

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

**Назаров В.С., Сисигина Н.Н.**

**Анализ зарубежного опыта использования  
медицинских сберегательных счетов и возможности  
их использования в Российской Федерации**

**Москва 2014**

**Аннотация.** Целью работы является анализ международного опыта использования медицинских сберегательных счетов и возможностей их применения в российской практике. В условиях недостаточного государственного финансирования здравоохранения особое значение приобретает поиск новых механизмов оплаты медицинской помощи, способных привлечь в отрасль дополнительные ресурсы и повысить эффективность расходов. Медицинские сберегательные счета также представляют интерес для российского здравоохранения как один из возможных инструментов лекарственного страхования, предусмотряемого Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года. В работе рассматриваются национальные модели и возможные сферы применения медицинских сберегательных счетов, а также особенности российского рынка, влияющие на выбор модели и успешность ее реализации. В заключительной главе работы приводятся общие рекомендации по включению медицинских сберегательных счетов в систему государственного здравоохранения Российской Федерации.

Данная работа подготовлена на основе материалов научно-исследовательской работы, выполненной в соответствии с Государственным заданием РАНХиГС при Президенте Российской Федерации на 2013 год.

## СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ .....	4
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
РАЗДЕЛ 1. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ.....	8
1.1. Национальные модели использования медицинских сберегательных счетов.....	8
1.1.1. Реформа системы здравоохранения в Сингапуре.....	8
1.1.2. HSA в медицинском страховании США.....	14
1.1.3. MSA в медицинском страховании ЮАР.....	19
1.1.4. Пилотный проект реформы здравоохранения в Китае .....	20
1.1.5. Проект реформы здравоохранения Канады .....	25
1.2. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ.....	27
1.2.1. Преимущества и недостатки национальных моделей .....	27
1.2.2. Основные факторы, влияющие на выбор модели .....	33
РАЗДЕЛ 2. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	36
2.1. Особенности российского рынка медицинских услуг, оказывающие влияние на выбор модели оплаты медицинской помощи: .....	36
2.2. Основные задачи использования медицинских сберегательных счетов в российской системе здравоохранения .....	52
РАЗДЕЛ 3. ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ. ....	54
3.1. Анализ нормативно-правовой базы по вопросам охраны здоровья граждан и оплаты медицинской помощи. ....	54
3.2. Возможные варианты включения медицинских сберегательных счетов в действующую систему оплаты медицинской помощи. ....	56
РАЗДЕЛ 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В РОССИЙСКУЮ СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ....	57
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	61

## НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. Конституция РФ.
2. Гражданский кодекс РФ.
3. Федеральный закон от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования».
4. Федеральный закон от 29.10.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
5. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Постановление Правительства РФ от 18.10.2013 №932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»
7. Приказ Минздрава России от 13.02.2013 №66 «Об утверждении Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года и плана ее реализации».

## ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

CDHP	Consumer-driven health plans (страховые планы, управляемые потребителем)
CHP	Catastrophic Health Insurance Plan (страхование от высокочатратных заболеваний)
CPF	Central Provident Fund (Центральный сберегательный фонд)
HRA	health reimbursement arrangements (соглашения о возмещении медицинских расходов)
HSA	Health Savings Account (медицинский сберегательный счет)
MMA	Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act (Закон о совершенствовании и модернизации медицинского обслуживания и об отпускаемых по рецепту лекарственных средствах)
MSA	Medical Savings Account (медицинский сберегательный счет)
HIPAA	Health Insurance Portability and Accountability Act (Закон об отчетности и безопасности медицинского страхования)
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДЛО	дополнительное лекарственное обеспечение
МСС	медицинский сберегательный счет
ОМС	обязательное медицинское страхование
СМО	страховая медицинская организация
ТФОМС	территориальный фонд обязательного медицинского страхования

## ВВЕДЕНИЕ

Медицинские сберегательные счета (МСС, в зарубежной литературе обычно используются аббревиатуры MSA – MedicalSavingsAccount или HSA – HealthSavingsAccount) – механизм финансового обеспечения медицинской помощи, при котором средства, предназначенные для покрытия медицинских расходов, закрепляются непосредственно за индивидом и могут быть им использованы по собственному усмотрению в пределах ограничений, установленных законодательством. Формирование и расходование средств при этом осуществляется в соответствии с аналогичными правилами для счетов страхования, но, в отличие от традиционного медицинского страхования, МСС не предполагают горизонтального перераспределения средств между застрахованными лицами, что позволяет рассматривать их как разновидность индивидуального страхования. Исключение составляют семейные сберегательные счета, средства которых могут быть использованы любым членом семьи. Пополнение МСС производится регулярными отчислениями из заработной платы, которые могут быть добровольными или обязательными, осуществляться самим индивидом или работодателем. Для обеспечения равного доступа к медицинской помощи государство может также осуществлять софинансирование счетов малообеспеченных слоев населения.

Управление сберегательным счетом осуществляется страховой компанией или банком. Остаток средств на конец года переносится на будущие периоды, при этом прибыль полученная от инвестирования данных средств (ограниченного наиболее надежными финансовыми инструментами) не подлежит налогообложению. В некоторых моделях организации МСС средства накапливаются в течение всей жизни для обеспечения медицинских расходов в пожилом возрасте или, в более широком смысле, после потери трудоспособности. В моделях, где МСС обязательны, лица, достигшие пенсионного возраста или утратившие трудоспособность по другим причинам, освобождаются от обязанности уплаты взносов. Средства МСС также могут быть объектом наследования.

Поскольку многие тяжелые заболевания, в особенности, влекущие за собой ограничения в трудоспособности, могут потребовать расходов, превышающих размер МСС, данный механизм, как правило, дополняется системой покрытия расходов на лечение высокочрезвычайных заболеваний (CHP–CatastrophicHealthInsurancePlan), в основе которой лежит модель социального страхования или бюджетного финансирования.

К главным преимуществам использования МСС в сравнении с социально-страховыми или бюджетными моделями финансирования здравоохранения относят:

1. Возможность привлечения дополнительных средств в сферу здравоохранения и соответствующего сокращения будущих государственных расходов за счет перераспределения потоков доходов и расходов в течение жизни индивида;
2. Сокращение расходов на медицинскую помощь за счет снижения риска недобросовестного поведения потребителя (т.е. создания мотивации индивидов к разумному использованию средств);
3. Сокращение административных расходов в системе здравоохранения за счет упрощения схемы возмещения расходов.

Для стран с преимущественно частной системой здравоохранения МСС также позволяют решить ряд проблем неэффективности:

1. Снизить общий уровень расходов на здравоохранение за счет мотивации пациентов к рациональному потреблению услуг;
2. Расширить охват населения медицинским страхованием за счет большей прозрачности и снижения страховых премий в страховых планах с МСС;
3. Снизить административные расходы в системе здравоохранения за счет упрощения схемы возмещения расходов.

Противники МСС, в свою очередь, отмечают следующие потенциальные риски их использования:

1. Рост неоправданных расходов на медицинскую помощь, поскольку большое влияние на объем потребления медицинских услуг оказывает предложение. Из-за наличия значительной информационной асимметрии на данном рынке поставщики медицинских услуг могут навязывать потребителю избыточные услуги или услуги по завышенной цене. МСС усиливает эту тенденцию за счет исключения промежуточного административного звена: государственных органов управления здравоохранением или страховых компаний;
2. Нарушение принципа равного доступа к медицинской помощи (в сравнении с бюджетными или социально-страховыми системами финансирования здравоохранения), поскольку лица с разным уровнем доходов при использовании МСС будут располагать различным объемом средств для оплаты медицинских услуг. Риск может быть минимизирован путем предоставления государством субсидий малообеспеченным слоям населения.

## РАЗДЕЛ 1. ЗАРУБЕЖНЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ

### *1.1. Национальные модели использования медицинских сберегательных счетов*

#### *1.1.1. Реформа системы здравоохранения в Сингапуре*

Сингапур - небольшое островное государство в Юго-Восточной Азии, получившее независимость в 1965 году (самоуправляемое государство в составе Британской империи - с 1959 года, в составе Федерации Малайзия - с 1963 года). На момент получения независимости государство обладало системой здравоохранения, организованной на основе британской модели: бесплатная для населения медицинская помощь, оказываемая сетью государственных больниц. В то же время, для нового независимого правительства вскоре стало очевидным, что бюджету развивающейся страны не под силу содержать эту систему в полном объеме без внешней поддержки, в связи с чем было принято политическое решение об отказе от полностью бесплатной государственной системы оказания медицинской помощи. В качестве первого значимого шага в этом направлении уже в 1960 году вводятся обязательные соплатежи населения: S\$0.50<sup>1</sup> за посещение врача в будние дни и S\$1 - за посещение в праздничные и выходные дни<sup>2</sup>. Несмотря на явную несоразмерность соплатежей и государственных субсидий, эта мера стала важным сигналом для населения, предупреждающим о переходе к платной медицинской помощи.

Общая реформа системы здравоохранения начинается лишь в 1983 году, с принятием первого Национального плана развития здравоохранения (далее – План)<sup>3</sup>, заложившего основы современной модели организации оказания медицинской помощи: ориентация на стимулирование здорового образа жизни, приоритет профилактических мер, повышение эффективности расходов. План также предусматривал реструктуризацию больничной системы через предоставление значительной автономии государственным больницам, фактически уравнивавшей их по объему полномочий с частными медицинскими организациями. В то же время формально собственником государственных больниц остается Министерство здравоохранения Сингапура, которое

---

<sup>1</sup> Здесь и далее S\$ используется для обозначения сингапурского доллара.

<sup>2</sup>Lim, M.-K. Health Care Systems in Transition II. Singapore, Part I: An Overview of Health Care Systems in Singapore. Journal of Public Health Medicine 20, 1998. P. 16–22.

<sup>3</sup>Haseltine, William A. Affordable excellence : the Singapore healthcare story : how to create and manage sustainable healthcare systems. Singapore : Ridge Books, 2013. pp.182 p.9

осуществляет управление ими в части принятия стратегических решений (через отдельную управляющую компанию)<sup>4</sup>.

Самым важным новшеством Национального плана развития здравоохранения, стало создание системы медицинских сберегательных счетов Medisave, первой из трех М<sup>5</sup>, составляющих общественное здравоохранение Сингапура сегодня. Выбор формы был продиктован с одной стороны стремлением к дальнейшему развитию ответственности пациентов и мотивации к экономному потреблению, с другой – наличием успешного предыдущего опыта использования целевых сбережений.

Центральный сберегательный фонд (Central Provident Fund - CPF) был создан еще британскими властями как простой обязательный сберегательный фонд для пенсионных накоплений, куда перечислялись 5% от заработной платы работающих граждан. После получения Сингапуром независимости функции CPF постепенно расширялись, пока он не стал ключевым инструментом долгосрочного планирования в целях повышения уровня жизни населения. В 1968 году граждане получили возможность использовать часть накопленных средств на приобретение жилья, построенного государственной компанией жилищного строительства. После создания Medisave в 1984 году средства в CPF были разделены на три счета: общий счет, средства с которого могли использоваться на приобретение жилья, приобретение страховки на случай смерти или утраты трудоспособности, инвестирование и образование; специальный счет, средства с которого предназначались для использования в пожилом возрасте и вкладывания в пенсионные финансовые инструменты; и счет Medisave, средства с которого могли использоваться на покрытие медицинских расходов и приобретение медицинских страховых планов, одобренных Министерством здравоохранения. Сумма отчислений на счета CPF определяется типом занятости, возрастом и уровнем дохода (см. Табл. 1).

*Таблица 1.*

**Взносы в систему Medisave для работников по найму частного сектора (для лиц с заработной платой более 750S\$), % от заработной платы**

Возраст работника	Ставка отчислений (для работников с ежемесячной заработной платой $\geq$ S\$750)			Распределение по счетам		
	Взнос работодателя	Взнос работника	Суммарная ставка	Общий счет	Специальный счет	Счет Medisave

<sup>4</sup> M. Ramesh. *Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore*. The American Review of Public Administration 38, 1 (2008): 18.

<sup>5</sup> Medisave, MediShield, MediFund

			отчислений			
35 и младше	16	20	36	23	6	7
От 36 до 45	16	20	36	21	7	8
От 45 до 50	16	20	36	19	8	9
От 50 до 55	14	18.5	32.5	13.5	9.5	9.5
От 55 до 60	10.5	13	23.5	12	2	9.5
От 60 до 65	7	7.5	14.5	3.5	1.5	9.5
Старше 65	6.5	5	11.5	1	1	9.5

Источник: CPFContribution. URL:<http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/ContriRa.htm>

Само занятое население первоначально не участвовало в программе Medisave, но с 1992 года для лиц с доходом от \$6000 в месяц отчисления в Medisave также стали обязательными. Предельный размер сбережений на счете Medisave ежегодно устанавливается правительством (в 2012 году - \$43500) с учетом инфляции в сфере медицинских расходов и необходимого уровня сбережений на пенсионный возраст. Средства, превышающие установленный предел, перераспределяются на остальные счета CPF. Правительство также устанавливает минимальный объем средств, который должен оставаться на счетах при расходовании средств. В 2012 году для лиц от 55 лет и старше минимальный уровень сбережений Medisave должен составлять S\$32 000. В том случае, если они не достигли заданного уровня, недостаток может быть покрыт за счет остальных счетов CPF.

Все счета Medisave являются индивидуальными, горизонтальное перераспределение средств не предусмотрено. В то же время, средства с индивидуального счета Medisave также могут быть использованы на оплату медицинских расходов членов семьи владельца.

Все средства Medisave освобождаются от налогов как на стадии сбережения, так и при расходовании. CPF гарантирует минимальный уровень доходности сбережений. Средства счетов наследуются по завещанию или на основании законодательства о наследовании.

Несмотря на то, что средства на сберегательных счетах остаются собственностью граждан и расходуются ими по собственному усмотрению, перечень видов и услуг медицинской помощи, которые могут быть ими оплачены, устанавливается государством.

