

ВОЗВРАТ К ЦЕНТРАЛИЗАЦИИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ФОРМЕ СТРАХОВОЙ СИСТЕМЫ «ЕДИНОГО ПЛАТЕЛЬЩИКА»¹

RETURN TO THE CENTRALIZATION OF HEALTH CARE FINANCING IN THE FORM OF A “SINGLE PAYER” INSURANCE SYSTEM²

**A. Ragozin
V. Grishin**

Summary. Decentralization of management and financing of national health care systems is a global trend of recent decades. This process has its own economic, social, and political logic — however, it has not yet proved its effectiveness and created the problem of resource allocation between regions. The authors give arguments in favor of abandoning the concept of the so-called. “per capita financing” in favor of a new trend towards the recentralization of national health systems. The most effective approach seems to the authors to be the centralization of financing in the format of the “single payer” insurance model.

Keywords: healthcare, distribution of resources between regions and territories, centralization, decentralization, recentralization, per capita financing.

Рагозин Андрей Васильевич

*Кандидат медицинских наук
Директор Центра проблем организации,
финансирования и межтерриториальных отношений
в здравоохранении Института региональной
экономики и межбюджетных отношений, Финансовый
университет при Правительстве Российской
Федерации
г. Москва
AVRagozin@fa.ru*

Гришин Владимир Вадимович

*Профессор, доктор экономических наук
Главный научный сотрудник Центра проблем
организации, финансирования и межтерриториальных
отношений в здравоохранении Института
региональной экономики и межбюджетных
отношений, Финансовый университет при
Правительстве Российской Федерации
г. Москва
VVGrishin@fa.ru*

Аннотация. Децентрализация управления и финансирования национальных систем здравоохранения — мировой тренд последних десятилетий. Этот процесс имеет свою экономическую, социальную и политическую логику — однако пока не доказал свою эффективность и создал проблему распределения ресурсов между регионами. Авторы приводят аргументы в пользу отказа от концепции т.н. «подушевого финансирования» в пользу нового тренда на рецентрализацию национальных систем здравоохранения. Наиболее эффективным подходом авторам представляется централизация финансирования в формате страховой модели «единого плательщика».

Ключевые слова: здравоохранение, распределение ресурсов между регионами и территориями, централизация, децентрализация, рецентрализация, подушевое финансирование.

¹ Статья подготовлена по результатам исследований, выполненных за счет бюджетных средств по государственному заданию Финансового университета при Правительстве Российской Федерации.

² The article was prepared based on the results of research carried out at the expense of budgetary funds under the state assignment of the Financial University under the Government of the Russian Federation.

Введение

Актуальность проблемы распределения ресурсов между различными уровнями финансирования медицинской помощи (центральное правительство, регионы, муниципалитеты) обусловлена разнообразием подходов и неоднозначной эффективностью используемых подходов.

В централизованных системах здравоохранения проблема распределения ресурсов между различными уровнями финансирования медицинской помощи сведена к минимуму, а для децентрализованных систем эта проблема зачастую становится критическим ограничением.

Примером централизованной системы была советская система Семашко, построенная на системе единых нормативов доступности медицинской помощи населению, обеспеченных финансовыми нормативами, выполнение которых гарантировано централизованным распределением ресурсов [1,2,3]. При этом управление было делегировано Министерству здравоохранения СССР, которое по согласованию с Госпланом СССР и Министерством финансов СССР утверждало единую номенклатуру и типовые категории учреждений здравоохранения, их штатные нормативы, типовые таблицы оснащения учреждений здравоохранения медицинской техникой, специальным и хозяйственным оборудованием, инвентарем, предметами ухода за больными. Нижние уровни управления министерства здравоохранения союзных и автономных республик, отделы здравоохранения исполнительных комитетов советов депутатов всех уровней были установлены как единая система Министерства здравоохранения СССР [4].

Поэтому проблема распределения ресурсов между регионами как причина неравенства прав граждан на медицинскую помощь [5] была сведена в СССР к минимуму централизацией управления. Исключением был период т.н. «косыгинской» реформы 1965 г., когда в здравоохранении СССР выросла доля децентрализованных источников финансирования — что отражало не отказ от централизации управления, а привлечение дополнительных ресурсов за счет предприятий и колхозов [6].

