

УДК 33.338.36

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ СТРАХОВОЙ МОДЕЛИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Палевская С.А.,

Самарский государственный медицинский университет, Самара,
email: dmms7@rambler.ru

Стрельцов А.В.,

Самарский государственный медицинский университет, Самара,
email: dmms7@rambler.ru

Аннотация. Сегодня даже при полной возможности распоряжаться доступными средствами и привлекать дополнительные финансовые ресурсы в медицину качественные характеристики ее деятельности неуклонно снижаются. Идет спад объемов финансирования данной общественно важной отрасли, значительно уступающей сложившимся темпам инфляции при пересчете в сопоставимые цены. Без модернизации, в существующем виде реализованная экономическая модель и на перспективу не будет способна обеспечить значимого увеличения контролируемых показателей при сохранении её жизнеспособности. Цель — исследование проблем организации эффективной деятельности отечественных медицинских учреждений в контексте факторов, влияющих на формирование и реализацию необходимого экономического потенциала; проведение анализа факторов обеспечения достаточной многоканальной организационно-финансовой поддержки для реализации установленных органами власти целей здравоохранения. К методам исследования относятся анализ и синтез информации, статистические группировки, контент-анализ и содержательная экономическая интерпретация отчетных данных деятельности профильных учреждений за годы перевода их деятельности на рыночные принципы хозяйствования, начиная с 1990-х годов прошлого столетия по настоящее время. В ходе исследования выявлены ограничения экономической деятельности профильных организаций в условиях финансового обеспечения системы здравоохранения страны по страховой модели. Ожидать существенного роста объемов финансирования здравоохранения в рамках действующей модели ОМС нельзя, учитывая высокие темпы зафиксированной инфляции. Учитывая же общую динамику развития показателей здравоохранения РФ, необходима модернизация данной модели формирования экономического потенциала, выявление существующих проблем и их причин. На этой основе возможно построить стратегию развития отрасли, приближая ее контролируемые показатели до принятых в мировой практике значений. Необходимы улучшающие мероприятия по повышению эффективности мобилизации экономического потенциала медицинских организаций, поскольку наблюдаемые тенденции спада финансирования не в полной мере отвечают современным требованиям по улучшению их технико-организационного оснащения и соблюдению высоких стандартов оказания медицинской помощи.

Ключевые слова: модель, страховая медицина, модернизация, финансирование, потенциал, стратегия.

MODERN FEATURES OF THE DEVELOPMENT OF THE ECONOMY OF THE INSURANCE MODEL OF THE HEALTH CARE SYSTEM

Palevskaya S.A.,

Samara State Medical University, Samara,
email: dmms7@rambler.ru

Strelcov A.V.,Samara State Medical University, Samara,
email: dmms7@rambler.ru

Abstract. Today, even with the full opportunity to dispose of available funds and attract additional financial resources to medicine, the qualitative characteristics of its activities are steadily declining. There is a decline in the volume of financing of this socially important industry, which is significantly inferior to the current inflation rates when converted into comparable prices. Without modernization, the implemented economic model in its current form will not be able to provide a significant increase in controlled indicators in the future while maintaining its viability. The purpose of the study is to study the problems of organizing the effective activities of domestic medical institutions in the context of factors affecting the formation and implementation of the necessary economic potential; analysis of factors to ensure sufficient multi-channel organizational and financial support for the implementation of health care goals set by the authorities. The research methods include the analysis and synthesis of information, statistical groupings, content analysis and substantive economic interpretation of the reporting data of the activities of specialized institutions over the years of transition of their activities to market principles of management, from the 90s of the last century to the present. The research methods include the analysis and synthesis of information, statistical groupings, content analysis and substantive economic interpretation of the reporting data of the activities of specialized institutions over the years of transition of their activities to market principles of management, from the 90s of the last century to the present. In the course of the study, the restrictions of the economic activity of specialized organizations in the conditions of financial support of the country's health care system according to the insurance model were revealed. It is impossible to expect a significant increase in the volume of healthcare financing within the framework of the current CMI model, given the high rates of recorded inflation. Taking into account the general dynamics of the development of health care indicators in the Russian Federation, it is necessary to modernize this model of economic potential formation, to identify existing problems and their causes. On this basis, it is possible to build a strategy for the development of the industry, bringing its controlled indicators closer to the values accepted in world practice. Improving measures are needed to increase the efficiency of mobilizing the economic potential of medical organizations, since the observed trends in the decline in financing do not fully meet modern requirements for improving their technical and organizational equipment and compliance with high standards of medical care.