Средства MSA могут быть использованы на оплату медицинского обслуживания для владельца счета и его членов семьи. Покрываемые медицинские расходы включают в себя расходы на стационарную медицинскую помощь (в т.ч. услуги общественных больниц, хосписов, родильных домов, реабилитационных центров) и частичности

амбулаторно-поликлинических услуг, в том числе оплату лекарств, амбулаторной хирургии, психиатрической помощи, части диагностических процедур и лечения хронических заболеваний, отдельные специфические лекарства и процедуры для пациентов, больных раком (химиотерапия, лучевая терапия), вирусом иммунодефицита (лекарственное обеспечение, переливания крови), перенесших пересадку органов (лекарственное обеспечение) и т.д.<sup>6</sup>

Необходимо отметить, что Medisave не покрывает расходы целиком: в оплату счета входит обязательный S\$30 вычет и соплатеж в размере 15% от общей суммы счета, остальная часть может по усмотрению пациента быть оплачена за счет личных средств или средств Medisave.

В целях демографической политики программа Medisave была дополнена несколькими специализированными программами для беременных женщин, матерей и новорожденных с повышенными лимитами изъятия средств и/или государственными субсидиями<sup>7</sup>.

Вторая составляющая системы общественного здравоохранения Сингапура - программа Medishield была создана на шесть лет позже Medisave, в 1990 году<sup>8</sup>. Участие в ней принимают все держатели счетов CPF, кроме тех, кто принял решение об отказе от нее, а также их иждивенцы (на практике в программе участвует более 90% населения). Цель MediShield - оказать поддержку людям с хроническими заболеваниями, расходы на которые могут оказаться слишком тяжелыми для пациента и его семьи, и привести к исчерпанию средств Medisave. В отличие от Medisave MediShield представляет собой разновидность медицинской страховки, включающейся при "катастрофических" заболеваниях, слишком дорогих для оплаты услуг из личных средств или средств сберегательного счета. Ежегодные страховые взносы относительно невелики (от S\$33 для лиц моложе тридцати лет до S\$372 для лиц в возрасте 65-70 лет. Программа также предусматривает соплатежи: от 20 до 10 процентов в зависимости от суммы счета для стационарной медицинской помощи, 20% - для амбулаторно-поликлинических услуг. Оплата стационарной медицинской помощи включает в себя обязательный вычет, в

<sup>6</sup> Medisave Withdrawal limits  
[http://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing/schemes\\_subsidies/medisave/Withdrawal\\_Limits.html](http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Withdrawal_Limits.html)

<sup>7</sup> Maternity package <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003831>

<sup>8</sup>Haseltine, William A. Affordable excellence : the Singapore healthcare story : how to create and manage sustainable healthcare systems . Singapore : Ridge Books, 2013.pp.182 p.52

зависимости от выбранного класса палаты. Средства MediShield могут быть использованы для приобретения более дорогих страховых планов с расширенным покрытием из числа одобренных Министерством здравоохранения.

MediFund или третья «М» сингапурского здравоохранения - благотворительный фонд, основанный правительством в 1993 году для оказания помощи гражданам, которые не могут оплатить стационарную медицинскую помощь даже в больницах с наиболее высоким уровнем государственных субсидий<sup>9</sup>. Первоначальный правительственный вклад в MediFund составил S\$200 миллионов, в дальнейшем государство осуществляло дополнительные вклады. Сейчас основной капитал фонда составляет около S\$2 миллиардов. На выплаты населению расходуется только доход, генерируемый основным капиталом. Для получения этих средств пациент должен соответствовать следующим критериям: быть гражданином Сингапура, обращаться за медицинской помощью, подлежащей субсидированию, в больницу, сотрудничающую с MediFund, быть не в состоянии оплатить счет за лечение даже с учетом помощи семьи и иных государственных программ. Приоритетом обладают граждане пожилого возраста с низким остатком средств на счетах Medisave.

Расходы Сингапура на здравоохранение составляют менее 4% ВВП, доля государственных расходов длительное время не превышала 1% ВВП, к 2010 году достигла 1,5%<sup>10</sup>. В расчете на одного человека годовые расходы на здравоохранение в 2009 году составили \$2000 (для сравнения США - \$7000, большинство развитых стран около \$3000). При этом, ВОЗ в исследовании 2000 года поставил систему здравоохранения Сингапура на шестое место в мире<sup>11</sup>, впереди большинства развитых стран, по большинству показателей здоровья населения Сингапур соответствует или превышает средний уровень европейских стран.

Агентство Bloomberg в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2013 году (TheMostEfficientHealthCare 2013) поставило Сингапур на второе место после Гонконга<sup>12</sup>. При определении рейтинга использовались три основных

---

<sup>9</sup>Haseltine, William A. Affordable excellence : the Singapore healthcare story : how to create and manage sustainable healthcare systems. Ridge Books, 2013.pp.182 p.59

<sup>10</sup>WHO National Health Accounts.

<sup>11</sup>World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. World Health Organization.Geneva, 2000.

<sup>12</sup> Most Efficient Health Care: Countries. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>

показателя: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные расходы на здравоохранение в виде процента ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг на душу населения.

Ожидаемая продолжительность жизни с 1960 по 2009 у женщин выросла с 66 до 84 лет, мужчин - с 62 до 79 лет, что превышает показатели таких стран как США и Великобритания.

Младенческая смертность в 1990 году достигла уровня пяти на тысячу рожденных живыми, что соответствовало уровню Великобритании, Австралии и Канады, в 2009 году младенческая смертность снизилась до 1 промилле (в Великобритании и Австралии - до 3, в Канаде - до 4). Смертность в течение первого года жизни за период 1960-2009 сократилась с 36 до 2 на тысячу рожденных живыми.

На 10 000 населения приходится около 20 больничных коек (всех типов), что соответствует показателям развитых стран, и 18 врачей-терапевтов, что превышает средние показатели стран Азии, но существенно меньше уровня США и стран Европы. Это является свидетельством позитивного влияния системы здравоохранения на проблему избыточного предложения услуг<sup>13</sup>.

Отдельные исследователи придерживаются мнения, что система медицинских сберегательных счетов в Сингапуре оказалась неспособна сдержать рост медицинских расходов, поскольку не могла повлиять на инфляцию предложения. На практике больницы Сингапура конкурируют по качеству, но не по цене, что ведет к неуклонному росту расходов<sup>14</sup>.

---

<sup>13</sup>Haseltine, William A. Affordable excellence : the Singapore healthcare story : how to create and manage sustainable healthcare systems . Singapore : Ridge Books, 2013. Pp. 16-24.

<sup>14</sup> Hsiao W.C. Abnormal economics in the health sector, in P.A. Berman (ed.) Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. Boston, M.A: Harvard University Press, 1995.P.265

### *1.1.2. HSA в медицинском страховании США*

Впервые идея медицинских сберегательных счетов в США возникает в начале девяностых в качестве альтернативного механизма возмещения расходов по страховым планам, предлагаемым BlueCrossandBlueShieldAssociation. Причиной обращения к новому механизму оплаты стала проблема оппортунистического поведения потребителей, диктуемого традиционной схемой страховки, действующей с первого доллара расходов: отсутствие у потребителей представления о реальной стоимости медицинских услуг и, как следствие, сверхпотребление.

В 1996 году MSA впервые были признаны законодательно - Законом об отчетности и безопасности медицинского страхования (HealthInsurancePortabilityandAccountabilityAct- HIPAA), но лишь для отдельных категорий населения (пожилых людей, индивидуально занятых, работодателей с числом работников менее 75). Фактически, планы MSA представляли собой адаптацию концепции пенсионных планов типа 401(к) к медицинским расходам<sup>15</sup>.

В это же время начинают развиваться страховые планы, управляемые потребителем (Consumer-drivenhealthplans - CDHP). Термин был принят на конференции крупнейших страховщиков в Чикаго (весна 2001 года) для обозначения страховок, предоставляющих потребителям полную информацию о цене и качестве услуг и позволяющих выбрать оптимальный набор услуг, покрываемых страховкой. Поскольку эти планы, как правило, предполагали высокие вычеты, MSA часто использовали как дополнение к ним, позволяющее оплачивать необходимые расходы до достижения минимального страхового уровня.

Возможность использования медицинских сберегательных счетов для других категорий работников появляется в 2002 году, когда Федеральная налоговая служба разрешает работодателям осуществлять необлагаемые налогами отчисления на счета сотрудников для оплаты медицинских расходов, т.н. соглашения о возмещении медицинских расходов (healthreimbursementarrangements - HRA). Средства HRA могли переноситься на следующие периоды, включая период после увольнения, т.е. в полном объеме выполняли сберегательную функцию, но собственником счетов при этом оставался работодатель.

По-настоящему широкое использование медицинских сберегательных счетов стало возможным после принятия в 2003 году Закона о совершенствовании и модернизации

---

<sup>15</sup> Stephen T. Parente and Roger Feldman Do HSA Choices Interact with Retirement Savings Decisions? Tax Policy and the Economy, Vol. 22, No. 1 (2008), pp. 81-108

медицинского обслуживания и об отпускаемых по рецепту лекарственных средствах (Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act – MMA). С этого момента в США действовало три основных типа медицинских сберегательных счетов:

- Health Savings Account (HSA) - счета для лиц, планы страхования которых предусматривают высокие вычеты. Средства HSA, таким образом, предназначаются для оплаты расходов, не покрываемых страховкой. Средства на счете являются собственностью индивида, не облагаются подоходным налогом, неизрасходованные средства и переносятся на будущие периоды. HSA были введены законом 2003 года;
- Medical Savings Account (MSA) - сберегательные счета, предназначенные главным образом для самозанятых лиц. Средства MSA не облагаются налогами в том случае, если они расходуются на оплату определенного перечня медицинских услуг. MSA были введены законом 1996 года (HIPAA), закон 2003 года (MMA) поставил задачу поэтапного ликвидации этого типа счетов либо преобразования в счета HSA;
- Flexible Spending Account (FSA) - счета, позволяющие индивиду отложить часть средств дохода до вычета налогов для оплаты определенного перечня медицинских услуг. Средства должны быть использованы в пределах установленного периода, в противном случае они теряются.

Для получения права на использование HSA застрахованное лицо должно соответствовать следующим критериям<sup>16</sup>:

- использовать план страховки с высокими вычетами;
- не иметь другой медицинской страховки;
- не получать медицинскую помощь по программе Medicare;
- не являться иждивенцем, на которого оформлен налоговый вычет.

Закон предусматривает создание исключительно индивидуальных сберегательных счетов и предоставляет право открытия HSA всем лицам, не достигшим возраста 65 лет. В 2010 году HSA использовали около 21 млн. человек, что составляет примерно 12% рынка частного медицинского страхования<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> IRS Publication 969 URL: <http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>

<sup>17</sup> EBRI (Employee Benefit Research Institute). Health Savings Accounts and Health Reimbursement Arrangements: Assets, Account Balances, and Rollovers, 2006-2010. EBRI Issue Brief No. 353., 2011. URL: <http://www.ebri.org/pdf/briefspdf/IB.Jan11.CEHC.S.FinalFlow.03Jan11.pdf>

Взносы на HSA вправе производить любой дееспособный индивид, включая само застрахованное лицо, работодателя, членов семьи и др. Максимально допустимый размер взносов определяется типом страховки и возрастом застрахованного лица.

Расходование средств HSA осуществляется для оплаты медицинских услуг, которые подпадают под страховой вычет и входят в перечень, установленный службой внутреннего налогообложения. К ним относятся расходы на диагностику, лечение, смягчение последствий и предупреждение болезней, которые влияют непосредственно на заболевание или нарушение нормальной жизнедеятельности. Расходы на услуги и товары, влияющие на состояние здоровья в общем, в частности, отдых или витамины к допустимым направлениям не относятся. Публикация также содержит детальный список допустимых и недопустимых направлений расходования средств<sup>18</sup>.

Расходы на услуги, исключенные из средств HSA, облагаются налогом на доходы и дополнительным 20% штрафом.

С юридической точки зрения HSA являются счетами социального страхования или попечительскими счетами. Управление HSA может осуществлять работодатель, банк, страховая компания или иной финансовый институт.

По данным на 2007 год владельцами HSA являлись три миллиона человек, использовали их средства - пять миллионов. CDHP-страховки по-прежнему составляют меньшую часть рынка, но активно растут - преимущественно за счет HSA. Особенно популярны они в тех штатах, где ранее были распространены HRA, в частности, в Калифорнии<sup>19</sup>.

Ключевым отличием HSA от действовавших ранее HRA является право собственности на сберегательный счет: владельцем HRA являлся работодатель, владельцем HSA - работник. Это дает пять ключевых преимуществ новому типу сберегательных счетов:

1. Неиспользуемые средства свободно переносятся на следующие периоды;
2. HSA могут использоваться вместе с планами с высокими вычетами, но при этом не требуют полной оплаты основного плана. В реальности, более половины страховок не профинансированы полностью.
3. HSA могут быть использованы индивидуально занятыми лицами или работниками небольших фирм

---

<sup>18</sup> IRS Publication 969 <http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>

<sup>19</sup> Stephen T. Parente and Roger Feldman Do HSA Choices Interact with Retirement Savings Decisions? Tax Policy and the Economy, Vol. 22, No. 1 (2008), pp. 81-108

4. в целях ограничения общего объема налогового вычета, Казначейство США устанавливает пределы ежегодного взноса, что позволяет управлять размером счетов.

5. лица старше 65 лет могут использовать средства HSA для оплаты дополнительных составляющих Medicare.

В то же время, некоторые исследования показывают неэффективность медицинских сберегательных счетов для решения проблем американского здравоохранения. В частности, существует опасность дробления страхового рынка: популярность страховых планов с высокими вычетами для относительно здорового населения может привести к изменению уровня рисков для традиционных страховых планов, росту их стоимости и, как следствие, увеличению числа незастрахованных<sup>20</sup>. Нет достаточных свидетельств также и тому, что МСС стимулируют работодателей, которые ранее не предоставляли страховки работникам, к приобретению страховых планов<sup>21</sup>.