В странах Европы, использующих страховую систему Бисмарка (Германия, Австрия, Нидерланды) сложилась децентрализованная система, делегирующая полномочия больничным кассам и больницам, находящихся в партнёрских экономических взаимоотношениях в форме саморегулирования, контролируемого государством. Развитые страны, исходно создавшие централизованные системы Великобритания, Канада,

Австралия, Новая Зеландия, Ирландия, скандинавские страны, Испания, Португалия, Италия прошли путь от централизации к децентрализации: от национального до регионального уровня (например, Норвегия, страны Южной Европы) и даже от национального до муниципального уровня (Финляндия) [7]. Бывшие страны «Восточного блока» сделали выбор в пользу децентрализованных «бисмарковских» страховых моделей, отказавшись от централизованной советской системы Семашко. В России в ходе реформ 1990-х гг. на смену системы Семашко пришла децентрализованная модель, где государственный страховщик (Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования — далее ФОМС) делегирует ряд полномочий территориальным фондам ОМС (далее — ТФОМС), учредителями которых выступают регионы, а те частным страховым медицинским организациям (СМО). При этом значительная часть ресурсов поступает в российское здравоохранение из бюджетной системы [8].

Налицо мировой тренд на децентрализацию здравоохранения, которая превратилась в некий стандарт качественного управления. В ряде стран этот процесс стал частью широкой фискальной и административной децентрализации [9], отражая продвигаемую с середины 1980-х гг. концепцию «Европа регионов», которая полагает неизбежным отмирание национальных европейских государств с их заменой добровольной ассоциацией регионов [7].

Сторонники децентрализации здравоохранения преподносят её как универсальное решение, при котором региональные руководители — как более близкие к нуждам и запросам населения будут лучше использовать ресурсы [10, 11]. В результате сложился взгляд о децентрализации как о «волшебной палочке», которая может решить широкий спектр проблем здравоохранения [12]. Однако в XXI веке эта точка зрения подвергается сомнениям — на смену пришёл тренд на рецентрализацию, на восстановление централизации управления здравоохранением [7].

От централизации через децентрализацию к рецентрализации?

В 2002 г. в Норвегии центральное правительство взяло на себя ответственность за все государственные больницы по всей стране [13, 14]. В Дании в 2006 г. центральное правительство вернуло себе часть обязанностей по здравоохранению [15]. Элементы рецентрализации наблюдаются в Швеции [16, 17] и в Польше [18]. Феномен рецентрализации авторы объясняют рядом факторов — «волнами Кондратьева», старением населения, риском нехватки денег на новые технологии, глобализацией рынков [7], а также недостатками де-

централизации — проблемы планирования и контроля, «региональный эгоизм» (конкуренция регионов за ресурсы), зависимость прав граждан на медицинскую помощь в разных регионах от развития их территорий [19]. Последняя проблема значима для Российской Федерации с её огромной, неравномерно развитой территорией, где мегаполисы с мощной экономикой соседствуют с депрессивными, слабозаселенными территориями, население которых имеет разные показатели демографии, здоровья, заболеваемости и причин смертности.

Методология распределения ресурсов здравоохранения между регионами Российской Федерации: больше вопросов, чем ответов

Сегодня основной инструмент перераспределения средств между регионами в здравоохранении Российской Федерации субвенции ФОМС бюджетам ТФОМС в соответствии с методикой, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 5 мая 2012 г. № 462 [20]. Анализ методики показывает ряд её ограничений. Так, она исходит из предположения об удовлетворительном финансировании здравоохранения региона за прошлые годы — тем самым консервируются исторически сложившиеся дефициты. Не учитывается потребность населения в медицинской помощи его половозрастной состав, показатели заболеваемости, обращаемости за помощью и смертности, а также износ основных средств медицинской инфраструктуры — что требует нецелевого использования средств ОМС на приобретение и ремонт медицинского оборудования. Не учитывает методика межтерриториальные расчеты между субъектами Федерации за медицинскую помощь гражданам других субъектов [21]. Все эти недостатки характерны для перераспределения в рамках и бюджетного финансирования, которое проводится в форме межбюджетных трансфертов и субсидий [22]. Результат системных ограничений децентрализации в совокупности с недостатками механизмов перераспределения как в рамках ОМС, так и в рамках бюджетного финансирования выраженное неравенство субъектов Российской Федерации по финансированию медицинских гарантий населения. Так, по данным некоторых исследований общий размер государственных расходов на здравоохранение (ОМС + средства бюджета) на душу населения в 2018 году колебался от 26,7 тысяч рублей (Чукотский автономный округ) до 10,7 тысяч рублей (Республика Дагестан) [23].