Keywords: model, insurance medicine, modernization, financing, potential, strategy.

Действующая модель формирования экономического потенциала отечественной медицины, базирующаяся преимущественно на основе обязательного страхования (ОМС), подвергается в настоящее время критике с разных сторон, так как за прошедший достаточно длительный период применения с 90-х годов прошлого столетия к настоящему времени ее результаты оказались неоднозначны. Наблюдается как рост заболеваемости населения по всем видам болезней, так и длительное ухудшение финансирования отрасли, уступающей темпам инфляции. Следует отметить, что к настоящему времени так и не создан эффективный механизм экономического взаимодействия между субъектами и участниками ОМС. Замечания к существующей модели медицинского страхования есть практически у всех ее субъектов: медицинских работников, медицинских организаций, государства и, главное — населения, в части доступности и качества оказываемой медицинской помощи. В рамках данной

статьи проведена работа, чтобы систематизировать и проанализировать основные проблемы формирования достаточного экономического потенциала существующей модели здравоохранения, основанной преимущественно на ОМС, поскольку многие из них носят достаточно противоречивый характер.

Материалы и методы

Исследование проблем существующей модели финансирования здравоохранения РФ, основанной на ОМС, целесообразно начать с изучения состояния здравоохранения, динамики его основных показателей, а также показателей фондов ОМС как основных составляющих действующей модели. Основные показатели здравоохранения РФ за 1990–2022 гг. представлены в таблице 1, чтобы вскрыть долгосрочные тенденции, а также охватить время действия как бюджетной (государственной) модели здравоохранения, так и существующей, основанной на ОМС.

Таблица 1

Основные показатели работы системы здравоохранения РФ за период 1990–2022 г.

Показатели	1990	2000	2010	2020	2021	2022
Заболеваемость населения на 1000 чел., тыс.	651,2	730,5	780,0	753,6	849,2	889,1
Базисный темп роста, %	100	112,2	119,8	115,7	130,4	136,5
Число больничных организаций, тыс.	12,8	10,7	6,3	5,1	5,1	5,2
Число больничных коек на 10 000 чел., тыс.	137,4	115,0	93,8	80,6	79,1	78,0
Число амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	21,5	21,3	15,7	22,9	21,6	22,1
Мощность амбулаторно-поликлинических организаций, посещений в смену	217,3	243,2	257,9	281,3	289,4	299,1

Источник: построено по данным госстатистики [1–3].

Приведенные данные показывают, что заболеваемость населения страны за исследуемые 32 года имеет стабильную тенденцию к росту. Она проявлялась как до введения существующей модели ОМС, так и после. За данный период она выросла достаточно существенно — на 36,5%. что убедительно говорит о необходимости совершенствовать уровень организации здравоохранения, ее действующую модель финансового обеспечения с тем, чтобы препятствовать нарастанию данной тенденции. Ряд других показателей отражает реализованный потенциал системы здравоохранения РФ. Как негативную тенденцию можно отметить резкое сокращение за исследуемый период числа больничных организаций, числа больничных коек (на 10 000 чел.). Можно также выделить рост мощности амбулаторно-поликлинических организаций (посещений в смену) при этом, в целом, достаточно близком их числе по годам за анализируемый период. Это имеет свои позитивные, но и также негативные моменты, связанные в основном с проблемами доступности населению, особенно в удаленных и малонаселенных местностях.

В любой модели здравоохранения (бюджетной, страховой, смешанной) решающим элементом является достаточное финансирование. В действующей в настоящее время в РФ модели оно основано в преобладающей части на ОМС, а также, в гораздо меньшей части, на трансфертах из бюджета и ряде других законных источ-

ников. При этом отчисления по ОМС за неработающих граждан также осуществляются за счет бюджетных средств. Основные показатели Федерального фонда обязательного медицинского страхования за последний период представлены в таблице 2.