Ряд экспертов высказывает еще более радикальную точку зрения, рассматривая концепцию МСС как откат назад – к плате за услугу и высоким соплатежам<sup>22</sup>. Последствия внедрения МСС в этом случае аналогичны возврату к системам медицинского обеспечения, существовавшим до появления массовых систем здравоохранения, а именно:

- плата за услугу стимулирует потребителя вместо обращения к врачу, оказывающему первичную медицинскую помощь, покупать нескоординированное множество услуг врачей-специалистов;

- соплатежи стимулируют потребителей отказываться от профилактических услуг, т.к. они не являются необходимыми в данный момент;

- соплатежи также стимулируют самодиагностику;

- с социальной точки зрения модель платы за услугу, основанная на полном соплатеже, исключает из системы здравоохранения бедные слои населения. Поскольку бедным слоям населения обычно требуется больше медицинских расходов, чем более обеспеченным, даже обязательные МСС приведут к ухудшению их положения по сравнению с государственной системой здравоохранения;

---

<sup>20</sup> Moon M., Nichols L.M. Wall S. Medical Savings Accounts: A Policy Analysis. Washington, DC: Urban Institute, 1996. URL: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=406498>

<sup>21</sup> Goldman D.P., Buchanan J.L., Keeler E.B. Simulation the impact of medical savings accounts on small business. Health Services Research, 35 (1Part 1): 53-75.

<sup>22</sup> Saltman, R.B. (1998) Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. European Journal of Public Health, 8: 276–8.

- МСА разрушают социальную солидарность в секторе здравоохранения, исключая горизонтальное перераспределение средств, и общие принципы страхования.

Для США МСА означают прямую противоположность управляемому здравоохранению: неконтролируемое и нерациональное потребление медицинских услуг на основе индивидуальных решений. В то время как управляемое здравоохранение позволяет повысить экономическую и социальную эффективность здравоохранения за счет системы контрактов, при использовании средств МСС эффективность зависит только от способностей пациента договариваться о необходимых условиях. Таким образом, многими врачами в США МСС рассматриваются как наиболее желанная альтернатива управляемому здравоохранению, позволяющая сохранить автономность частных практик.

### *1.1.3.MSA в медицинском страховании ЮАР*

В ЮАР медицинские сберегательные счета (MSA) появляются в 1994 году и быстро становятся популярными. Уже к 2001 году держателями MSA являлась половина обладателей частной медицинской страховки, т.е. 10% населения<sup>23</sup>.

Модель MSA в ЮАР построена по аналогии с моделью, используемой в США. Использование MSA является добровольным и, как правило, дополняет страховые планы с высокими вычетами. Ограничений на размер взносов не установлено, как правило, объем средств, перечисляемых на MSA, соответствует размеру вычетов страхового плана. Перечисление взносов может осуществлять как работник, так и работодатель.

Существенным отличием от модели, используемой в США, является отсутствие жесткого регулирования вычетов и объема покрытия. Тем не менее, рыночная конкуренция приводит к тому, что размер вычета и основные условия действия являются типичными для большинства страховок с MSA:

- страховой план без вычетов покрывает расходы на стационарную медицинскую помощь, оказываемую по жизненным показаниям, реже – на медикаменты при хронических заболеваниях (например, астме, сахарном диабете);

- расходы на большинство услуг, оказываемых по инициативе пациента, т.е. большинства амбулаторно-поликлинических услуг покрываются страховым планом со значительным годовым вычетом.

Расходы осуществляются при помощи страховой карты, действующей как кредитная карта, при этом допускается выход за пределы остатка средств на счете, с суммы превышения взимается процент. Допускается также оплата из средств MSA видов медицинских услуг, не включенных в страховку, но в этом случае израсходованные средства не засчитываются в размер вычета<sup>24</sup>.

Средствами MSA управляют страховые компании.

---

<sup>23</sup> International Comparisons: Impact of HSAs on Costs and Utilization in Three Countries. URL: [https://hctrends.com/library/lib\\_article\\_display\\_public.aspx?id=1070](https://hctrends.com/library/lib_article_display_public.aspx?id=1070)

<sup>24</sup>Medical Savings Accounts in South Africa. URL: <http://www.ncpa.org/pub/st234?pg=5>

#### *1.1.4. Пилотный проект реформы здравоохранения в Китае*

В 1980-е гг. основным элементом системы здравоохранения Китая служила система обеспечения медицинскими услугами рабочих промышленных предприятий, финансируемая за счет организаций. Отдельная система медицинского обеспечения также действовала для служащих государственного сектора, обе системы субсидировались государством. Главными проблемами прежней схемы обеспечения медицинскими услугами были:

- 1) отсутствие заинтересованности потребителей в сохранении здоровья и сокращении потребления медицинских услуг;
- 2) значительное различие в уровне финансовой нагрузки на предприятия вплоть до банкротства некоторых из них из-за неспособности оплатить медицинские расходы<sup>25</sup>.

Разработка новой модели медицинского обеспечения для промышленных рабочих началась в конце 1980-х годов. Первый проект реформы, предполагавший создание одновременно социально-страхового фонда и индивидуальных сберегательных счетов появляется в ноябре 1993 года.

В 1994 году стартовал так называемый Пилотный проект Двуречья, в рамках которого новая схема оплаты медицинских услуг отрабатывалась в городах Чжэньцзян и Цзюцзян, общим населением в 5 млн. человек<sup>26</sup>.

Наконец, в декабре 1998 года по результатам пилотного проекта Государственный совет издает «Решение о создании основ системы медицинского страхования для городских рабочих», в соответствии с которым схема распределяется на всех промышленных рабочих Китая. В соответствии с Решением медицинское обеспечение складывается из индивидуальных медицинских сберегательных счетов и социально-страховой части. Пополнение медицинских счетов осуществляется за счет средств работника (2% от заработной платы) и работодателя (30% от общего платежа работодателя, т.е. 1,8% от фонда оплаты труда), социально-страхового фонда - за счет средств работодателя (70% от общего платежа работодателя, т.е. 4,2% от фонда оплаты труда). Обе части финансового обеспечения учитываются изолированно. До определенного уровня медицинские расходы покрываются из средств медицинских

---

<sup>25</sup>Wang Z. 2005. The effectiveness, problems, and outlet for the personal account of basic medical insurance. *ChineseHealthEconomics* 24: 39–42.

<sup>26</sup>Schreyoegg, Jonas. 2004. Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 29(4): 689-704.

сберегательных счетов или личных средств потребителя, далее вступает в силу социально-страховая часть.

Основными целями реформы были:

- 1) сформировать ответственное потребительское поведение с упором на индивидуальный контроль потребления медицинских услуг и соответствующих расходов;
- 2) сформировать фонд для использования на случай катастрофических рисков или расходов на длительное получение медицинских услуг.

Авторы реформы стремились объединить лучшее от немецкой модели социального страхования и сингапурской модели сберегательных счетов с учетом китайской специфики. Результаты реформы, тем не менее, показали, что социально-страховая составляющая работает значительно более эффективней, а индивидуальные сберегательные счета столкнулись с рядом проблем, в т.ч.<sup>27</sup>:

- 1) Невыполнение сберегательной функции.

Предполагалось, что медицинские счета будут способствовать накоплению средств. Фактически, объем накоплений незначителен, и эта функция счетов практически не используется.

Поскольку до определенного уровня все расходы на лекарства и стационарную медицинскую помощь оплачиваются из средств медицинских сберегательных счетов, для многих пациентов с хроническими заболеваниями или в пожилом возрасте медицинские счета почти всегда остаются пустыми.

Кроме того, в настоящий момент проценты на средства сберегательных счетов начисляются банком по следующим правилам:

- для средств, накопленных в этом году, - по ставке текущего счета;
- для средств предыдущих периодов - по ставке для трехлетних депозитов.

Действующие процентные ставки не покрывают ни общеэкономическую инфляцию, ни рост стоимости медицинских услуг, что формирует мотивацию расходовать эти средства как можно быстрее, поскольку в дальнейшем у потребителя появляется возможность обратиться к страховой части.

- 2) Ограниченное влияние медицинских сберегательных счетов на сокращение медицинских расходов

---

<sup>27</sup> Kong X, Yang Y, Gong F, Zhao M. Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system. *Journal of Medicine and Philosophy*, 37: 556–567, 2012

Система медицинских сберегательных счетов была призвана сформировать мотивацию к ограничению медицинских расходов потребителей, являясь фактически разновидностью системы соплатежей. На практике, эта функция не была реализована в полной мере.

Во-первых, объединение индивидуальных счетов и социально-страховой составляющей привело к тому, что большинство потребителей стремятся как можно быстрее обратиться к страховым средствам. Существует две основных формы использования индивидуальных счетов при действующей модели: плоскостная, когда амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь оплачиваются отдельно из средств сберегательного счета и социально-страховой части соответственно, и канальная, когда страховая часть начинает действовать после превышения определенного минимального уровня расходов. В плоскостном варианте, поскольку амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь оплачиваются отдельно, потребители стремятся увеличить потребление услуг, оплачиваемых за счет страховой части, в частности, за счет неоправданной госпитализации и сверхпотребления услуг. При канальной модели потребители могут стремиться как можно быстрее исчерпать средства на счете, чтобы перейти к страховой части. Таким образом, вместо того, чтобы ограничивать рост расходов, сберегательные счета могут стимулировать их увеличение.

Во-вторых, в силу значительной информационной асимметрии рынка медицинских услуг основное влияние на рост расходов оказывает поведение поставщика, которое никак не регулируется сберегательными счетами.

3. Индивидуальные счета не ведут к росту социальной солидарности.

В отличие от социально-страховой модели индивидуальные сберегательные счета не предполагают горизонтального перераспределения средств и, как следствие, не способствуют формированию социальной солидарности.

4. Медицинские сберегательные счета не являются социально справедливыми.

Несправедливость медицинских сберегательных счетов проявляется через три аспекта:

Во-первых, порядок пополнения счетов не учитывает разницу в доходах между отдельными группами населения ни в части взноса работника, ни работодателя.

Во-вторых, высокооплачиваемым работникам легче перейти минимальный порог, после которого расходы покрываются из социально-страховой части, в то время как средств на счете низкооплачиваемых работников для этого недостаточно, и им

приходится оплачивать разницу из личных средств. Это приводит к парадоксальному результату, когда бедные слои населения субсидируют более обеспеченных потребителей.

В-третьих, индивидуальные медицинские сберегательные счета - единственная действующая на сегодня в Китае система медицинского обеспечения, лишенная государственного софинансирования.

#### 5. Нецелевое использование средств.

Несмотря на то, что целевое использование средств определено законодательно, существуют возможности для обхода этого требования, в частности, при приобретении товаров для здоровья и бакалейных товаров в аптеках. Это фактически превращает медицинские счета в обычные сберегательные счета. Причины такого поведения кроются в недоверии населения к медицинским счетам как способу покрытия будущих медицинских расходов.

К потенциальным направлениям реформы медицинских сберегательных счетов относят:

##### 1. Расширение действия медицинских сберегательных счетов

- превращение индивидуальных счетов в семейные (что соответствует конфуцианским ценностям);

- разрешение покупки за счет средств медицинских сберегательных счетов дополнительной или коммерческой медицинской страховки

##### 2. Изменение доли социально-страховой части

В настоящий момент медицинские сберегательные счета покрывают 47,5% медицинских расходов, на долю социально-страховой составляющей остается только 52,5%, что слишком мало для установления социальной солидарности.

- увеличить процент на социально-страховую часть, уплачиваемый работодателем, включить в них определенную часть, уплачиваемую работником и разрешить использовать страховую часть для покрытия стоимости услуг, оказанных членам семьи;

- увеличить процент, оплачиваемый работниками;

- ввести различные уровни отчислений для групп с разным доходом;

##### 3. Пересмотр функций медицинских сберегательных счетов

В настоящий момент главной функцией сберегательных счетов является покрытие текущих расходов, а не накопление, поскольку большая доля расходов, связанных с серьезными заболеваниями, покрывается из социально-страховой части. Для превращения их в полноценный механизм накопления необходимо пересмотреть допустимые направления использования средств.

4. Прекращение пополнения медицинских сберегательных счетов для уволенных сотрудников

Во-первых, сберегательные счета для уволенных сотрудников пополняются за счет доли от процента, перечисляемого работодателем на социально-страховую часть. Во-вторых, уволенные сотрудники, как правило, старше и обременены хроническими болезнями, что не позволяет счетам выполнять накопительную функцию - т.е. их расходы могут оплачиваться напрямую из социально-страховой части.

5. Включение в использование средств медицинских сберегательных счетов соплатежей.

Обязать владельцев медицинских сберегательных счетов при расходовании средств оплачивать некоторую часть наличными в целях усиления контроля за расходами.

### *1.1.5. Проект реформы здравоохранения Канады*

В ряде стран ведется обсуждение возможности использования медицинских сберегательных счетов (Австралия, Гонконг, Канада и Малайзия). Наиболее близко к реальному началу реформы подошла Канада, где на протяжении последних десятилетий возникла серьезная проблема с финансированием здравоохранения. По мнению ряда специалистов канадская система является более дорогостоящей и менее эффективной, чем большинство систем здравоохранения в странах с аналогичным уровнем доходов показывает худшие результаты, чем системы здравоохранения в странах с аналогичным уровнем доходов<sup>28</sup>. На практике это проявляется в дефиците медицинских ресурсов и низкой эффективности медицинских организаций, что приводит к длительным срокам ожидания медицинской помощи. В целях снижения дефицита государственные органы сокращают объем государственных гарантий, в частности, исключая отдельные медицинские услуги из перечня, покрываемого государственной страховкой, и вводя запрет на внесение в страховые планы новых лекарств и технологий<sup>29</sup>.

Идея реформы впервые была выдвинута Институтом Фрэзера в 1996 году. Специфика Канады как государства с классической бюджетной моделью финансирования здравоохранения нашла отражение в том, что MSA было предложено финансировать из общих налоговых поступлений. Большинство медицинских организаций должно быть приватизировано или отдано в управление частным компаниям, оплата предоставленных медицинских услуг передана напрямую пациентам. По мнению авторов такая система позволила бы повлиять на ключевые аспекты системы здравоохранения<sup>30</sup>:

- Предоставить необходимую информацию для выбора рациональной модели поведения как поставщикам медицинских услуг, так и потребителям;
- Привлечь дополнительные средства в систему здравоохранения;
- Повысить гибкость и мобильность системы финансирования.

---

<sup>28</sup> Skinner, B. J. M. Rovere and M. Warrington (2008) *The Hidden Costs of Single-payer Health Insurance: A Comparison of the United States and Canada*, Vancouver: Frazer Institute.