Распределение ресурсов здравоохранения между регионами в развитых странах: неоднозначные выводы

Анализ источников показывает, что системы перераспределения ресурсов здравоохранения между

регионами в развитых странах по ряду показателей более эффективны по сравнению с используемыми в Российской Федерации но имеют и схожие недостатки. Как и в России, используемые развитыми странами методики перераспределения исходят из презумпции достаточности финансирования прошлых лет, а также используют т.н. формулы системного финансирования [24]. Однако в отличие от России, расчет потребностей территорий в финансах идет с использованием оценки потребности населения в медицинской помощи: стандартизированные показатели смертности, половозрастная структура населения, заболеваемость по классам болезней, структура потребления медицинской помощи: клинико-статистические группы, профили амбулаторной медицинской помощи и т.д. [25].

Обсуждение

Суть децентрализации финансирования здравоохранения — дробление общенационального портфеля медицинских рисков на мелкие региональные портфели, что увеличивает риск отклонения фактических расходов от прогнозируемых (расчетных). При этом риск сосредоточен на региональном распорядителе бюджета, который отвечает за управление неопределенностью спроса и затратами. Однако если индивидуальные медицинские риски населения можно статистически оценить и учесть в формулах системного финансирования, то значительную часть популяционных медицинских бюджетных рисков невозможно учесть даже теоретически — например, риск войн, катастроф и эпидемий. Поэтому «подушное финансирование» может быть эффективно в период относительного популяционного благополучия — и даёт сбой, когда сталкивается с популяционной медицинской катастрофой. Наглядный пример пандемия COVID-19, от которой наиболее пострадали страны с «бюджетным» децентрализованным здравоохранением, использующим подушное финансирование: Великобритания, Италия, Швеция, Канада, Испания.

Доказавшим надёжность методом управления бюджетным риском представляется (ре)централизация здравоохранения консолидация индивидуальных и популяционных (региональных, муниципальных и районных) рисков в один общенациональный централизованно управляемый пул, стабильность которого обеспечена не механизмами перераспределения, а страховыми механизмами баланса. Именно этот подход мы видим в централизованных страховых системах «единого плательщика» Тайваня и Южной Кореи, которые гарантируют покрытие медицинских расходов всем гражданам независимо от региона и тем самым нивелируют проблему перераспределения ресурсов между центром, регионами и муниципалитетами — примерно

также, как это имело место в СССР, но с использованием страховых и рыночных механизмов. Вероятно, поэтому эти страны оказались лидерами по эффективности противостояния пандемии COVID-19 [26].

Выводы

1. В централизованных системах здравоохранения проблема справедливого распределения ресурсов между регионами сведена к минимуму.
2. В ходе реформ 1990-х гг. в Российской Федерации на смену централизованной советской модели Семашко пришла децентрализованная модель, неспособная обеспечить справедливое распределение ресурсов между регионами как в силу специфики территориально-демографического развития России, так и из-за малоэффективных методик этого распределения, которые в отличие от развитых стран игнорируют факторы, влияющие на потребности населения в медицинской помощи.

