

Институт экономики переходного периода

Научные труды № 125Р

С. Шишкин, Л. Попович

**Анализ перспектив развития частного
финансирования здравоохранения**

Москва
ИЭПП
2009

УДК [338.46:61]+368.9
ББК 65.495-93+ 65.271.316

Ш65 Шишкин, Сергей Владимирович.

Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения / С. Шишкин, Л. Попович. – М. : ИЭПП, 2009. – 112 с.: ил. – (Научные труды / Ин-т экономики переход. периода; № 125Р). – ISBN 978-5-93255-272-8.

Л. Попович, Лариса Дмитриевна.

Агентство СІР РГБ

В работе анализируются тенденции развития системы частного финансирования здравоохранения в России в 1990-е – 2000-е годы. Рассматриваются современные вызовы системе финансирования здравоохранения и факторы, определяющие развитие основных институциональных форм участия населения и работодателей в финансировании здравоохранения: оплата медицинских услуг, неформальные платежи, добровольное медицинское страхование. Анализируются возможности формирования новых институтов: соплатежей населения при оказании медицинской помощи, лекарственного страхования, медицинских накопительных счетов. Предложены три сценария развития частного финансирования здравоохранения на период до 2020 года.

S.Shishkin, L.Popovich

Analysis of the Prospects of Private Healthcare Financing

This publication contains analysis of the development of the system of private healthcare financing in Russia in 1990s–2000s. The authors study modern challenges to the system of healthcare financing and factors determining the development of main institutional forms of the households and employers participation in financing healthcare: medical service payment, informal payments, voluntary health insurance. The authors analyze possibilities for the formation of new institutions: co-payments of patients for medical services, health insurance, medical savings accounts. Three scenarios were offered for the development of healthcare financing till 2020.

JEL Classification: I10, I11.

УДК [338.46:61]+368.9
ББК 65.495-93+ 65.271.316

ISBN 978-5-93255-272-8

© Институт экономики переходного периода, 2009

Оглавление

1. Введение	5
2. Система частного финансирования здравоохранения в России в 1990-е – 2000-е годы	7
2.1. Частные расходы на медицинскую помощь в России	7
2.2. Добровольное медицинское страхование	10
2.2.1. Масштабы добровольного медицинского страхования	10
2.2.2. Потребители услуг добровольного медицинского страхования	11
2.2.3. Содержание программ добровольного медицинского страхования	13
2.3. Прямая оплата медицинских услуг населением	17
2.4. Региональные особенности развития платных медицинских услуг	22
2.4.1. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов	22
2.4.2. Характеристика развитости платных медицинских услуг в крупнейших городах	23
2.5. Инфраструктура частного сектора здравоохранения	26
2.5.1. Масштабы частного сектора здравоохранения	26
2.5.2. Частные медицинские сети	29
2.5.3. Кадровые ресурсы частных клиник	30
2.5.4. Специализация частных медицинских организаций	31
2.5.5. Медицинские услуги частных клиник	34
2.6. Неформальная оплата медицинской помощи	35
2.6.1. Что понимается под неформальной оплатой медицинской помощи	35
2.6.2. Оценки распространенности практик неформальной оплаты медицинской помощи в России	37
2.6.3. Размеры неформальных платежей	44
2.6.4. Институциональные модели неформальной оплаты медицинской помощи	45
3. Факторы развития частного финансирования здравоохранения	48