<sup>29</sup> Алексеев В.А, Борисов К.Н. Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады: общественное недовольство системой и панегирик по официальной статистике // *Международное здравоохранение*. - №3 (2). - 2012. URL: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1870:2012-05-05-11-11-54&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1870:2012-05-05-11-11-54&catid=25:the-project)

<sup>30</sup> Рамсей. С. Система медицинского страхования в Канаде и проекты ее реформирования // *Проблемы теории и практики управления*. - 2000. - №2.

Дополнительным доводом в пользу реформы здравоохранения, основанной на внедрении медицинских сберегательных счетов служит тот факт, что население Канады ранее не сталкивалось с воздействием рыночных регуляторов в сфере здравоохранения. В этих условиях реализация реформы даст более ощутимый эффект, чем аналогичные изменения в странах, где рыночные регуляторы действовали ранее.

Серьезные опасения вызывает влияние реформы на равенство доступа к медицинской помощи. Проведенное на базе одной из провинций Канады исследование показало, что переход к MSA сократит доступность медицинских услуг для малообеспеченных слоев населения по сравнению с государственным медицинским обеспечением. После проведения дополнительных теоретических исследований Комитет Сената по социальным вопросам, науке и технологиям не рекомендовал включение MSA в государственную систему здравоохранения<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup>The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002. URL: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoc02vol6-e.htm>

## 1.2. ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В МИРОВОЙ ПРАКТИКЕ

### *1.2.1. Преимущества и недостатки национальных моделей*

В современном мире сложилось три основных модели здравоохранения<sup>32</sup>:

1. государственная (бюджетная) модель здравоохранения, финансирование которой осуществляется из бюджетных средств, собираемых путем налогообложения. Классическими образцами данной модели принято считать систему Семашко и реализованную в Великобритании после Второй мировой войны систему Бевериджа. Сегодня государственная система здравоохранения действует в 9 европейских странах: Великобритании, Греции, Дании, Ирландии, Испании, Италии, Португалии, Финляндии, Швеции.

2. общественная (социально-страховая) модель здравоохранения, финансируемая из средств обязательного медицинского страхования. В настоящее время социально-страховые системы здравоохранения действуют в 25 странах, в том числе в Австрии, Бельгии, Канаде, Нидерландах, Франции, ФРГ;

3. частная модель здравоохранения, финансируемая из личных средств пациента или из средств частного (добровольного) страхования. Среди развитых стран ближе всего к этому типу находится США.

Большинство национальных систем здравоохранения на сегодня относятся к комбинированным типам, объединяя элементы нескольких основных моделей. В частности российская модель здравоохранения может быть определена как комбинированная, с преобладанием страхового и бюджетного финансирования. В последние годы активно велась работа по переходу на одноканальное финансирование с целью поэтапного включения в ОМС основной части расходов на здравоохранение, ранее финансируемых непосредственно из средств бюджетной системы.

Наряду с преобладающим источником финансирования важной характеристикой национальной системы здравоохранения является используемый способ оплаты медицинских услуг. В зависимости от типа связи между результатами деятельности медицинской организации и объемом финансирования (оплата по смете или оплата за

---

<sup>32</sup>Алексеев В А Борисов К Н Обзор систем здравоохранения в странах мира // Международное здравоохранение. - №2 (1). - 2011. URL: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1267:2011-07-15-11-00-30&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1267:2011-07-15-11-00-30&catid=25:the-project)

определенные результаты), способа оплаты (ретроспективный или перспективный) уровня агрегирования единицы объема деятельности медицинской организации, подлежащей оплате (услуги или укрупненные единицы объема - законченный случай/подушевое финансирование) формируются различные модели поведения участников рынка.

Как следует из типологии моделей здравоохранения, в большинстве национальных систем оплата медицинских услуг производится третьей стороной – государством или страховой компанией. Пациент, таким образом, не получает информации о реальной стоимости медицинских услуг и воспринимает их как «бесплатные». Отсутствие стимулов к экономному потреблению медицинских услуг ведет к непрерывному росту расходов на здравоохранение – проблеме, с которой в последние десятилетия столкнулись большинство развитых стран. Одним из способов преодоления этой проблемы является введение соплатежей со стороны населения. Соплатежи могут принимать различные формы: от необходимости превысить определенный порог расходов прежде чем у пациента появится возможность обратиться к средствам медицинской страховки до фиксированного тарифа на обращение за услугой. Предполагается, что участие пациентов в оплате медицинской помощи сокращает чрезмерное использование медицинских услуг, не обусловленное жизненными показаниями. Одновременно очевидно, что схемы софинансирования могут негативно повлиять на доступность медицинской помощи для категорий населения с низким уровнем доходов и/или потребностью в дорогостоящих медицинских услугах.

Использование МСС, в отличие от соплатежей, осуществляемых непосредственно из личных средств пациента, позволяет объединить как преимущества соплатежей – участие пациента в оплате медицинской помощи, так и преимущества медицинского страхования – целевой характер средств, возможность накопления на случай болезни. Благодаря этому двойственному характеру, МСС рассматриваются как важный инструмент борьбы с внутренней неэффективностью во всех основных типах систем здравоохранения.

Для национальных систем здравоохранения с преимущественно частным финансированием к основным проблемам неэффективности, решить которые призваны МСС, относят<sup>33</sup>:

- сложность контроля расходов;

---

<sup>33</sup>Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. Европейская обсерватория по системам здравоохранения: пер. с англ. — М.: Весь Мир, 2002. С.128 - 130

Проблема постоянного роста расходов на медицинские услуги в настоящее время актуальна для всех развитых стран. В то же время, странам с бюджетной или социально-страховой системой, построенной на обязательном медицинском страховании, значительно легче контролировать единственный источник расходов, чем странам с частным медицинским обеспечением - множественные. В этих условиях МСС выступает ограничителем расходов со стороны пациента.

- эффективность распределения средств;

Основной составляющей мотивации частного сектора в здравоохранении является финансовый результат, т.е. ориентация преимущественно на экономическую эффективность. При этом, экономически эффективная деятельность поставщика медицинских услуг может не быть эффективной с клинической точки зрения, поскольку возможности пациента контролировать качество оказываемых услуг ограничены в силу информационной асимметрии рынка. МСС способны отчасти повлиять на эту проблему, обеспечивая большую заинтересованность пациента в высоком качестве полученных услуг и их оправданности.

- административная эффективность.

При наличии реальной конкуренции между страховщиками/поставщиками медицинских услуг административные издержки повышаются в сравнении с системами, где действует единственный покупатель медицинской помощи, за счет расходов, связанных с продвижением на рынке. МСС не предполагают участия третьей стороны, поэтому являются наиболее «дешевым» методом оплаты медицинской помощи с точки зрения административных издержек.

Отдельно могут быть выделены проблемы рынка медицинского страхования (при наличии нескольких поставщиков), связанные с информационной асимметрией, т.е. неравномерным распределением информации между страховщиками/поставщиками медицинских услуг и населением. К ним относят<sup>34</sup>:

- моральный риск (повышение вероятности события, для защиты от негативных последствий которого производится страхование). Моральный риск потребителя проявляется в избыточном потреблении медицинских услуг, поставщика медицинских услуг/страховой компании - в навязывании избыточных услуг;

- негативный отбор. Это явление связано с невозможностью рассчитать страховую премию в точном соответствии с рисками пациента. Как следствие, медицинское

---

<sup>34</sup> OECD. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1992.

страхование становится привлекательным для людей с рисками здоровья, превышающими страховую премию, и непривлекательным для тех, здоровье которых не требует значительных затрат. Результатом негативного отбора становится непрерывный рост страховых премий, призванный покрыть растущие затраты на медицинское обеспечение высокорисковых пациентов, сокращение охвата населения медицинским страхованием, банкротство страховщиков и последующее снижение конкуренции;

- отбор рисков («снятие сливок»). Фактически представляет собой процесс обратный негативному отбору. В этом случае страховщики, назначающие страховые премии без расчета рисков пациента, стремятся поощрять приобретение страховки лицами, не имеющими значительных проблем со здоровьем, и противодействовать ее приобретению теми, кто нуждается в дорогостоящем лечении.

МСС отчасти ослабляет информационную асимметрию, предоставляя потребителю полную информацию о стоимости услуг и превращая его в активного участника рынка. Важно отметить, что МСС действует только на стороне спроса. Принципиальным ограничением МСС является их неспособность сдерживать рост расходов, индуцируемый поставщиками медицинских услуг.

Для государственной и социально-страховой моделей здравоохранения МСС представляют интерес, в первую очередь, как финансовый инструмент, позволяющий привлечь дополнительные средства в сферу здравоохранения и сократить избыточное потребление медицинских услуг. В меньшей степени актуальна проблема снижения административных издержек, поскольку в этих типах систем они изначально ниже, чем в частных.

Оценка использования МСС обычно проводится по степени выполнения трех целей: управление моральным риском, ограничение роста расходов, покрытие расходов, ранее требовавших наличного финансирования.

По данным ВОЗ<sup>35</sup> использование МСС Сингапуром и ЮАР не привело к сокращению издержек, несмотря на эффективность в сокращении потребления. В Сингапуре средства МСС составляют лишь 8% общих расходов на здравоохранение, что явно недостаточно для полноценного влияния на ситуацию. Причиной такого положения дел стали жесткие ограничения на использование средств МСС. Схожая ситуация по оценке ВОЗ сложилась в ЮАР, где влияние МСС на сокращение потребления

---

<sup>35</sup> Hsu, Justine. MedicalSavingsAccounts: WhatIsatRisk? WorldHealthReportBackgroundPaper 17. WorldHealthOrganization, 2010 URL: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/MSAsNo17FINAL.pdf>

амбулаторных медицинских услуг и медикаментов оказалось слишком слабым по сравнению с ростом стоимости страховок.

Модели США и КНР в части сокращения расходов показали неоднозначные результаты. В Китае пилотный проект показал сокращение расходов на здравоохранение, главным образом, за счет переноса акцента со стационарного на амбулаторное лечение. В то же время, есть данные о том, что внедрение MSA привело к неоправданному увеличению потребления услуг первичной медицинской помощи и рост административных затрат.

В США оценки влияния MSA на потребление медицинских услуг разнятся от 20% сокращения затрат до практически полного отсутствия изменений.

Сравнение основных моделей MSA приведено в Табл. 2.

Таблица 2.

### Основные модели медицинских сберегательных счетов

	<b>Сингапур</b>	<b>США</b>	<b>ЮАР</b>	<b>Китай</b>
<b>Цель</b>	Снизить моральный риск, привлечь дополнительные ресурсы, повысить индивидуальную ответственность	Ограничить расходы, снизить моральный риск, расширить частное страхование	Ограничить расходы, снизить моральный риск, расширить частное страхование	Ограничить расходы
<b>Целевая аудитория</b>	Все население Сингапура	Обладатели частной страховки с высокими вычетами	Обладатели частной страховки	Все промышленные рабочие и государственные служащие, проживающие в городах
<b>Участие</b>	Обязательное	Добровольное	Добровольное	Обязательное
<b>Управление счетами</b>	Государство (Центральный сберегательный фонд)	Частные страховые компании, банки, доверительные управляющие организации	Частные страховые компании	Государство
<b>Взносы</b>	Фиксированная доля дохода с ограничением минимального и максимального годового взноса	Определяется держателем в пределах установленного максимума	Определяется держателем	Фиксированная доля дохода
<b>Пополнение</b>	Работник и	Любое	Работник	Работник и

<b>е счета</b>	работодатель	заинтересованное лицо		работодатель
<b>Налоговые льготы</b>	Распространяются на взносы и прибыль по счету	Распространяются на взносы и прибыль по счету	Н/д	Распространяются на взносы
<b>Расходование средств</b>	Распространяется на держателя и членов семьи с ограничениями на основные стационарные услуги	Распространяется на держателя и членов семьи с ограничением по перечню услуг	Распространяется на амбулаторные услуги в пределах вычета	Н/д
<b>Расходование средств на иные цели</b>	Запрещено	Допускается, но подлежит налогообложению и штрафу	Н/д	Н/д
<b>Сочетание с СНР</b>	Добровольные, государственные или частные планы	Обязательные, частные планы	MSA используется в сочетании с частными планами	Обязательный государственный план (SIA)
<b>Уровни оплаты</b>	1. Оплата из наличных средств; 2. Medisave; 3. Medishield или Medishield Plus; 4. Medifund	1. МСС; 2. Оплата из наличных средств (вычеты); 3. Обязательная частная страховка	1. МСС; 2. Оплата из наличных средств (вычеты); 3. Частная страховка	1. МСС; 2. Оплата из наличных средств (до установленного предела); 3. Обязательная государственная страховка

Источник: Hanvoravongchai P. (2002) Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. Discussion Paper No. 52, World Health Organization, Geneva, 2002.

Краткие итоги обсуждения МСС в зарубежной научной литературе представлены в Табл. 3.

Таблица 3

### Преимущества и недостатки медицинских сберегательных счетов

Преимущества	Недостатки
Снижают вероятность морального риска со стороны потребителей и создают мотивацию к рациональному потреблению	В сочетании со страховыми планами с высокими вычетами могут привести к ограничениям в доступности медицинской помощи (особенно для малообеспеченных слоев населения)
Накопительная функция МСС позволяет сберегать средства на случай утраты трудоспособности. Это особенно важно для быстро стареющих обществ.	Пациенты могут расходовать средства МСС на ненужные им услуги под действием поставщиков.

Внедрение МСС снижает масштабы использования бюджетного/социально-страхового финансирования, что позволяет переключать их на помощь малообеспеченным категориям населения.	МСС непредусматривают горизонтального перераспределения рисков. Люди с низкими доходами и/или высокими тратами на медицинское обеспечение могут не накопить достаточного объема средств к пенсионному возрасту.
Возможность пациента свободно распоряжаться своими средствами стимулирует поставщиков медицинских услуг к возможно более полному удовлетворению их потребностей, и усилению ценовой конкуренции.	МСС могут привлечь только наиболее здоровую часть населения, оставив на долю традиционных планов население с большими потребностями в медицинских расходах.
МСС обеспечивают перераспределение рисков во времени, снижая чувствительность системы здравоохранения к макроэкономической обстановке.	В том случае, если МСС отвлекут наиболее здоровую часть населения от традиционных страховых планов, это спровоцирует рост цен на медицинскую страховку в силу уменьшившегося социального пула и роста рисков.