Таблица 2

Основные показатели Федерального фонда обязательного медицинского страхования

Показатели	2020	2021	2022	2023
Доходы	2392,7	2631,4	2919,4	3290,7
Расходы	2360,5	2569,5	2801,1	3185,9
Страховые взносы по ОМС	2132,7	2316,1	2413,2	2821,1
В т.ч. работающего населения	1388,9	1532,8	1599,4	1923,2
Доля страховых взносов по ОМС в доходах	0,89	0,88	0,82	0,86
Доля страховых взносов работающего населения	0,58	0,58	0,55	0,58

Источник: построено по данным госстатистики [1-3].

Характеризуя представленные данные, можно отметить, что доля страховых взносов в доходах фонда ОМС за 2020-2021 гг. составляла достаточно постоянную величину, несколько снизилась за 2022-2023 гг., но в целом приближается к 86-89%. Некоторое снижение в 2022-2023 гг. связано с корректировкой налоговой нагрузки предприятий и организаций, особо пострадавших при пандемии COVID-19. Преобладающую долю в страховых взносах занимают взносы работающего населения (58%). Характеризуя динамику показателей, можно также отметить, что, на первый взгляд, она представляется достаточно позитивной – доходы и расходы стабильно растут, а уровень доходов в 2023 г. составляет 137,5% к уровню 2020 г. Однако, существенно данная динамика значительно меняется, если пересчитать показатели в сопоставимых ценах (см. табл. 3).

Таблица 3

Динамика показателей деятельности Федерального фонда медицинского страхования за 2020-2023 гг., в сопоставимых ценах 2020 г.

Показатели	2020	2021	2022	2023
Доходы	2392,7	2427,4	2406,5	2525,9
Темп роста цепной	100	101,5	99,1	104,9
Базисный	100	101,5	100,6	105,6
Расходы	2360,5	2370,4	2309,2	2445,5
Темп роста цепной	100	100,4	97,4	105,9
Базисный	100	100,7	98,8	103,6
Индекс потребительских цен	104,8	108,4	111,9	107,4

Источник: построено по данным [1], [4].

Темп роста доходов и расходов значительно снижается. За четыре года доходы фонда выросли всего на 5,6%, расходы на 3,6%. То есть темп роста расходов на оплату лечения пациентов всего 3,6%, причем по отношению к низкой базе 2022 г. Для сравнения, заболеваемость только за период 2020-2022 гг. выросла на 17,98%.

Конечно, дополнительные расходы фонда возмещаются за счет бюджетных трансферов, но данная динамика показывает изъяны действующей модели здравоохранения, основанной на ОМС, недостаточность средств, концентрируемых на ее основе. Данная динамика позволяет сделать и еще один вывод. За четыре года доходы и расходы изменились незначительно. Учитывая современную макроэкономическую ситуацию, глобальные конфликты и санкционные меры в отношении РФ, можно ожидать и дальнейшую ограниченность бюджетных средств, невысокие темпы роста фонда заработной платы населения. Все это существенно ограничивает рост доходов фонда ОМС и вряд ли можно ожидать их значительного увеличения в ближайшее время.

Современные сложные макроэкономические условия хозяйственной деятельности существенно снижают и предсказуемость динамики показателей фонда ОМС. Можно сравнить проектные и фактические показатели Федерального фонда ОМС на 2023–2025 гг. (см. табл. 4).

Таблица 4

Проектные и фактические (2023 г.) показатели Федерального фонда ОМС

Показатели	2023	2024	2025
Доходы согласно проекту	3135,4	3366	3591,9
Доходы фактические	3290,7	-	-
Расходы согласно проекту	3219,3	3433,7	3611,9
Расходы фактические	3185,9	-	-
Индекс потребительских цен по проекту	1,06	1,04	1,04

Источник: построено по данным [4].