3.1. Современные вызовы системе финансирования здравоохранения	48
3.2. Трансформация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.....	51
3.3. Конкурентные преимущества частного сектора здравоохранения.....	55
3.3.1. Причины выбора потребителями частных поставщиков.....	55
3.3.2. Сравнительная оценка перспектив усиления конкурентных преимуществ государственных и частных поставщиков медицинских услуг	58
3.4. Условия развития добровольного медицинского страхования	63
3.5. Факторы воспроизводства практик неформальной оплаты медицинских услуг	71
3.6. Возможности формирования новых институтов частного финансирования оказания медицинской помощи.....	78
3.6.1. Соплатежи населения при оказании медицинской помощи.....	79
3.6.2. Лекарственное страхование.....	82
3.6.3. Медицинские накопительные счета.....	85
4. Сценарии развития частного финансирования здравоохранения	88
4.1. Инерционный сценарий.....	88
4.2. Либеральный сценарий.....	90
4.3. Модернизационный сценарий.....	92
5. Заключение.....	96
Источники.....	103

1. Введение

Система частного финансирования здравоохранения за счет средств населения, работодателей и других источников сформировалась в 90-е годы как замещающая сокращавшиеся государственные расходы. В условиях экономического роста, несмотря на увеличение государственного финансирования здравоохранения, наблюдался рост частных расходов на медицинскую помощь и числа оказывающих ее частных медицинских организаций.

В будущем конкуренция работодателей за высококвалифицированную рабочую силу будет нарастать. Это вызовет расширение спроса на эффективно функционирующие системы негосударственного медицинского страхования и оказания медицинской помощи работникам, прежде всего в крупных корпорациях. Развитие экономики приведет к существенному расширению численности среднего класса, для которого будет характерно более ответственное отношение к здоровью, желание и способность вкладывать средства в профилактику и лечение заболеваний. Средний класс будет формировать более высокие требования к качеству медицинской помощи и к развитию институтов добровольного страхования, накопительного финансирования медицинской помощи и т.п.

Будущее российского здравоохранения во многом будет определяться тем, какие механизмы получения услуг требуемого качества будут для населения наиболее эффективными. Сейчас это механизмы платных медицинских услуг и неформальных платежей. Но они не обеспечивают действенной защиты пациентов против вымогательства, навязывания избыточных услуг, минимизации последствий врачебных ошибок. Альтернативой является медицинское страхование, в котором между врачом и пациентом появляется информированный посредник, экономический заинтересованный в своевременном, качественном и эффективном лечении застрахованных.

Перспективы развития частного финансирования здравоохранения будут зависеть как от темпов развития экономики, так и от темпов модернизации существующей системы здравоохранения и системы обязательного медицинского страхования. В среднесрочной

перспективе возможны различные сценарии развития частного финансирования здравоохранения. Их анализ будет иметь большое практическое значение для определения направлений государственной политики по развитию здравоохранения.

Цель исследования: выявление сложившихся тенденций развития системы частного финансирования здравоохранения, вызовов к этой системе, порождаемых развитием экономики, факторов и возможных направлений ее трансформации в среднесрочной перспективе

Задачи исследования:

- Систематизация данных о размерах частного финансирования здравоохранения и частной системы здравоохранения в России.
- Выявление тенденций развития частного финансирования здравоохранения в России в 90-е – 2000-е годы.
- Анализ существующих институциональных условий участия населения и работодателей в финансировании здравоохранения (платные медицинские услуги, неформальные платежи, добровольное медицинское страхование).
- Анализ факторов развития частного финансирования здравоохранения.
- Формирование сценариев развития частного финансирования здравоохранения на период до 2020 г.
- Разработка рекомендаций о направлениях государственной политики по отношению к развитию частного финансирования здравоохранения.

2. Система частного финансирования здравоохранения в России в 1990-е – 2000-е годы

2.1. Частные расходы на медицинскую помощь в России

Государственная статистика собирает данные лишь об отдельных компонентах частных расходов на здравоохранение: расходах населения на медицинские услуги и медикаменты, данные о взносах и выплатах по добровольному медицинскому страхованию. Существуют оценки Всемирной организации здравоохранения расходов частных коммерческих организаций и некоммерческих организаций, а также экспертные оценки размеров неформальной оплаты медицинских услуг. Опираясь на такие оценки, размеры совокупных частных расходов на здравоохранение в России можно оценить в размере 2,2% ВВП в 2004 г. (см. *табл. 1*).