Источник: Hanvoravongchai P. (2002) Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. Discussion Paper No. 52, World Health Organization, Geneva, 2002.

### 1.2.2. Основные факторы, влияющие на выбор модели

Как следует из рассмотренного выше международного опыта использования медицинских сберегательных счетов, выбор конкретной национальной модели определяется с одной стороны, задачами развития системы здравоохранения, решить которые призваны МСС, с другой – сложившимися особенностями рынка медицинских услуг: действующей системы обеспечения населения медицинской помощью, особенностями поведения потребителей и поставщиков.

К основным целям перехода на финансирование медицинской помощи через медицинские сберегательные счета относятся:

- привлечение дополнительных ресурсов в систему медицинского обеспечения (за счет вовлечения в нее ранее не застрахованных лиц, установления обязательного объема целевых сбережений);
- ограничение расходов (повышение ответственности потребителей, снижение морального риска);
- сокращение административных издержек, связанных с оплатой медицинской помощи третьей стороной;

- усиление рыночных механизмов (конкуренция за потребителя вследствие обеспечения свободного выбора потребителем поставщика медицинских услуг).

Цели реформы во многом диктуются особенностями рынка медицинских услуг, что наглядно прослеживается в Таблице 2. Сравнение национальных моделей. В частности, очевидно, что расширение охвата населения медицинской страховкой является актуальной целью либо для стран с преобладанием частной модели здравоохранения (США), либо для развивающихся стран (Китай). Аналогично, усиление рыночных механизмов может рассматриваться как самостоятельное направление реформы лишь в том случае, если ранее конкуренция на рынке медицинских услуг была существенно ограничена в рамках государственной или социально-страховой системы (Сингапур). Ограничение расходов выступает важной целью для всех трех моделей, но пути ее воплощения могут быть различными: усиление мотивации потребителей к осознанному выбору необходимых медицинских услуг (для государственной и социально-страховой моделей), расширение охвата населения медицинским обеспечением и, как следствие, смещения акцента в потреблении на услуги первичной медицинской помощи, в том числе профилактические (для частной модели), сокращение административных расходов (для всех моделей).

Особенности рынка медицинских услуг, поведения поставщиков и потребителей, в свою очередь, оказывают влияние на выбор конкретной формы медицинских сберегательных счетов и успех их внедрения. Использование медицинских сберегательных счетов в качестве механизма, дополняющего страховые планы с высокими вычетами, в США стало естественным развитием действовавшего рынка медицинских страховых услуг, позволившим привлечь на этот рынок благодаря низким страховым премиям ранее незастрахованных граждан. Напротив, попытка ввести сберегательные счета как обязательную форму медицинского страхования столкнулась с активным сопротивлением населения и администрации. Введение медицинских сберегательных счетов в Сингапуре во многом опиралось на особенности национального характера: ориентация на индивидуальную ответственность, традиционно высокую склонность к сбережению. Эксперимент по использованию аналогичных сберегательных счетов в Китае столкнулся с множеством трудностей, вызванных явным предпочтением населением социально-страховой составляющей.

Проблемы экспериментов по внедрению МСС в США и Китае породили мнение о невозможности заимствования концепции МСС. Успех ее в Сингапуре вызван уникальным стечением факторов, к которым относят высокий уровень образования и

дохода, традиционно высокую склонность к сбережению, относительно молодое население, низкий уровень безработицы<sup>36</sup>. Кроме того, для населения Сингапура привычна модель индивидуальной ответственности, совмещенной с объединением средств в государственных фондах. В Китае, где доля пожилого населения больше, а идеи индивидуальной ответственности за собственное здоровье не получили широкого распространения, система не смогла собрать достаточное количество денег для полноценной работы. В частности, в Шанхае страховой фонд оказался недостаточным для полноценного покрытия расходов на госпитализацию, и больницы стали стремиться избежать обращений застрахованных пациентов, а также увеличить долю процедур, оплачиваемых из личных средств пациента<sup>37</sup>.

---

<sup>36</sup>Weizhen Dong. Can Health Care Financing Policy Be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and Its Shanghai Replica// Journal of Public Health, Oxford Journals, UK, Volume 28, Number 3, 2006. Pp. 209-214.

<sup>37</sup> Dong W. Reform of health care financing system in Shanghai. ChinaHealthEcon 2004;8:27–30.

## РАЗДЕЛ 2. ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВЫБОР МОДЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ ДЛЯ РОССИЙСКОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

*2.1. Особенности российского рынка медицинских услуг, оказывающие влияние на выбор модели оплаты медицинской помощи:*

*2.1.1. Особенности рынка медицинских услуг;*

Устройство государственной системы здравоохранения в РФ может быть охарактеризовано следующим образом<sup>38</sup>:

- по способу финансирования - смешанная бюджетно-страховая модель
- по системе организации медицинской помощи - сохраняются отдельные черты модели Семашко
- по уровням управления подразделяется на федеральный, региональный и муниципальный
- по формам собственности поставщиков медицинских услуг выделяются государственная (федеральная и региональная), муниципальная и частная. Ведомственные медицинские службы либо остались в федеральной собственности (например, медицинская служба Министерства обороны), либо были преобразованы в частную собственность вследствие изменения юридической формы собственников, которым ранее принадлежали (например, медицинская служба ОАО «РЖД»).

Смешанный характер финансирования государственного здравоохранения стал следствием затянувшегося перехода от бюджетной системы государственного медицинского обеспечения, действовавшей в Советском Союзе и финансируемой из средств налогообложения, к социально-страховой модели, основанной на обязательном медицинском страховании. Бюджетная ветвь финансирования длительное время сохранялась в силу недостаточности средств ОМС для покрытия всех расходов медицинских организаций и отсутствия у руководства учреждений здравоохранения готовности к переходу на полную организационно-финансовую самостоятельность. Сочетание длительной традиции прямого административного управления и «неполного» ОМС привело к ряду искажений поведения поставщиков медицинских услуг (см. Раздел 2.1.2. «Особенности поведения поставщиков»).

Наличие бюджетного финансирования, покрывавшего большую часть наиболее затратных статей расходов бюджетных медицинских учреждений, привело также к

---

<sup>38</sup> Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование "Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года". Краткая версия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 96 с.

искажению рынка медицинских услуг. Частные медицинские организации, предоставлявшие платные услуги оказались вынужденными конкурировать с заведомо более низкими ценами тех бюджетных учреждений, где в дополнение к государственному заданию осуществлялись платные услуги<sup>39</sup>. В результате, развитие частной медицины замедлилось. Включение частных медицинских организаций в оказание услуг по программе государственных гарантий по той же причине по-прежнему остается под вопросом: даже после формального перехода с 2013 года на полный тариф наиболее дорогостоящие статьи расходов (строительство, капитальный ремонт и приобретение дорогостоящего оборудования) в тариф не вошли<sup>40</sup>.

Недофинансирование отрасли в девяностые годы наряду со снижением доходов занятых в ней, кадровым дефицитом, недостаточным обеспечением учреждений здравоохранения медицинским оборудованием и медикаментами привело к росту частных расходов на здравоохранение (см. Рис.1). Непрерывное снижение государственного финансирования продолжалось в 1994-2005 годах и лишь в последующие годы перешло к росту (в связи с реализацией приоритетного национального проекта "Здоровье", позднее региональных программ модернизации здравоохранения)<sup>41</sup>.

Увеличение доли платных медицинских услуг вызывает обоснованные опасения роста неравенства в доступе к медицинской помощи. По данным Российского

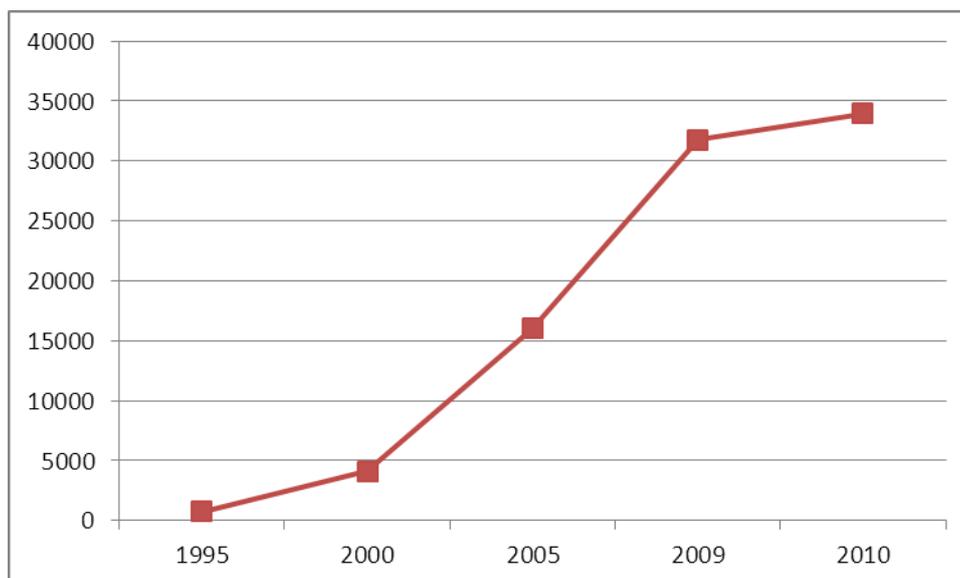
---

<sup>39</sup> Кадыров Ф.Н. Проблемы развития рынка частных медицинских услуг//Менеджер здравоохранения. – 2006. – №10. – С. 61–65.

<sup>40</sup> В соответствии с п.7 ст.35 федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» структура тарифа на оплату медицинской помощи включает в себя расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организованного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством Российской Федерации, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до ста тысяч рублей за единицу.

<sup>41</sup> Уровень и образ жизни населения России в 1989-2009 годах. Докл. к XII междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 5-7 апр. 2011 г. / Г.В. Андрущак, А.Я. Бурдяк, В.Е. Гимпельсон и др.; рук.авт. колл. Е.Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.

мониторинга экономического положения и здоровья населения отмечалось возникновение тенденции воспроизводства неравенства по доходу в неравенстве доступа к амбулаторно-поликлинической медицинской помощи<sup>42</sup>.



**Рисунок 1. Изменение объема платных услуг на душу населения в 1995-2010 гг., руб.**

По состоянию на конец 2011 года доля выбравших частные организации составила 6,2% среди обратившихся за амбулаторно-поликлинической помощью и 0,6% среди обратившихся за стационарной помощью (данные РМЭЗ). Подавляющее большинство частных медицинских организаций являются многопрофильными, услуги только по одному профилю оказывает лишь 27% организаций, участвовавших в опросе. Среди однопрофильных частных медицинских организаций преобладают стоматологические (более 60%) и офтальмологические поликлиники (более 10%). Основными профилями амбулаторно-поликлинической помощи, оказываемой частными медицинскими организациями, являются стоматологический (42,5%), гинекологический (41,3%), терапевтический (40,2%), неврологический (33%). Значительная доля частных медицинских организаций оказывает диагностические услуги<sup>43</sup>.

<sup>42</sup> Черкашина Т.Ю. Оценка неравенства населения по потреблению медицинских услуг [Электронный ресурс] // XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. 2-5 апр. 2013 г., Москва / НИУ - Высш. шк. экон. - М., 2013. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/bc9b7c48fb13e5dc8da530e62dfb98d8d25f49c7.doc>

<sup>43</sup> Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения // В кн.: XIII Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. В 4 кн. Кн. 3. / Отв. ред.: Е. Г. Ясин. . Кн. 3. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. С. 238-247.

В системе организации медицинской помощи по-прежнему преобладает сеть медицинских учреждений, сформированная в советское время в рамках государственного медицинского обеспечения. Конкуренция между государственными учреждениями здравоохранения зачастую отсутствует, поскольку ближайшее учреждение того же уровня и профиля для населения малых городов и сельской местности находится в другом городе/районе. Для жителей средних и больших городов выбор медицинской организации и врач в рамках программы государственных гарантий более доступен, но на практике зачастую ограничивается перегруженностью государственных учреждений. Частные медицинские организации могут повлиять на ситуацию только там, где уже появилась категория населения, готовая платить за медицинские услуги в полном объеме, т.е., как правило, в средних и больших городах<sup>44</sup>.

В последние годы концентрация рынка медицинских услуг дополнительно усилилась вследствие проводимой оптимизация сети учреждений здравоохранения, результатом которой стало сокращение их числа. Реорганизация сети медицинских учреждений осуществлялась преимущественно в двух направлениях:

- закрытие маломощных амбулаторно-поликлинических учреждений с передачей их функций более крупным;
- включение отдельных учреждений в состав других в качестве структурных подразделений.

Одновременно с этим увеличивалось число частных медицинских учреждений (см. Табл.4)..

*Таблица 4*

**Количество амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений (в том числе частной формы собственности)**

	<b>1995</b>	<b>2000</b>	<b>2005</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
<b>Всего</b>					
Число амбулаторно-поликлинических учреждений	21071	21254	21783	15322	15732
Из них частной формы собственности	н/д	н/д	н/д	2481	2753
Число	12064	10704	9479	6454	6308

<sup>44</sup>Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М., Институт Экономики РАН, 2008

больничных учреждений					
Из них частной формы собственности	н/д	н/д	н/д	107	115
<b>В городских поселениях</b>					
Число амбулаторно-поликлинических учреждений	11854	12865	14288	12398	12753
Число больничных учреждений	6627	6326	5820	5079	4959
Из них частной формы собственности	н/д	н/д	н/д	105	110
<b>В сельской местности</b>					
Число амбулаторно-поликлинических учреждений	9217	8389	7495	2924	2979
Число больничных учреждений	5437	4378	3659	1375	1349
Из них частной формы собственности	н/д	н/д	н/д	2	5

Источник: Здравоохранение в России. 2011: Стат.сб./Росстат. М., 2011.

Сокращение числа государственных учреждений здравоохранения на сегодня является наиболее значимым фактором сокращения доступности медицинской помощи для населения сельской местности<sup>45</sup>.