Можно отметить, что достаточно позитивная динамика согласно проекту полностью меняется, если учитывать реально сложившиеся макроэкономические параметры хозяйственной деятельности. Так, например, расходы в текущих ценах в 2023 г. ниже проектных, индекс потребительских цен (107,4%) выше проектного, доходы и расходы фонда 2024 г., если пересчитать по имеющемуся фактическому индексу потребительских цен за январь–сентябрь 2024 г. (к январю–сентябрю 2023 г. — 108,3%), будут ниже как проектного, так и фактического уровня 2023 г. [4].

Результаты

Обобщенно, экономический потенциал здравоохранения как интегрирующей категории частных потенциалов отрасли (лечебной, кадровой, организационно-технической, социальной, инновационной и т.п. составляющих) заключается в его вкладе в рост национального дохода страны посредством улучшения здоровья населения и увеличение продолжительности трудоспособной жизни населения. При этом возможно рассмотреть как прямой экономический эффект от улучшения медицинской помощи, позволяющей снизить стоимость лечения больного и стоимость одного койко-дня в масштабах страны, так и косвенный — результат улучшения профилактики и лечения, что ведёт к уменьшению общественных затрат ресурсов за счёт экономии средств на борьбу с заболеваниями и к снижению экономического ущерба в связи с утратой трудоспособности и смертностью населения. Несмотря на высокую народнохозяйственную значимость, вышеприведенные эмпирические

данные показывают, что ожидать в ближайшей перспективе существенного укрепления экономического потенциала отрасли на основе роста финансирования здравоохранения в рамках действующей модели ОМС нельзя. Учитывая же общую динамику показателей здравоохранения РФ, необходима модернизация данной модели, выявление существующих проблем и их причин. Для этого рассмотрим действующую модель здравоохранения в РФ более подробно.

Важным элементом системы ОМС являются страховые медицинские организации. Они непосредственно аккумулируют и направляют денежные средства медицинским учреждениям в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи по ОМС; проводят экспертизу качества медицинской помощи и в случае выявления нарушений выставляют штрафы, которые должны оплатить медицинские организации. В системе ОМС могут участвовать не только государственные, но и частные медицинские организации. Для них это участие имеет как положительные, так и негативные моменты. Тем не менее, само по себе участие частных медицинских организаций в программах ОМС полностью соответствует идеологии формирования выбранной в РФ финансовой модели здравоохранения.

Согласно федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» источниками финансирования медицинских организаций могут быть: средства бюджета РФ, средства бюджетов субъектов РФ, органов местного самоуправления, средства фондов обязательного медицинского страхования, средства, поступающие от физических и юридических лиц, иные источники [5]. В то же время бюджетное финансирование имеет ряд ограничений, как по объему, так и по направлениям расходования средств. Преимущественное значение в финансировании медицинской организации имеют средства обязательного медицинского страхования. Они расходуются в соответствии с программами ОМС, которые корректируются государственными отраслевыми структурами управления.

Данные средства формируются за счет средств из взносов работодателей и региональных бюджетов в порядке компенсации за неработающих граждан и поступают в бюджет федерального фонда обязательного медицинского страхования (Единый социальный фонд) и в территориальные фонды. Страховые медицинские организации распределяют средства территориальных фондов среди медицинских организаций. Критериями распределения являются мощность организации, определяемая по количеству прикрепленного населения (или размера коечного фонда), отчетных результатов деятельности, профиля учреждения. Размер поступлений бюджетных средств в лечебное учреждение напрямую определяется количеством привлеченных больных.

В то же время можно выделить и недостатки сложившейся системы. Действующие фонды не в полной мере компенсируют расходы на медицинскую помощь, особенно по ряду заболеваний. Сегмент же платных услуг медпомощи в последнее время имеет стабильную тенденцию к росту, однако оказывается не всем слоям населения доступной. Бюджетные учреждения здравоохранения вправе самостоятельно распоряжаться привлеченными на рынке средствами, однако требуется достаточно четкое обоснование стоимости платной медицинской услуги. Программы добровольного медицинского страхования (ДМС) сталкиваются со значительными проблемами в своем развитии в практике отечественных предприятий, формируя недостаточные стимулы для заключения договоров, причем как физическими, так и юридическими лицами.