Таблица 1

Расходы на здравоохранение в России в 2004 г., % ВВП

Общие расходы на здравоохранение	5,33
Государственные расходы на здравоохранение	3,14*
Частные расходы на здравоохранение	2,19
Взносы на добровольное медицинское страхование	0,23**
Расходы населения непосредственно на оплату медицинской помощи	1,50
На медикаменты	1,03**
На платные медицинские услуги	0,33***
Неформальные платежи	0,14****
Расходы частных коммерческих организаций	0,15*
Расходы негосударственных некоммерческих организаций	0,31*
Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах, %	41
Доля расходов населения непосредственно на оплату медицинской помощи в частных расходах, %	68

Источники:

* – WHO Euro Office data. В государственные расходы включены бюджетные расходы на здравоохранение, взносы в систему обязательного медицинского страхования, расходы системы социального страхования на санаторно-курортное лечение. Расходы частных коммерческих организаций не включают взносы на медицинское

страхование. Расходы негосударственных некоммерческих организаций включают расходы на оказание услуг населению бесплатно или по льготным ценам.

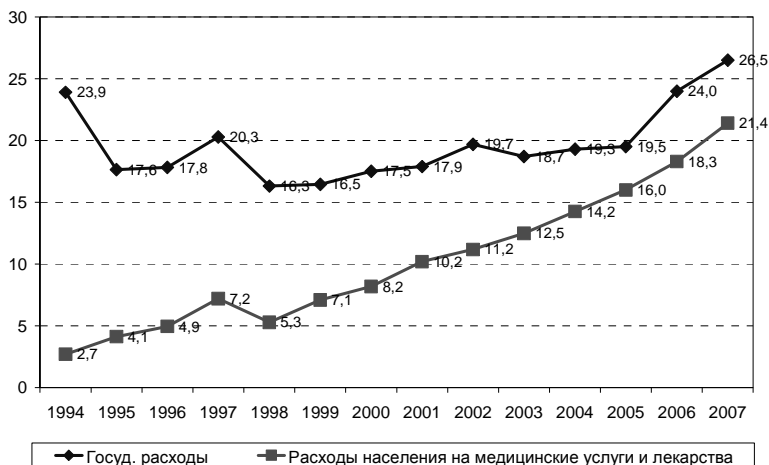
** – Данные Росстата.

*** – Рассчитано как разность между объемом платных медицинских услуг и выплатами по добровольному медицинскому страхованию.

**** – Расчет на основе оценки размеров неформальных платежей по отношению к платежам в кассу – 42% (Шикин и др., 2004: 209).

Частные расходы составляют 41% от общих расходов на здравоохранение, что является довольно большой величиной в сравнении со странами ЕС, где этот показатель равнялся в 2004 г. 25% (*European health for all database*).

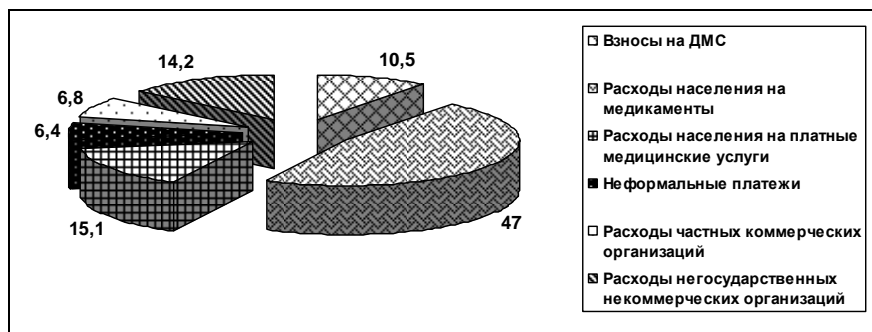
Данные Росстата позволяют оценить динамику роста затрат на платные медицинские услуги и приобретение медикаментов (см. рис. 1). За период с 1994 по 2007 г. они выросли в сопоставимых ценах в 7,9 раза, в то время как государственные в 2006 г. превысили уровень 1994 г. лишь в 1,1 раза. При этом с 2000 г. государственные затраты на здравоохранение выросли в 1,5 раза, но в то же самое время частные увеличились в 2,6 раза.



