществления содержательного контроля медицинской помощи;
- стимулирования применения профилактических мер и мер ранней диагностики, внедрения и применения наиболее эффективных технологий лечения.

Основным содержанием реформы является наделение страховых медицинских организаций полномочиями по управлению системой здравоохранения с одновременной передачей им финансовой ответственности за покрытие сверхнормативных расходов на оказание медицинской помощи прикрепленному населению. Инструментом передачи ответственности служит поэтапное сокращение ретроспективного возмещения сверхнормативных расходов СМО на оплату медицинской помощи, за счет резервов системы фондов ОМС.

Полномочия по управлению медицинским обслуживанием прикрепленного населения передаются СМО при принятии значимой доли страхового риска и включают:

- проведение предварительного отбора поставщиков медицинских услуг для заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС (с учетом установленных критериев доступности медицинской помощи);
- согласование индивидуальных дополнительных условий деятельности поставщика (например, особые условия маршрутизации пациентов, использование улучшенных технологий оказания медицинской помощи).

Наряду с выделенными ключевыми направлениями развития российская система здравоохранения обладает значительными резервами для расширения роли

негосударственных некоммерческих организаций и профессиональных саморегулируемых организаций. Анализ зарубежных практик деятельности благотворительных организаций в сфере здравоохранения позволяет предположить, что основой развития частно-государственного партнерства в России может стать модель грантов и контрактов. На первом этапе применение грантов позволит определить, поддержать и растиражировать наиболее успешные и эффективные инициативы благотворительных организаций. На втором этапе возможно уже использование контрактных схем – работа с проверенными и надежными поставщиками услуг будет способствовать росту доверия, накоплению опыта и оптимизации трансакционных издержек. Кроме того, необходимыми условиями развития частно-государственного партнерства является смягчение ограничительного законодательства для организаций с зарубежным участием («Закон о неправительственных организациях» от 2006 года, закон «Об иностранных агентах» от 2012 года, закон «О нежелательных организациях» от 2015 года) и расширение системы налоговых льгот как для доноров (физических и юридических), так и для самих благотворительных организаций. Для российских юридических лиц эксперты предлагают установить предел уменьшения налоговой базы на 3%, но не более 10 миллионов рублей за один налоговый период.

Саморегулирование отечественной сферы здравоохранения пока находится на этапе становления, хотя и государство, и профессиональное сообщество предъявляет активный спрос на саморегулирование. К числу перспективных функций российских медицинских ассоциаций можно отнести участие в разработке этических стандартов, клинических рекомендаций, программ непрерывного образования, стоимости медицинских услуг.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Ломская Т., Базанова Е. Государство может снять с себя часть расходов на медицину / Ведомости. – URL: <https://www.vedomosti.ru/economics/articles/2018/02/05/749888-gosudarstvo-rashodov-meditsinu> (дата обращения 10.05.2018)
- 2 Коган Г. Минфин расширит функции полисов ОМС / Известия. – URL: <https://iz.ru/673268/grigorii-kogan/minfin-rasshirit-funktcii-polisov-oms> (дата обращения 10.05.2018)
- 3 Bohm K., Schmid A., Gotze R., Landwehr C., Rothgang H.: Classifying OECD healthcare systems: A deductive approach, TranState Working Papers, No. 165, 2012. – 83 p.
- 4 Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. М.: Издательство «Весь мир», 2002. – 333 с.
- 5 Сисигина Н.Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения // Научно–исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. – 2017. – №1. – С. 13–26.
- 6 Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2000 г. / Всемирная организация здравоохранения. – URL: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_ru.pdf?ua=1 (дата обращения 12.05.2018)
- 7 Purchasing Health Care / The Council for Health and Society. – URL: https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Health_care_purchasing.pdf
- 8 Прекер А.С., Лангенбруннер Д.К. Расходовать разумно. Приобретение услуг здравоохранения для бедных. М.: Изд-во Весь мир, 2008. – 434 с.
- 9 Arrow K.J. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care // The American Economic Review. – 1963. – Vol. 53, No.5. – Pp. 941–973.
- 10 Saltman R.B., Busse R., Figueras J. (eds.). Social health insurance in western Europe. Berkshire: Open University Press, 2004. – 298 p.
- 11 Preker A.S. et al. (eds.) Public ends, private means: strategic purchasing of health services. Washington: The World Bank, 2007. – 440 p.
- 12 Turner D., Powell T. NHS Commissioning before April 2013 / House of Commons Library. – URL: <http://www.nhshistory.net/Commissioning%202016.pdf> (дата обращения 30.04.2018)

- 13 Катзин Дж., Кашин Ч., Якаб М.. Реформы финансирования здравоохранения. Опыт стран с переходной экономикой. Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения, 2011.
- 14 Jensen M.C., Meckling W.H. Theory of the firm: Managerial behavior, agency costs and ownership structure // Journal of Financial Economics. – 1976. – № 3(4). – Pp. 305–360.
- 15 den Exter A., Hermans H., Dosljak M., Busse R. Health care systems in transition: Netherlands. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. – 151 p.
- 16 Schafer W., Kroneman M., Boerma W. et al. The Netherlands: Health system review // Health Systems in Transition. – 2010. – № 12(1). – Pp. 1–229.
- 17 Schut F.T. Health care systems in transition: the Netherlands. Part I: Health care reforms in the Netherlands: miracle or mirage? // Journal of Public Health Medicine. – Vol. 18. – No. 3. – Pp. 278–284.
- 18 Kroneman M., Boerma W., van den Berg M. et al. The Netherlands: health system review // Health Systems in Transition. – 2016. – Vol. 18. – No. 2. – Pp. 1–239.
- 19 Muiser J. The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. Geneva: World Health Organization, 2007. – 38 p.
- 20 Risk adjustment under the Health Insurance Act in the Netherlands // Ministry of Health, Welfare and Sport. – URL: https://www.ipp.hit-u.ac.jp/tajika/lecture/material/Dutch_Health_Insurance.pdf (дата обращения 16.05.2018)
- 21 Lamers L.M., van Vliet R.C.J.A. Health-Based Risk Adjustment: Improving the Pharmacy-Based Cost Group Model to Reduce Planning Possibilities // European Journal of Health Economics. – 2003. – № 4 (2). – Pp. 107–114.
- 22 Competition in the Dutch health insurance market. Interim report / Authority for Consumers&Markets, Monitor Financial Sector. – URL: https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/16129_competition-in-the-dutch-health-insurance-market.pdf (дата обращения 18.05.2018)
- 23 OECD Reviews of Health Systems: Colombia 2016. – URL: <http://www.oecd.org/countries/colombia/oecd-reviews-of-health-systems-colombia-2015-9789264248908-en.htm> (дата обращения 14.05.2018)
- 24 Glassman A.L., Escobar M.L., Giuffrida A., Giedion U. From few to many: ten years of health insurance expansion in Colombia. Washington D.C.: The Brookings Institution, 2009. – 189 p.

25 Weiss M. Universal Healthcare in Colombia: An Effective Reform? // Lehigh University. – URL: <http://preserve.lehigh.edu/perspectives-v31/11> (дата обращения 30.05.2018)

26 Общественное обсуждение проекта Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года. – URL: <https://www.rosminzdrav.ru/open/discuss/projects/archive/15> (дата обращения 15.10.2018).

27 Назаров В. С., Авксентьев Н. А. Российское здравоохранение: проблемы и перспективы // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. – 2017. – №. 4. – С. 9-23.