Несмотря на постоянный рост номинальных доходов и расходов федерального и территориального бюджетов ОМС, ресурсов для финансирования здравоохранения в надлежащем объеме, как уже отмечалось, не хватает. Государство может профинансировать только часть медицинской помощи, закрепленной в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи с определенным уровнем качества. Исходя из этого, можно сделать вывод, что в ближайшие годы рынок платных услуг медицины будет только расти. Причем государственные (бюджетные) клиники будут предоставлять все больший объем платных услуг, их ассортимент будет расширяться, увеличивая тем самым масштабы их коммерческой деятельности. В то же время это может привести к снижению доступности качественной медицинской помощи населению по программам ОМС, особенно для малообеспеченных слоев населения, в удаленных и труднодоступных районах страны.

Оплата труда и медицинское стимулирование врачей напрямую определяется количеством закрытых статистических талонов (вылеченных больных). Вследствие разной длительности лечения это «отвязывает» материальное стимулирование от актуальных временных периодов и снижает его значимость. Понятно, что справедливой, равновесной заработной платой в медицинской организации может считаться та, имеющая следующие признаки: низкий уровень текучести кадров, высокая укомплектованность кадрами позиций штатного расписания, повышение качества медицинских услуг и пр. Пока ничего значительного из этого перечня в медицинских организациях не наблюдается — неслучайно проблема удержания молодых специалистов сегодня выходит на первоочередное место в законодательных инициативах представительных органов власти.

Нельзя не отметить и влияние труднодоступности ряда диагностических процедур, обследований, больших очередей на их проведение на качество оказания медицинской помощи. В этих условиях возникает вероятность для врачей постановки неправильного диагноза, просчетов в назначении схем лечения. Проблемы модели здравоохранения, основанной на ОМС, проявляются для деятельности медицинских организаций в целом по стране (см. рис. 1).



Рис. 1. Проблемы модели здравоохранения, основанной на ОМС, для медицинских организаций

Важнейшая проблема заключается в том, что система ОМС и оплата в ее рамках медицинской помощи предполагает, по сути, возмещение только текущих расходов медицинской организации. Финансирование осуществляется только на содержание существующей медицинской инфраструктуры, а не на технологическое развитие здравоохранения. Для того, чтобы сгладить этот недостаток, государство давно уже формирует и осуществляет национальные проекты («Здоровье» (2006-2007 гг.); проект модернизации здравоохранения (2011-2012 гг.); «Здравоохранение» (2019-2024 гг.)) [6]. Однако, следует отметить, что это все-таки разовые, не системные решения; они охватывают не все медицинские организации, а к их финансированию модель ОМС не имеет никакого отношения, оно осуществляется из бюджета.

Говоря о медицинских организациях, нельзя не упомянуть и вышеназванные проблемы с оплатой труда медицинских работников. Для организаций это приводит к дефициту кадров, нежеланием выпускников вузов, молодых врачей работать в государственных медицинских организациях. Следует также отметить и недостаточное ресурсное обеспечение, нехватку оборотных средств у профильных учреждений. В системе ОМС участвуют не только государственные (бюджетные), но и частные организации. Однако, их участие носит ограниченный характер. Это связано с тем, что норматив финансирования в Программе государственных гарантий не покрывает все их расходы на лечение пациентов, момент оказания медицинской услуги и момент ее оплаты не совпадают во времени, они опасаются большого объема контрольных процедур и проверок со стороны страховых организаций, бюрократизации документооборота.

Одной из проблем функционирования медицинских организаций в рамках модели ОМС является и то, что она порождает и постоянно воспроизводит целый ряд конфликтов. Это конфликты между страховой компанией и медицинской организацией, ее администрацией и медперсоналом, врачами и пациентами. Последнее особо важно, поскольку в рамках данной модели, зачастую, пациент воспринимает врача как продавца определенной услуги, а себя как покупателя с соответствующим набором требований и обязанностей. И здесь совершенно упускается из виду специфика именно медицинских услуг как особого вида социального взаимодействия.