<sup>45</sup> Черкашина Т.Ю. Оценка неравенства населения по потреблению медицинских услуг [Электронный ресурс] // XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. 2-5 апр. 2013 г., Москва / НИУ - Высш. шк. экон. - М., 2013. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/bc9b7c48fb13e5dc8da530e62dfb98d8d25f49c7.doc>

### *2.1.2. Особенности поведения поставщиков;*

Анализируя особенности поведения поставщиков на рынке медицинских услуг, необходимо разделять несколько категорий участников, выступающих на стороне предложения:

- страховые медицинские организации;
- медицинские организации (государственной и частной форм собственности);
- медицинские специалисты, непосредственно оказывающие услуги населению.

Основной особенностью страховых медицинских организаций, действующих в российской сфере ОМС, выступает неконкурентный характер их деятельности. По действующему законодательству страховые медицинские организации обязаны заключать договоры на оказание и оплату медицинской помощи со всеми медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования (ст. 39 п.5 федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»). Обязательное медицинское страхование предоставляет всем застрахованным гражданам единый набор услуг. Ценовая конкуренция в условиях бесплатного для населения страхования так же невозможна. Результатом перечисленных ограничений стала утрата страховыми медицинскими организациями до определенной степени роли квалифицированного покупателя медицинской помощи. Основной функцией страховых медицинских организаций в ОМС стала оплата счетов медицинских организаций, т.е. сугубо техническое обслуживание процесса приобретения медицинской помощи.

При внедрении МСС одним из возможных направлений участия страховых медицинских организаций станет администрирование счетов застрахованных лиц. По всей видимости это приведет к увеличению нагрузки на страховые медицинские организации, усилит заинтересованность пациентов в качественном обслуживании и, как следствие, усилит конкуренцию по качеству предоставляемых услуг. Сокращение объема медицинских услуг, оплачиваемых по ОМС, позволит усилить контроль за расходованием страховых средств.

Таким образом, для страховых медицинских организаций МСС не несет значительных изменений в направлениях и объемах деятельности. Принципиально другая ситуация складывается с государственными медицинскими организациями.

Длительная традиция государственного, жестко регламентированного управления сферой здравоохранения наложила свой отпечаток на поведение основной части

поставщиков медицинских услуг - государственных учреждений здравоохранения. Большая часть медицинского сообщества сохраняет конформность, зависимое поведение и консервативность. Еще больше усугубил положение дел кризис начала девяностых годов, когда медицинские услуги, оказываемые в рамках обязательного медицинского страхования, стали оплачиваться по заведомо заниженной цене. Для сохранения адекватного уровня финансирования больницы вынуждены были завышать объемы оказанных услуг - с согласия СМО и ТФОМС при условии сохранения послушности. Дальнейшее расширение полномочий СМО и ТФОМС по контролю качества медицинской помощи только усилило эту зависимость<sup>46</sup>. Аналогично, существовала зависимость медицинских организаций от органов управления в сфере охраны здоровья граждан, поскольку более половины получаемых средств выплачивалось из бюджетной системы.

В последние годы ситуация существенно изменилась. Увеличилось как официальное финансирование учреждений здравоохранения (причем, одновременно с объединением значительной части доходов в средствах ОМС в противовес действовавшей ранее бюджетно-страховой системы). Вместе с тем, выработанные модели поведения сохранились и теперь искусственно замедляют процесс формирования современной модели здравоохранения с привлечением средств пациентов.

Получение же дополнительного финансирования за счет соплатежей значительно более простая задача для руководства и коллективов медицинских организаций, чем организация предоставления полностью платных услуг, поскольку не требует организационных изменений. Введение соплатежей позволило бы также сократить или окончательно преодолеть проблему недофинансирования за счет покрытия «недофинансированной» части тарифа из средств пациентов. Важно, что этот способ получения дополнительных средств в отличие от простого увеличения тарифа содержит внутренний стимул к улучшению качества услуг - конкуренцию за пациента.

Наконец, среди рядовых медицинских специалистов следует ожидать появления как сторонников, так и противников МСС. Во многом это связано с существованием двух основных подходов к медицинской деятельности и образу врача, которые могут быть охарактеризованы как «западный» и «советский».

В рамках проведенного в 2010-2011 годов исследования «Система поддержания здоровья в современной России» был проведен ряд глубинных интервью с медицинскими

---

<sup>46</sup>Акопян А.С. Институциональные ловушки государственной организации платных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. №10-11, 2008. С.12-21.

экспертами и представителями медицинского сообщества. По результатам исследования было выявлено два основных образа врача: врач как представитель свободной профессии (что является традиционным западным восприятием) и как лицо, находящееся на государственной службе. Каждому из них соответствует определенный набор ценностей. В частности, представление о врачах как о свободных профессионалах связано с высокой значимостью принадлежности к профессиональному сообществу, независимости в определении диагноза и выборе лечения, абсолютном приоритете клинической результативности в оценке деятельности врача, свободе от административных и иных сопутствующих обязанностей, не имеющих отношения к лечению. Восприятие своей деятельности как службы, в свою очередь, тесно связано с героизацией медицинской работы и одновременно ожиданиями уровня оплаты труда и социальных льгот, соответствующих значимости деятельности. Государство же рассматривает медицинских специалистов как наемных работников, обслуживающих выполнение государственных социальных обязательств и использует соответствующие методы воздействия: установление стандартов оказания услуг, установление прямой связи между заработной платой и результатами деятельности и др.<sup>47</sup>. Очевидно, что введение МСС, исключающее участие третьей стороны и сокращающее административные затраты, будет более оптимистично воспринято врачами «западного» типа. Напротив, врачи, рассматривающие обязательное медицинское страхование как государственные гарантии, а себя – как служащих, выполняющих государственные задачи, - могут отнестись к МСС негативно, поскольку они в значительной степени перекадывают ответственность за собственное здоровье с государства на пациента.

---

<sup>47</sup> Крашенинникова Ю.А. Самоопределение и статус врачей в современной России. Доклад, представленный в рамках сессии «Социология медицины» XIV Апрельской международной научной конференции «Модернизация экономики и общества», проходившей с 2-5 апреля 2013 года в Москве. URL: <http://opec.ru/data/2013/04/03/1233206984/3-крашенинникова.pdf>

### 2.1.3. Особенности поведения потребителей;

Эффективность внедрения МСС определяется двумя ключевыми параметрами потребительского поведения:

- уровнем сбережений (определяет достаточность средств МСС для оплаты медицинской помощи, зависит от склонности к сбережению и уровня дохода);
- способностью самостоятельно контролировать состояние своего здоровья и ход лечения, в т.ч. осуществлять выбор врача, медицинской организации (определяет эффективность расходования средств МСС).

Кроме того, важнейшим аспектом потребительского поведения является отношение общества к идее полностью или частично платной медицинской помощи. Для России этот вопрос особенно актуален, поскольку медицинская помощь традиционно воспринимается как бесплатные гарантии государства.

Примером текущего отношения населения к платной медицинской помощи могут служить данные опроса по вопросам здорового образа жизни и охраны здоровья, проведенного в 2010 году по заказу Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» Левада-центром<sup>48</sup>. Анкетирование содержало вопрос о предпочтительной форме участия в оплате медицинской помощи. Распределение ответов (см. Табл. 5) показывает, что только 9,7% населения поддерживают введение соплатежей.:

Таблица 5.

#### **Предпочтительный вариант участия населения в оплате медицинской помощи - мнение участников опроса.**

<b>Варианты ответа, предложенные в опросе</b>	<b>Доля ответов</b>
Оставить все как есть, и пусть пациенты доплачивают неформально медицинским работникам	21,4%
Государство будет предоставлять бесплатно все виды медицинских услуг только бедным	23,8%
Государство будет предоставлять бесплатно всем гражданам лишь отдельные виды медицинских услуг	45,1%
Все должны доплачивать небольшие суммы за любую медицинскую услугу через кассу	9,7%

<sup>48</sup> Селезнева Е.В. Готовность населения к участию в оплате медицинской помощи. Доклад, представленный в рамках сессии «Развитие здравоохранения - 1» XIV Апрельской международной научной конференции «Модернизация экономики и общества», 2-5 апреля 2013 года в Москве. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/0dba0f2baf4596fc76bd2ba7fdae4ec435022c51.pdf>

Чаще других введение соплатежей поддерживали жители больших городов (с населением более 300 тыс.)<sup>49</sup>. Предложение о введении соплатежей также чаще поддерживали респонденты в молодом возрасте, не имеющие проблем со здоровьем, т.е. категория населения, риск которых в случае введения соплатежей не значителен.

Значительно повысилась доля респондентов, поддерживающих введение соплатежей, при условии, что соплатежи будут взиматься при обращении за лечением по новым технологиям, но стандартная медицинская помощь останется бесплатной для всех. Распределение ответов по этому вопросу представлено в Табл.6:

Таблица 6.

**Введение соплатежей за лечение по новым технологиям с сохранением бесплатной стандартной медицинской помощи - мнение - участников опроса.**

<b>Варианты ответов, предложенные в опросе</b>	<b>Доля ответов</b>
Определенно согласились	17%
Скорее согласились	38%
Скорее не согласились	20%
Определенно не согласились	10%
Затрудняются ответить	15%

При ответе на этот вопрос с небольшими изменениями сохраняется прежняя закономерность: жители Москвы, Санкт-Петербурга и городов с населением более 300 тыс. человек отклоняют идею введения соплатежей, жители средних и малых городов чаще соглашались с ней. Вероятно, эта закономерность объясняется меньшей доступностью медицинской помощи в малых и средних городах, при которой соплатежи рассматриваются как механизм гарантии качественного (в т.ч. инновационного) лечения.

Те же тенденции в отношении лекарственного обеспечения были подтверждены в 2012 году компанией SynovateComcon в рамках всероссийского исследования HealthIndex<sup>50</sup>. Респондентам предлагалось оценить по пятибалльной шкале справедливость различных вариантов компенсационных систем стоимости лекарственных препаратов. По результатам опроса наиболее справедливым было признано полное обеспечение лекарственными препаратами незащищенных групп (4,56 баллов), далее с

<sup>49</sup> В то же время, жители Москвы и Санкт-Петербурга преимущественно поддерживали сохранение текущей ситуации, в т.ч. неформальных платежей, что по всей вероятности объясняется высоким уровнем удовлетворенности качеством и доступностью медицинской помощи в целом.

<sup>50</sup> При введении программы соплатежей 80,8% россиян готовы оплачивать не более половины стоимости лекарств. URL: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/pri-vvedenija-programmy-soplatezhej-80-8-rossijan-gotovy-oplachivatj-ne-bolee.html#.UnyFHB0ZnSh>

небольшим отрывом следовала полная государственная оплата стоимости медикаментов для лечения тяжелых или хронических заболеваний (4,31 балла) следует вариант полной оплаты государством. Еще более высоко справедливость этих вариантов оценили респонденты пожилого возраста.

Напротив, система соплатежей по итогам опроса получила наименьшую оценку справедливости (3,58), причем как справедливую ее оценивали преимущественно респонденты в возрасте 20-24 лет.

В случае реализации программы соплатежей для лечения тяжелых или хронических заболеваний подавляющее большинство опрошенных (80,8%) готово оплачивать не более половины стоимости лекарственных препаратов, из них 57,8% - не более четверти стоимости. Среди тех, кто готов оплачивать более четверти стоимости медикаментов преобладает возрастная группа 25-34 года.

Таким образом, фактически единственной категорией граждан, активно поддерживающей введение соплатежей, является относительно молодое и не имеющее проблем со здоровьем население. Это обуславливает высокие риски проведения потенциальной реформы, основанной на использовании МСС, связанные с недоверием и активно негативным отношением населения. Наряду с общими требованиями к прозрачности реформы и отсутствию потерь для населения, в качестве путей преодоления проблемы можно предложить ограниченное введение МСС для отдельных категорий граждан (например, больных тяжелыми хроническими заболеваниями отдельных нозологий) или сфер страхования (например, лекарственного обеспечения).

Другой важной проблемой поведения потребителей остается низкий уровень сбережений. Несмотря на то, что уровень сбережений значительно изменился после кризиса: по данным АНО «Независимый институт социальной политики» доля сбережений в структуре денежных доходов в 2008 году составляла 5,3%, а в 2009 выросла до 13,3% (15,8 - в 2010)<sup>51</sup>, это не привело к принципиальному изменению положения домохозяйств. Повышение склонности к сбережениям вызвано с одной стороны снижением привлекательности (и надежности) большинства инвестиционных инструментов, тогда как краткосрочные рублевые депозиты в период восстановления банковской системы предлагали достаточно привлекательные условия, с другой, очевидным желанием населения сформировать «подушку безопасности».

---

<sup>51</sup>Фотина, О. Э. Особенности сберегательного поведения домашних хозяйств в России в условиях финансового кризиса 2008-2009 гг. // Экономические науки. - 2011. - № 5. - С. 66-70.

При этом, большинство домохозяйств отмечают, что без регулярного источника дохода их сбережений хватит на период от месяца до полугода, а основными стратегиями во время острой фазы кризиса являлись покупка дорогостоящих товаров за счет сбережений и изъятие денег со сберегательных счетов. Суммарно, таким образом изменения потребительского поведения не позволяют говорить о формировании достаточного уровня сбережений.

Учитывая ограниченные ресурсы государства, целесообразно поощрять любую активность населения в целях обеспечения собственного материального благополучия, в т.ч. любые формы целевых сбережений.

В то же время, проблема недостаточности сбережений может быть решена выбором альтернативной модели МСС: пополняемой не из личных средств застрахованного лица, а из доли страховых взносов, выплачиваемых на ОМС. При жестком разделении услуг, оплачиваемых из МСС и из страховой части, а также контроле за использование средств МСС, это позволит в значительной степени сократить риск перерасхода средств МСС.

Дополнительным аспектом проблемы сбережений является недоверие населения к финансовой системе. После кризиса 2008 года доверие к банкам начинает восстанавливаться, но по-прежнему остается низким. По данным всероссийского опроса, проведенного Исследовательской группой «Человек и деньги» Фонда Общественного Мнения в январе-феврале 2011 года, показал, что 77% россиян считают, что строительные организации, страховые компании и коммерческие банки могут не исполнить свои обязательства. 15% опрошенных не доверяют негосударственным пенсионным фондам (и только 10% готовы вкладывать в них деньги), 12% - паевым инвестиционным фондам. Доля опрошенных, уверенных в том, что все организации выполняют свои обязательства, составила 4%<sup>52</sup>.