3. К началу XXI века в мире накоплен опыт децентрализации, который позволяет характеризовать децентрализованные модели (в том числе использующие метод «подушевого финансирования») как неоднозначные по своей полезности и уязвимые перед рисками, обусловленными популяционным медицинским неблагополучием.
4. Осознание недостатков децентрализованных систем — причина набирающего силу процесса (ре)централизации систем здравоохранения развитых стран, которая нашла свое наибольшее выражение в появлении и развитии централизованных страховых систем «единого плательщика» (Южная Корея, Тайвань).
5. Оптимальным путем развития системы здравоохранения России представляется отказ от децентрализованного гибридного (бюджетно-страхового) финансирования медицинских гарантий методом подушевого финансирования с переходом на централизованную страховую модель «единого плательщика».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабановский И.В. Вопросы финансирования здравоохранения в СССР. М.: Медицина, 1976. 130 с.
2. Головтеев В.В., Калью П.И., Пустовой И.В. Основы экономики советского здравоохранения. М.: Медицина, 1974. 199 с.
3. Кавале Л.Я. Совершенствование нормативной базы планирования расходов на здравоохранение. В кн.: Роль финансов, кредита и денежного обращения в расширенном воспроизводстве. М.:1. МФИ. 1979. с. 121–128.
4. Постановление Совета министров СССР от 17 июля 1968 года N548 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения СССР». Электронный фонд правовых и нормативно-технических документов. URL: <https://docs.cntd.ru/document/901747229>.
5. Rita Baeten, Slavina Spasova, Bart Vanhercke, Stéphanie Coster. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies. European commission, 2018.
6. Маркина Е.В. Проблемы совершенствования планирования и финансирования расходов государственного бюджета СССР на здравоохранение. Диссертация кандидата экономических наук, Москва, 1985.
7. Saltman Richard B. Decentralization, re-centralization and future European health policy, *European Journal of Public Health*. Vol. 18. Issue 2. April 2008. Pp. 104–106, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckn013>
8. С.В. Шишкин. Реформа финансирования российского здравоохранения. Институт экономики переходного периода. Москва. 2000. 443 с.
9. Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation, and performance. *Social Science and Medicine*. 1998;47(10):1513–27.
10. Mills A, Vaughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I. Health System Decentralization: Concepts, Issues and Country Experience. Geneva: World Health Organization. 1990.
11. Collins C. Decentralization. In: Janovsky K editor(s). Health policy and systems development, WHO document WHO/SHS/NHP/96.1. Geneva: World Health Organization, 1995:161–78
12. Rondinelli, D. Government decentralization in comparative theory and practice in developing countries. *International Review of Administrative Sciences*, 1981;47: 133–45.
13. Hagen TP, Kaarboe OM. The Norwegian hospital reform of 2002: central government takes over ownership of public hospitals. *Health Policy*. 2006 May;76(3):320–33. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.06.014. Epub 2005 Aug 15. PMID: 16099530.
14. Magnussen J, Hagen TP, Kaarboe OM. Centralized or decentralized? A case study of Norwegian hospital reform. *Soc Sci Med*. 2007 May;64(10):2129–37. doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.018.
15. Terkel Christiansen, Karsten Vrangbæk. Hospital centralization and performance in Denmark — Ten years on. *Health Policy*. Volume 122. Issue 4. 2018. Pp. 321–328.
16. Fredriksson, M. Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare. 2012. 74 p.
17. Fredriksson, M., Blomqvist, P. & Winblad, U. Recentralizing healthcare through evidence-based guidelines — striving for national equity in Sweden. *BMC Health Serv Res* 14, 509. 2014. <https://doi.org/10.1186/s12913-014-0509-1>
18. Mikula, Ł., & Kaczmarek, U. From marketization to recentralization: the health-care system reforms in Poland and the post-New Public Management concept. *International Review of Administrative Sciences*, 2019. 85(1), 28. <https://doi.org/10.1177/0020852318773429>

19. Saltman Richard B., Vaida Bankauskaite, Karsten Vrangbaek. Decentralization in health care: strategies and outcomes. World Health Organization 2007 on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. European Observatory on Health Systems and Policies Series. McGraw-Hill Education. England. 2007. 298 p.
20. Постановление Правительства РФ от 5 мая 2012 г. N462 «О порядке распределения, предоставления и расходования субвенций из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на осуществление переданных органам государственной власти субъектов Российской Федерации полномочий Российской Федерации в сфере обязательного медицинского страхования». Гарант. URL: <https://base.garant.ru/70173870/>
21. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации» утвержден Коллегией Счетной палаты Российской Федерации 30 марта 2021 год. URL: <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf>
22. Доклад об основных направлениях повышения эффективности бюджетных расходов в субъектах Российской Федерации. Министерство финансов Российской Федерации. Москва, 2016. URL: https://minfin.gov.ru/common/upload/library/2016/04/main/doklad_RK_bud_ras_sub_200416.pdf
23. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.). Факты и предложения // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 4. С. 4–19. doi: 10.24411/2411–8621–2019–14001
24. Smith P. Formula funding of public services, London: Routledge; 2006.
25. Тепцова Т.С., Федяев Д.В., и др. Зарубежный опыт определения потребности в финансировании медицинской помощи на основании учета региональных особенностей. Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2020;42(4):38–44. <https://doi.org/10.17116/medtech20204204138>
26. Рагозин А.В., Гришин В.В., Глазунова С.А., Лин Ш.Ц. Пандемия COVID-19 как повод пересмотреть политику «оптимизации» стационаров // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2022. Т. 8, № 3. С. 56–66. DOI: <https://doi.org/10.33029/2411–8621–2022–8–3–56–66>

© Рагозин Андрей Васильевич (AVRagozin@fa.ru), Гришин Владимир Вадимович (VVGrishin@fa.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Финансовый университет при Правительстве РФ