При формировании существующей модели здравоохранения в основу закладывался ряд принципов: право выбора пациентом медицинской организации и врача, возможность реализации программы ОМС не только государственными, но и частными организациями, разделение функций между субъектами ОМС [7]. Все это должно было повысить и уровень здоровой конкуренции в сфере здравоохранения и, в конечном итоге, доступность и качество медицинской помощи. Однако, по факту, ни одно из этих положений достигнуто не было. Сложившийся рынок медицинских услуг крайне несовершенен. Население прикреплено к территориальным поликлиникам, которые финансируются и управляются директивными методами. Стационарная помощь также основана на централизованном финансировании. Конкуренция между бюджетными организациями, тем более построенными по территориальному принципу, отсутствует.

Поэтому существующей модели специалисты справедливо определяют бюджетную, распределительную, с привлечением частных структур [8]. Ее характерным признаком является ограниченность финансирования. Она связана с недостаточным объемом средств по ОМС и бюджетных источников. Следствием являются заниженные тарифы по Программе государственных гарантий, что не позволяет раз-

виваться как бюджетным организациям в части повышения качества оказываемых услуг, так и интенсифицировать участие в Программе частных. Особенно резко негативные тенденции проявляются в первичном звене здравоохранения. Данная проблема является общепризнанной. Неоднократно принимались решения по модернизации первичной медико-санитарной помощи населению, в том числе в части ее доступности в сельскохозяйственных и удаленных от городских центров районах. Однако она до сих пор не решена.

Необходимо отметить и недостаточную дееспособность существующей модели, основанной на ОМС, в кризисных и экстремальных условиях. Так, например, в период борьбы с пандемией коронавируса государство ограничило деятельность страховых компаний [9]. В постпандемийный период снизило отчисления в фонд медицинского страхования, заменив их напрямую бюджетными средствами. Эти меры серьезно корректируют сложившийся механизм ОМС.

Заявленной целью построения существующей модели здравоохранения, основанной на ОМС, изначально было обеспечение бесплатной и доступной медицинской помощи населению. По факту же при оказании медицинских услуг наблюдается все более расширяющаяся сегментация населения по уровню дохода и рост объема платных услуг вследствие неудовлетворенности качеством бесплатной медицинской помощи. Вместе с тем, в современных условиях, характеризующихся нестабильным экономическим положением, санкционными ограничениями, данную тенденцию несколько ограничивают невысокий уровень зарплат большей части населения и неясная перспектива их изменения. Последнее же является препятствием и дальнейшего развития модели ОМС. Поскольку фонд ОМС формируется за счет отчислений с заработной платы, отсутствие или недостаточность ее роста определяют и недостаточность средств в территориальных фондах ОМС с последующей недостаточной величиной тарифа.

Важнейшей проблемой модели здравоохранения, основанной на ОМС и значительно обострившейся в настоящее время, является сформировавшаяся степень внедрения рыночных принципов в сферу здравоохранения. Последнее неизбежно в условиях рыночной экономики. Однако медицинская сфера имеет особое социальное значение. Поэтому в ней нельзя использовать те же алгоритмы поведения, которые принимаются субъектами рыночной экономики в других отраслях (промышленность, торговля, услуги и пр.). Между тем, в рамках модели ОМС медицинские организации, причем не только частные, все больше и больше начинают использовать те же принципы деятельности, что и обычные коммерческие организации в условиях рыночной экономики, нацеливаясь на максимизацию прибыли.

Отдельного рассмотрения заслуживает проблема использования страховых организаций в системе ОМС. Их задачами являются: заключение договоров страхования, выдача населению страховых полисов, оплата медицинской помощи медицинским организациям, контроль за качеством, объемами, сроками предоставления медицинских услуг в данных организациях. Финансирование страховых медицинских организаций осуществляется территориальными фондами ОМС. Направляемые средства идут на оплату медицинских услуг, формирование резервов и оплату труда работников, занятых в системе ОМС. По сути, частные страховые компании являются посредниками между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями. Они имеют право применять штрафные санкции к медицинским организациям. В условиях, когда тарифы на медицинские услуги ниже их реальной

стоимости с учетом необходимого качества, возможности для санкций за нарушения условий предоставления медицинской помощи достаточно широки. В то же время сами страховые компании какие-либо финансовые риски в условиях низких тарифов на медицинские услуги не несут.