Необходимо отметить, что сберегательное поведение может существенно отличаться в зависимости от категории населения и уровня развития территории.

Наконец, способность населения самостоятельно контролировать состояние своего здоровья и ход лечения может быть оценена лишь отчасти и косвенным путем. В 2010–2011 гг. в федеральных законах от 29.10.2010 № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» было установлено право пациентов на выбор

---

<sup>52</sup> Ермаков Д. Совершенствование деятельности отечественных негосударственных пенсионных фондов // Человек и труд. - 2013. - №1.

врача, медицинской организации и страховой медицинской организации. Причиной новаций стало стремление усилить конкуренцию на рынке медицинских услуг. Сравнение данных опросов населения в 2009 и 2011-2012 годах позволяет сделать вывод о декларационном характере данных норм: доля граждан, осуществлявших выбор поликлинического учреждения в течение двух лет, предшествующих опросу сократилась с 5% до менее чем 2%, доля граждан, осуществлявших выбор врача, увеличилась с 12% до 14%, доля граждан, осуществлявших выбор учреждения для получения стационарной медицинской помощи сохранилась на уровне 18%. Рынок страховых медицинских услуг также не претерпел значительных изменений<sup>53</sup>. Результаты исследования позволяют говорить о пассивном отношении населения к возможности выбора, но является ли причиной такого отношения пассивное отношение к собственному здоровью или отсутствие реального выбора, неизвестно.

Необходимо отметить, что использование МСС предъявляет более высокие требования к прозрачности и понятности для потребителя рынка медицинских услуг. Помимо контроля качества предоставляемых услуг эти требования также включают в себя контроль рекламы медицинских услуг (или закрытый список услуг, на приобретение которых могут быть использованы средства МСС), предоставление застрахованным лицам информации о деятельности медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

---

<sup>53</sup>Шишкин С. В. Возможности потребительского выбора в российском здравоохранении: декларации и реальность. Доклад на XIV Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. Москва, 2013. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/33ed54bfce4a6cecbf852287d70d8f011a6926e0.docx>

#### *2.1.4. Действующие способы оплаты медицинской помощи.*

Говоря о способах оплаты чаще всего подразумевают механизм возмещения расходов медицинской организации, опуская предшествующие перемещения средств. В соответствии с этой трактовкой в России в настоящее время применяются следующие способы оплаты (в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 18.10.2013 № 932 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»):

1. при оплате медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц в сочетании с оплатой за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай);

- за единицу объема медицинской помощи - за медицинскую услугу, за посещение, за обращение (законченный случай) (используется при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, а также в отдельных медицинских организациях, не имеющих прикрепившихся лиц);

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации, в том числе с включением расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных медицинских организациях (за единицу объема медицинской помощи);

2. при оплате медицинской помощи, оказанной в стационарных условиях, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

3. при оплате медицинской помощи, оказанной в условиях дневного стационара, - за законченный случай лечения заболевания, включенного в соответствующую группу заболеваний (в том числе клинико-статистические группы заболеваний);

4. при оплате скорой медицинской помощи, оказанной вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации), - по подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи.

Таким образом, продолжается переход к эффективным способам оплаты медицинской помощи. Общими признаками эффективных методов оплаты являются:

- наличие связи между оплатой и результатами деятельности;

- стимулирование оптимизации расходов медицинской организации.

Наиболее распространенными на сегодня эффективными методами оплаты медицинской помощи являются:

- оплата амбулаторно-поликлинической помощи по подушевому нормативу (в т.ч. фондодержание);

- оплату стационарной помощи по законченному случаю/клинико-статистическим группам.

Использование МСС позволит еще более усилить связь между деятельностью медицинской организации и ее финансовым результатом за счет исключения участия третьей стороны и передачи права распоряжения средствами на оплату медицинской помощи самому пациенту.

С финансово-организационной точки зрения непосредственным распределением средств ОМС занимаются страховые медицинские организации, территориальные фонды ОМС, Федеральный фонд ОМС. В соответствии со ст. 3 п.1 федерального закона от 24.07.2009 №212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования», контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов на обязательное медицинское страхование, уплачиваемых в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования осуществляет Пенсионный фонд Российской Федерации и его территориальные органы. Страховые взносы на работающее население уплачивают работодатели, взносы на неработающее население выплачиваются из средств бюджетов субъектов РФ.

Собранные средства аккумулируются Федеральным Фондом ОМС, который перечисляет средства территориальным фондам ОМС в виде субвенций на организацию ОМС. ТФОМС распределяет средства между СМО в соответствии с заключенными договорами о финансовом обеспечении ОМС, СМО осуществляют расчеты за оказанную медицинскую помощь с медицинскими организациями.

Поскольку финансирование ОМС включает оплату страховых взносов на неработающих граждан, пополнение счетов МСС, производимое за счет доли страховых взносов, позволит обеспечить их необходимым объемом средств. Другим решением проблемы неработающего населения может стать оставление за ними ОМС в полном объеме, по меньшей мере в течение переходного периода. Обоснований у этого решения два: во-первых, лица, утратившие трудоспособность в первые годы после введения МСС, не могли накопить достаточный объем средств; во-вторых, неработающие категории

граждан, как правило, имеют проблемы со здоровьем, требующие значительных расходов. В этом случае МСС утрачивает свою накопительную функцию, а зачастую – и функцию ограничения избыточного спроса, т.к. средства счета расходуются немедленно по мере поступления на необходимое лечение.

Ведение МСС может осуществляться на уровне территориальных фондов ОМС или страховых медицинских организаций. В обоих случаях физически держателем счета может выступать один из коммерческих банков, прошедших процедуру отбора органами государственной власти в сфере здравоохранения или фондами ОМС.

## *2.2. Основные задачи использования медицинских сберегательных счетов в российской системе здравоохранения*

В последние годы стало очевидно, что проблемой российского здравоохранения является не только недостаток выделяемых средств, но и низкая эффективность использования этих средств. Существующая система финансирования не соответствует возросшим потребностям населения и не способна преодолеть складывающийся в сфере здравоохранения дефицит бюджета.

Большинство развитых стран уже начало реформы, направленные на повышение эффективности использования бюджетных средств в здравоохранении (в том числе за счет снижения административных расходов на осуществление оплаты медицинской помощи). Центром новой системы финансирования медицинского обеспечения становится пациент, принимающий на себя свою долю ответственности за сохранение здоровья. Активное участие пациента в лечении и, что еще более важно, участие в профилактических мероприятиях и поддержании здорового образа жизни, является значительно более эффективным, чем дальнейшее совершенствование специализированной медицинской помощи, ориентированной на лечение запущенных случаев заболеваний.

Превращение пациента в самостоятельного участника системы здравоохранения проявляется также в изменении форм оплаты медицинской помощи - теперь не пациент сохраняет жесткую прикрепленность к определенной больнице, а финансовые ресурсы закрепляются за пациентом. Тем самым формируется конкурентный механизм, основанный на праве свободного выбора пациентом медицинской организации и врача, и одновременно механизм контроля качества.

Отчасти, эти механизмы уже воплощены в российском законодательстве в сфере охраны здоровья граждан, но в условиях хронической недостаточности тарифов, конкуренция за прикрепленное население не сможет развиваться до уровня, способного оказывать влияние на поведение поставщиков медицинских услуг. Соплатежи и, в частности, медицинские счета могут дать реальное наполнение данному механизму.

Наконец, медицинские счета являются дополнительным источником средств для дефицитной системы здравоохранения. Немаловажно, что такое увеличение финансирования является неинфляционным и стимулирует улучшение качества медицинской помощи в отличие от простого увеличения тарифов. В отличие от соплатежей из личных средств населения, МСС в большей степени соответствует принципам социальной справедливости.

Таким образом, внедрение медицинских счетов в российском здравоохранении будет способствовать выполнению трех ключевых задач:

1. Создание экономического стимула для изменения отношения людей к сбережению собственного здоровья (полная информация о цене услуги, прозрачность ценообразования и оплаты, передача контроля за расходами непосредственно пациенту);

2. Обеспечение реальных прав пациента путем обеспечения его платежеспособности (расширение возможностей свободного выбора медицинской организации и конкретного специалиста, формирование накопительного социального капитала);

3. Формирование экономически эффективных механизмов привлечения привлечения дополнительных средств в сферу здравоохранения (увеличение финансовых ресурсов на душу населения, снижение инфляционного риска, развитие реального платежеспособного спроса и, как следствие, повышение качества услуг).

### РАЗДЕЛ 3. ИССЛЕДОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ РФ.

*3.1. Анализ нормативно-правовой базы по вопросам охраны здоровья граждан и оплаты медицинской помощи.*

С технической точки зрения медицинские сберегательные счета не представляют проблемы для нормативного правового оформления. По сути, они представляют собой целевые банковские счета, списание средств с которых в соответствии с банковскими правилами допустимо только по определенным направлениям расходов, в данном случае - расходом на оплату медицинских услуг, приобретение лекарств и медицинских товаров.

В российской практике пока не существует опыта использования специализированных социальных счетов, но накоплен значительный опыт использования социальных ваучеров и монетизации льгот. В частности в 2005 году Приказом Минздравсоцразвития «Об утверждении порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан» была создана система дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан (ДЛО). Уже в первый год после ее создания 51% льготников предпочли денежную компенсацию социальному пакету, при этом потребление лекарственных препаратов льготными категориями граждан по различным оценкам осталось на прежнем уровне или возросло<sup>54</sup>. Необходимо отметить, что средства ДЛО (при выборе денежной компенсации) перечислялись льготникам через пенсионную систему, теряя при этом целевой характер. Использование медицинских сберегательных счетов в качестве полноценной составляющей обязательного медицинского страхования требует создания отдельной системы накопления и передачи средств, позволяющей отслеживать их целевое использование.

Гораздо большей проблемой с финансовой точки зрения является вопрос надежности банковской системы. Безусловно, средства медицинских сберегательных счетов подлежат размещению только в банках, отобранных контролирующим органом, и возможные банковские операции с ними должны быть жестко регламентированы. С другой стороны, при отказе банкам в дополнительных возможностях управления средствами этих счетов или выборе для их размещения государственные внебюджетные фонды, появляется риск утраты их покупательной способности вследствие общеэкономической инфляции и инфляции медицинских расходов. Для медицинских

---

<sup>54</sup> Бесстремьянная Г.Е. Монетизация льгот на лекарства: первые итоги 2005 года. Экономика здравоохранения. 2006. - №2. - С.21-26.

сберегательных счетов появление этого риска означает утрату накопительной функции, т.к. держатели счетов будут стремиться потратить деньги как можно быстрее. Как следствие, значительно ослабится также регулирующая функция счетов, призванная предотвратить избыточное потребление медицинских услуг. Предотвращение этого риска потребует дополнительного нормативного правового регулирования, затрагивающего вопросы отбора коммерческих банков для ведения МСС и обеспечения сохранности средств.

Основной правовой проблемой включения в систему ОМС соплатежей, в т.ч. со средств медицинских счетов, с точки зрения законодательства об охране здоровья выступает видимое противоречие идеи соплатежей гарантиям бесплатной медицинской помощи. В частности, ст. 41 п. 1. Конституции РФ содержит прямое указание на то, что «медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений».

Ст. 19 федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» уточняет это положение: «каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Существуют по меньшей мере два варианта преодоления проблемы «платности» услуг, оплачиваемых из средств медицинского сберегательного счета:

- внесение соответствующих изменений в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. При этом, программа государственных гарантий фактически будет содержать перечень расходов, покрываемых за счет социально-страховой части. Отдельным документом будут регулироваться условия сбережения и расходования средств МСС: минимальный уровень отчислений на МСС, допустимые направления расходования средств, уровень соплатежей населения при оплате различных услуг из средств сберегательных счетов;

- пополнение средств медицинских сберегательных счетов за счет части страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Такой вариант был, в частности, предложен для реформы здравоохранения в Канаде как наиболее соответствующий принципам социального государства и обеспечивающий максимально мягкий переход от бюджетной (социально-страховой) системы финансирования медицинского обеспечения к смешанной с участием соплатежей.

### *3.2. Возможные варианты включения медицинских сберегательных счетов в действующую систему оплаты медицинской помощи.*

Возможные варианты включения МСС в действующую систему оплаты медицинской помощи могут быть классифицированы по нескольким основаниям.

По объему покрываемых услуг:

- МСС как полноценный источник финансирования медицинской помощи, из средств которых оплачиваются полностью или частично все виды медицинской помощи (исключая медицинскую помощь при высокочрезвычайных заболеваниях). Позволяет в полной мере использовать все преимущества МСС, но является высокорискованным способом в условиях негативного отношения населения к концепции соплатежей;

- МСС как специализированный источник финансирования, предназначенный для отдельных категорий медицинского обеспечения (льготное обеспечение медицинскими услугами отдельных категорий населения, лекарственное обеспечение). Может быть реализован как пилотный проект, предшествующий полномасштабному внедрению. На сегодня наибольший интерес среди возможных направлений использования МСС вызывает лекарственное страхование, создание которого в соответствии со Стратегией лекарственного обеспечения населения Российской Федерации на период до 2025 года только планируется.

По основному оператору МСС:

- создание отдельных счетов в рамках ОМС, управляемых территориальным фондом ОМС/страховыми медицинскими организациями. Снижает риски, связанные с нестабильностью банковской системы, позволяет использовать предшествующий опыт оплаты медицинской помощи;

- создание специализированных медицинских банковских счетов. Федеральный Фонд ОМС и ТФОМС выполняют роль регулятора и контролера для банковской системы. Позволяет обеспечить минимальную доходность МСС, с высокой долей вероятности – более ориентированное на потребителя обслуживание МСС.

#### РАЗДЕЛ 4. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВНЕДРЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ СБЕРЕГАТЕЛЬНЫХ СЧЕТОВ В РОССИЙСКУЮ СИСТЕМУ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

Система медицинских сберегательных счетов может быть использована как полноценный метод оплаты медицинской помощи (амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и частично стационарной) и как специализированный метод оплаты отдельных видов услуг, например, лекарственного обеспечения. Последний вариант целесообразно использовать в качестве пилотного проекта.