В итоге, существующая модель здравоохранения на основе ОМС накопила в своем применении целый ряд достаточно существенных проблем, тормозящих вывод ее на лидерские позиции в мировых рейтинги. Причем, они проявляются на уровне всех ее субъектов и участников. Более того, как показал проведенный анализ, в существующем виде модель и на перспективу не сможет обеспечить значимого увеличения финансирования здравоохранения, в лучшем случае только возможность поддержания его текущего состояния, а не развития. Поэтому необходима ее комплексная модернизация. Однако для этого следует сформировать ее перспективные направления, определить меры организационного, финансового, социально-экономического характера, соотносясь интересами профессионального сообщества, населения, государства. Сложность этого связана с целым рядом причин, среди которых основными являются ограниченность бюджетных средств, периодически повторяющиеся экстремальные условия развития экономики РФ (пандемия коронавируса, обострение глобального мирового противостояния стран с соответствующей экономической политикой, демографические проблемы), рост доли неработающих граждан, низкий уровень зарплат большинства работающего населения РФ и т.п.

Обсуждение

Проблемы обеспечения достаточного для выполнения государственных программ здравоохранения экономического потенциала существующей моделью здравоохранения в РФ, основанной на ОМС, специалистами неоднократно рассматривались в экономической литературе. Как правило, отмечается, что в гражданском и профессиональном сообществе существует сильная неудовлетворенность существующей системой финансирования, при этом обоснованно делается вывод о том, что доступность бесплатной медицинской помощи будет снижаться, выделяется необходимость ее дальнейшей доработки. Однако, консенсуса в целевых характеристиках модели и, соответственно, направлениях ее совершенствования не наблюдается. Говоря об ОМС, многие, помимо его роли как элемента социальной защиты, акцентируют внимание на том, что это финансовый механизм обеспечения дополнительных средств на здравоохранение [10]. Возникает вопрос, во-первых, можно ли сейчас средства, поступающие по ОМС, считать дополнительными, поскольку, по сути, они только замещают бюджетные средства, не увеличивая их общий объем. Во-вторых, существующий механизм ОМС по своему содержанию, пусть и на основе внебюджетного фонда, весьма близок к налоговому, который используется в рамках бюджетного финансирования. В то же время при увеличении бюджетных средств потенциально ОМС способен обеспечить дополнительный приток финансирования. Согласно В.Т. Корхмазову, неудовлетворенность существующей системой ОМС во многом связана с тем, что сложившиеся в системе здравоохранения экономические стимулы стали более характерны для промышленности и товарно-денежных отношений, и к сожалению, они стали доминировать над медицинской этикой. В качестве конкретных направлений модернизации предлагаются разные шаги. К радикальным преобразованиям можно отнести полную отмену ОМС в РФ, к корректирующим — исключение страховых медицинских организаций из системы участников ОМС [8].

Яковлев Г.И. с соавтором обращал внимание на необходимость формирования достаточного экономического потенциала учреждений здравоохранения в целях их стабильной работы в интересах выполнения государственных гарантий [11].

При формировании направлений модернизации существующей системы ОМС следует согласиться с Н.В. Альвианской, что деятельность любой системы здравоохранения должна оцениваться по результатам — по улучшению здоровья населения, по объективным показателям качества и доступности медицинской помощи, на основании мнения пациентов [12]. О проблемах, связанных с функционированием страховых организаций, говорят и другие специалисты. А.С. Абубакиров определяет их как посредников между клиниками и пациентами, выполняющих роль «касси-ров» [13]. Ревазова Е.А. говорит о дублировании функций фондов ОМС и страховых компаний [14]. В.Н. Кораблев и соавтор, исследуя проблемы ОМС, рекомендуют применительно к особым условиям Дальнего Востока России полностью отказаться от него и перейти к бюджетной модели здравоохранения [15]. Анализируя предложения авторов, представляется, что сам по себе переход к бюджетной модели не сможет значительно изменить сложившееся положение дел, так как автоматически не обеспечит значимое увеличение финансовых средств здравоохранения, их рациональное использование в интересах жизни и здоровья граждан.