С учетом предшествующего длительного опыта социально-страховой модели для эффективного использования МСС должны быть реализованы в «плоскостном» варианте, т.е. направления расходования средств МСС должны быть четко определены и не пересекаться с направлениями расходов, покрываемыми за счет социально-страховой части. В противном случае (последовательном использовании вначале средств МСС, затем социально-страховой части) возможно возникновение негативного стимула – тратить как можно больше, поскольку услуги сверх размера МСС будут восприниматься как бесплатные.

В силу нестабильности банковской системы ведение МСС может быть поручено территориальным фондам ОМС. По результатам пилотного проекта должно быть принято решение о сохранении МСС в ведении территориальных фондов ОМС или о заключении соответствующих договоров с банками, прошедшими процедуру отбора в ФФОМС и Минздраве РФ. Независимо от принятого решения владелец счета должен иметь доступ к нему на всей территории РФ для осуществления любого из разрешенных для МСС платежей.

Право открыть индивидуальный МСС имеет каждый человек, проживающий на территории России. Средства МСС могут быть использованы для оплаты личных медицинских расходов или расходов членов семьи.

Источником пополнения МСС служат:

- для работающих граждан отчисления из заработной платы (до уплаты налогов);
- для неработающих граждан личные средства.

Решение о субсидировании МСС для нетрудоспособных граждан, в т.ч. лиц пенсионного возраста, инвалидов, требует предварительного расчета объема необходимых средств. Возможны два варианта:

- на нетрудоспособные категории граждан использование МСС, так же как и обязательные соплатежи не распространяется (в пределах стандартной программы ОМС), действует социально-страховая часть;

- МСС для данных категорий граждан пополняется за счет общеналоговых поступлений, в остальном действуют общие правила.

Первый вариант целесообразно использовать в ходе пилотного проекта и на начальном этапе эксперимента, т.к. полноценное использование средств МСС данными категориями граждан предполагает наличие накопленных ранее средств. Второй – по мере достижения необходимого уровня первичных накоплений.

Размер ежемесячного взноса на МСС определяется государством, исходя из актуарных расчетов. Цель – обеспечить возможность большей части населения не только обеспечивать текущие медицинские расходы, но и сберегать средства на случай утраты трудоспособности или выхода на пенсию. МСС также может пополняться за счет монетизированных льгот: например, материнского пакета, покрывающего стоимость услуг по ведению беременности, родов и обеспечения медицинскими услугами ребенка в первый год жизни или пакета лекарственного обеспечения. ОМС сохраняет прежний механизм формирования и администрирования, но существенно ограничивается перечень услуг, для покрытия расходов на которые могут быть использованы средства.

Средства МСС не облагаются налогами ни на одном из этапов (сбережение, хранение, расходование на допустимые направления). Банк (иная управляющая организация) гарантируют минимальный надежный уровень доходности по МСС, позволяющий полностью или частично компенсировать инфляцию.

К допустимым направлениям расходования средств относятся услуги первичной медико-санитарной помощи, специализированной амбулаторно-поликлинической помощи, соплатежи при обращении за услугами стационарной и скорой медицинской помощи. Уровень соплатежей определяется классом услуги.

Средства МСС также могут быть использованы на приобретение ДМС как расширенного варианта страховой составляющей.

В перспективе возможен перевод расчетов по МСС в безналичную форму с обеспечением медицинских организаций терминалами, позволяющими использовать для расчетов банковскую карту.

Собственником МСС является владелец счета, средства МСС подлежат наследованию.

Независимо от используемой модели успешность внедрения МСС требует выполнения ряда условий:

- прозрачность реформы и обеспечение доверия общества;
- поддержка медицинского сообщества;
- участие квалифицированных администраторов - организаторов реформы
- высокая степень надежности банков (или иных организаций, на которые будет возложена обязанность по ведению медицинских сберегательных счетов);
- необходимое информационное и техническое обеспечение, гарантирующее возможность использования средств в случае необходимости.

Наряду с обеспечением технических условий реализации МСС, необходимо также обеспечить разрешение ряда потенциальных угроз для их эффективной реализации, в том числе:

- обеспечить достаточную долю «белой» зарплаты для полноценного объема поступлений взносов на МСС и ОМС;

Использование МСС само по себе является стимулом к выводу заработной платы из «тени», т.к. создает заинтересованность работника в полноценных отчислениях. МСС также позволяет отменить сложную систему медицинских налоговых вычетов для большинства случаев. Наряду с ужесточением налогового администрирования, эти два фактора будут способствовать увеличению поступлений на медицинское страхование.

- ясно определить платные и бесплатные услуги, после внедрения МСС – услуги с различным уровнем страхового возмещения и соплатежей;

Активная работа в этом направлении уже ведется. Основная цель разделения платных и бесплатных услуг с точки зрения внедрения МСС заключается в прозрачности ценообразования и исключения возможности неформальных («теневых») платежей. До внедрения МСС доля услуг, оплачиваемых целиком из личных средств, должна быть минимизирована, а качество и доступность бесплатных медицинских услуг максимально приближено к ожиданиям пациентов. Только в этом случае можно ожидать, что средства МСС будут использоваться рационально, а сам факт их использования положительно оцениваться.

- сократить масштабы коррупции в медицинской сфере (как при оказании услуг, так и при закупке лекарственных препаратов и оборудования, получении образования);
- продолжить стандартизацию медицинской помощи;

Обе этих меры направлены на обеспечение доверия населения к реформе. Пациент, оплативший определенный законодательно взнос из средств МСС, должен знать, что

никакой оплаты сверх этого от него не потребуются, а качество оказанной услуги будет соответствовать стандарту.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. CPF Contribution. URL: <http://mycpf.cpf.gov.sg/Employers/Gen-Info/cpf-Contri/ContriRa.htm>
2. Dong W. Can Health Care Financing Policy Be Emulated? The Singaporean Medical Savings Accounts Model and Its Shanghai Replica// Journal of Public Health, Oxford Journals, UK, Volume 28, Number 3, 2006. Pp. 209-214.
3. Dong W. Reform of health care financing system in Shanghai. China Health Econ 2004;8:27–30.
4. EBRI (Employee Benefit Research Institute). Health Savings Accounts and Health Reimbursement Arrangements: Assets, Account Balances, and Rollovers, 2006-2010. EBRI Issue Brief No. 353., 2011. URL: <http://www.ebri.org/pdf/briefspdf/IB.Jan11.CEHCS.FinalFlow.03Jan11.pdf>
5. Goldman D.P., Buchanan J.L., Keeler E.B. Simulation the impact of medical savings accounts on small business. Health Services Research, 35 (1Part 1): 53-75.
6. Haseltine, William A. Affordable excellence : the Singapore healthcare story : how to create and manage sustainable healthcare systems. Singapore : Ridge Books, 2013.
7. Hanvoravongchai P. (2002) Medical Savings Accounts: Lessons Learned from International Experience. Discussion Paper No. 52, World Health Organization, Geneva, 2002.
8. Hsiao W.C. Abnormal economics in the health sector, in P.A. Berman (ed.) Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable. Boston, M.A: Harvard University Press, 1995.
9. Hsu, Justine. Medical Savings Accounts: What is at Risk? World Health Report Background Paper 17. World Health Organization, 2010 URL: <http://www.who.int/healthsystems/topics/financing/healthreport/MSAsNo17FINAL.pdf>
10. International Comparisons: Impact of HSAs on Costs and Utilization in Three Countries. URL: [https://hctrends.com/library/lib\\_article\\_display\\_public.aspx?id=1070](https://hctrends.com/library/lib_article_display_public.aspx?id=1070)
11. IRS Publication 969 URL: <http://www.irs.gov/publications/p969/ar02.html>
12. Kong X, Yang Y, Gong F, Zhao M. Problems and the potential direction of reforms for the current individual medical savings accounts in the Chinese health care system. Journal of Medicine and Philosophy, 37: 556–567, 2012
13. Lim, M.-K. Health Care Systems in Transition II. Singapore, Part I: An Overview of Health Care Systems in Singapore. Journal of Public Health Medicine 20, 1998. P. 16–22.
14. Maternity package URL: <http://ask-us.cpf.gov.sg/efa/index.htm?isBrowsingTree=1&initCollectionID=381844984100003831>
15. Medical Savings Accounts in South Africa. URL: <http://www.ncpa.org/pub/st234?pg=5>
16. Medisave Withdrawal limits URL: [http://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/home/costs\\_and\\_financing/schemes\\_subsidies/medisave/Withdrawal\\_Limits.html](http://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/schemes_subsidies/medisave/Withdrawal_Limits.html)
17. Moon M., Nichols L.M. Wall S. Medical Savins Accounts: A Policy Analysis. Washington, DC: Urban Institute, 1996. URL: <http://www.urban.org/url.cfm?ID=406498>
18. Most Efficient Health Care: Countries. URL: <http://www.bloomberg.com/visual-data/best-and-worst/most-efficient-health-care-countries>

19. OECD. The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries. Paris: Organization for Economic Cooperation and Development, 1992.
20. Ramesh M. Autonomy and Control in Public Hospital Reforms in Singapore. *The American Review of Public Administration* 38, 1 (2008): 18.
21. Saltman, R.B. (1998) Medical savings accounts: a notably uninteresting policy idea. *European Journal of Public Health*, 8: 276–8.
22. Schreyoegg, Jonas. 2004. Demographic Development and Moral Hazard: Health Insurance with Medical Savings Accounts. *The Geneva Papers on Risk and Insurance* 29(4): 689-704.
23. Skinner, B. J. M. Rovere and M. Warrington (2008) *The Hidden Costs of Single-payer Health Insurance: A Comparison of the United States and Canada*, Vancouver: Frazer Institute.
24. Stephen T. Parente and Roger Feldman Do HSA Choices Interact with Retirement Savings Decisions? *Tax Policy and the Economy*, Vol. 22, No. 1 (2008), pp. 81-108
25. The Health of Canadians – The Federal Role. Final Report. Volume Six: Recommendations for Reform. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, 2002. URL: <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/372/soci/rep/repoct02vol6-e.htm>
26. Wang Z. 2005. The effectiveness, problems, and outlet for the personal account of basic medical insurance. *Chinese Health Economics* 24: 39–42.
27. WHO National Health Accounts.
28. World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance. World Health Organization. Geneva, 2000.
29. Акопян А.С. «Институциональные ловушки» государственной организации платных медицинских услуг // Менеджер здравоохранения. №10-11, 2008. С.12-21.
30. Алексеев В А Борисов К Н Обзор систем здравоохранения в странах мира // Международное здравоохранение. - №2 (1). - 2011. URL: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1267:2011-07-15-11-00-30&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1267:2011-07-15-11-00-30&catid=25:the-project)
31. Алексеев В.А, Борисов К.Н. Парадоксы в оценке системы здравоохранения Канады: общественное недовольство системой и панегирик по официальной статистике // Международное здравоохранение. - №3 (2). - 2012. URL: [http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1870:2012-05-05-11-11-54&catid=25:the-project](http://www.rosmedportal.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1870:2012-05-05-11-11-54&catid=25:the-project)
32. Бесстремная Г.Е. Монетизация льгот на лекарства: первые итоги 2005 года. *Экономика здравоохранения*. 2006. - №2. - С.21-26.
33. Ермаков Д. Совершенствование деятельности отечественных негосударственных пенсионных фондов // *Человек и труд*. - 2013. - №1.
34. Кадыров Ф.Н. Проблемы развития рынка частных медицинских услуг//Менеджер здравоохранения. – 2006. – №10. – С. 61–65.
35. Крашенинникова Ю.А. Самоопределение и статус врачей в современной России. Доклад, представленный в рамках сессии «Социология медицины» XIV Апрельской международной научной конференции «Модернизация экономики и общества», проходившей с 2-5 апреля 2013 года в Москве. URL: <http://opes.ru/data/2013/04/03/1233206984/3-крашенинникова.pdf>

36. Селезнева Е.В. Готовность населения к участию в оплате медицинской помощи. Доклад, представленный в рамках сессии «Развитие здравоохранения - 1» XIV Апрельской международной научной конференции «Модернизация экономики и общества», 2-5 апреля 2013 года в Москве. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/0dba0f2baf4596fc76bd2ba7fdae4ec435022c51.pdf>
37. Рамсей. С. Система медицинского страхования в Канаде и проекты ее реформирования // Проблемы теории и практики управления. - 2000. - №2.
38. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. Научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года». Краткая версия. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
39. Уровень и образ жизни населения России в 1989-2009 годах. Докл. к XII междунар. науч. конф. по проблемам развития экономики и общества, Москва, 5-7 апр. 2011 г. / Г.В. Андрушак, А.Я. Бурдяк, В.Е. Гимпельсон и др.; рук. авт. колл. Е.Г. Ясин; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2011.
40. Фотина, О. Э. Особенности сберегательного поведения домашних хозяйств в России в условиях финансового кризиса 2008-2009 гг. // Экономические науки. - 2011. - № 5. - С. 66-70.
41. Черкашина Т.Ю. Оценка неравенства населения по потреблению медицинских услуг [Электронный ресурс] // XIV Апрельская международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. 2-5 апр. 2013 г., Москва / НИУ - Высш. шк. экон. - М., 2013. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/bc9b7c48fb13e5dc8da530e62dfb98d8d25f49c7.doc>
42. Чубарова Т.В. Экономика здравоохранения: теоретические аспекты. М., Институт Экономики РАН, 2008.
43. Шишкин С. В. Возможности потребительского выбора в российском здравоохранении: декларации и реальность. Доклад на XIV Апрельской международной научной конференции по проблемам развития экономики и общества. Москва, 2013. URL: <http://regconf.hse.ru/uploads/33ed54bfce4a6cecbf852287d70d8f011a6926e0.docx>
44. Шишкин С. В., Потапчик Е. Г., Селезнева Е. В. Роль частных медицинских организаций в российской системе здравоохранения // В кн.: XIII Международная научная конференция по проблемам развития экономики и общества. В 4 кн. Кн. 3. / Отв. ред.: Е. Г. Ясин. . Кн. 3. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2012. С. 238-247.
45. При введении программы соплатежей 80,8% россиян готовы оплачивать не более половины стоимости лекарств. URL: <http://www.pharmvestnik.ru/publs/lenta/v-rossii/pri-vvedenija-programmy-soplatezhej-80-8-rossijan-gotovy-oplachivatj-ne-bolee.html#.UnyFHB0ZnSh>