Выводы

Реализованная в период постреформенного времени финансовая модель здравоохранения на основе ОМС накопила в своем применении целый ряд достаточно существенных проблем, обнаруживаемых на уровне всех ее субъектов и участников. Более того, как показал проведенный анализ, в существующем виде модель и на перспективу не сможет обеспечить значимого увеличения финансирования здравоохранения, в лучшем случае поддержание работоспособности его текущего состояния. Необходима ее комплексная модернизация по перспективным направлениям, сложность выработки которых обусловлена целым рядом причин, среди которых основными являются ограниченность бюджетных средств, периодически повторяющиеся экстремальные условия развития социума и экономики РФ (пандемия коронавируса, обострение глобального мирового противостояния стран с соответствующей политико-экономической политикой), рост доли неработающих граждан, низкий уровень зарплат большинства работающего населения РФ. Напрашивающийся на первый взгляд переход к бюджетной модели не сможет значительно изменить сложившееся положение дел, так как автоматически не обеспечит значимое увеличение финансирования здравоохранения. Необходимо, учитывая выше-названные подходы, продолжить разработку путей модернизации экономического потенциала отечественного здравоохранения, используя все возможные современные инструменты социальной политики как государственного (бюджетного), так и рыночного характера.

Литература

1. Социально-экономическое положение России 2024 г. М.: Федеральная служба государственной статистики. [Электронный ресурс]. URL: <http://rosstat.gov.ru> >compendium/document/50801 (дата обращения 07.03.2025).
2. Российский статистический ежегодник 2022 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://rosstat.gov.ru> > folder/210/document/12994 (дата обращения 07.03.2025).

3. Российский статистический ежегодник 2023 г. [Электронный ресурс]. URL: <http://rosstat.gov.ru> > folder/210/document/12994 (дата обращения 07.03.2025).
4. Отчет о результатах деятельности Федерального фонда медицинского страхования в 2023 г. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ffoms.gov.ru/> (дата обращения 07.03.2025).
5. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 N 323-ФЗ (последняя редакция). [Электронный ресурс]. URL: <https://www.consultant.ru/> (дата обращения 06.03.2025).
6. Национальный проект «Здравоохранение 2019-2024». [Электронный ресурс]. URL: <https://национальныепроекты.рф/projects/zdravookhranenie/> (дата обращения 06.03.2025).
7. Землячева О.А., Мерзликина Ю.В. Обязательное и добровольное медицинское страхование в России // Научный вестник: Финансы, банки, инвестиции. 2015. № 2 (31). С. 67-73.
8. Корхмазов В.Т. О проблемах и перспективах обязательного медицинского страхования в России // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022. № 5. С. 599-605. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-5-599-618.
9. Перхов В.И., Гриднев О.В. Уроки пандемии COVID-19 для политики в сфере общественного здравоохранения // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2020. № 2. С. 206-219. DOI: 10.24411/2312-2935-2020-10043.
10. Перхов В.И. От мульти- к моноплательщику в Российской системе обязательного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. 2021. № 5. С. 4-9. DOI: 10.21045/1811-0185-2021.5-4.11.
11. Яковлев Г.И., Стрельцов А.В. Особенности формирования экономического потенциала медицинской организации // Финансовый менеджмент. 2024. № 5. С. 170-179.
12. Альвианская Н.В. Финансовое обеспечение территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в 2020-2021 гг. // Вестник ВШОУЗ. 2021. № 1 (23). С. 63-75.
13. Абубакиров А.С. Организационно-экономический механизм обязательного медицинского страхования // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. 2019. № 1. С. 6-15. DOI: 10.25742/NRIPN.2019.01.001.
14. Ревазова Е.А. Обеспечение баланса интересов участников рынка медицинских услуг в условиях страховой медицины // Поддержка конкуренции: экономические и юридические механизмы обеспечения баланса интересов производства и потребления. Монография. М.: Издат. группа «Юрист». 2022.
15. Кораблев В.Н., Филимончикова И.Д. Экономические проблемы медицинского страхования в Российской Федерации // Здравоохранение Дальнего Востока. 2020. № 4. С. 22-28. DOI: 10.33454/1728-1261-2020-3-22-28.

Дата поступления статьи в редакцию: 11.03.2025

Дата принятия статьи в печать: 09.04.2025