Источник: расчеты по данным Росстата.

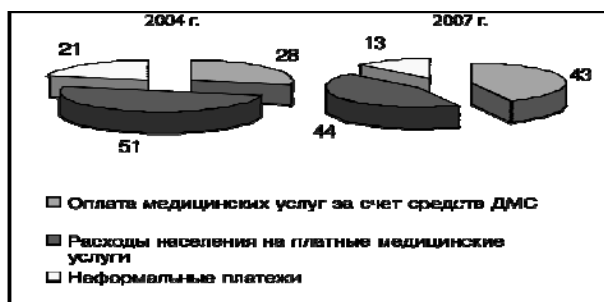
Рис. 1. Государственные и частные расходы на здравоохранение в 1994–2007 гг., в ценах 1994 г.

В структуре частных расходов на здравоохранение (см. рис. 2) почти половину (47% в 2004 г.) составляют затраты населения на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в розничной сети. Расходы населения на платные медицинские услуги и неформальные платежи в сумме достигают 21,5% частных расходов. Взносы на добровольное медицинское страхование достигают 10,5% частных расходов.



Источник: данные табл. 1.

Рис. 2. Структура частных расходов на здравоохранение в 2004 г., %



Примечание. 2004 г. – оценка авторов по данным Росстата (Шишкин и др., 2004); 2007 г. – оценка Discovery Research Group, 2007.

Рис. 3. Структура расходов на оплату медицинских услуг в 2004 и 2007 гг., %

Оплата медицинских услуг за счет частных средств производится по трем каналам: добровольное медицинское страхование (ДМС), прямые платежи населения в кассу медицинских организаций и платежи населения непосредственно медицинским работникам (неформальная оплата). Оценки структуры расходов на оплату медицинских услуг представлены на *рис. 3*. Если руководствоваться данными Росстата об объемах платных медицинских услуг и оценкой соотношения размеров неформальных платежей и расходов населения на оплату медицинских услуг в кассу (*Шишкин и др., 2004*), то в структуре расходов более половины – 51% – составляет прямая оплата в кассу, 28% приходится на оплату услуг за счет средств ДМС, и 21% составляют неформальные платежи. По данным контент-анализа публикаций в СМИ, проведенного Discovery Research Group в 2007 г., в структуре рынка платных медицинских услуг прямые платежи населения и оплата за счет ДМС составляют примерно одинаковую доли: 44% и 43% соответственно, а неформальные платежи достигают 13%.

2.2. Добровольное медицинское страхование

2.2.1. Масштабы добровольного медицинского страхования

Размеры расходов на добровольное медицинское страхование растут в последние годы быстрыми, но не стабильными темпами (см. *табл. 2*). В 2007 г., согласно официальным данным, по ДМС было собрано 63,6 млрд руб.

Таблица 2

Страховые премии (взносы) и выплаты по добровольному медицинскому страхованию в 2000–2007 гг.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Страховые премии (взносы), млрд руб.	12,8	23,3	26,7	31,3	39,1	45,6	53,4	63,6
Выплаты по договорам страхования, млрд руб.	6,9	13,3	18,4	23,7	31,1	35,2	39,6	47,7
Темпы роста взносов		1,71	1,13	1,35	1,05	1,08	1,21	1,19

Источник: данные Росстата.

2.2.2. Потребители услуг добровольного медицинского страхования

По данным опросов, проводимых в рамках проекта «Индекс потребительских настроений в России (ИПН)»¹, доля граждан, застрахованных в системе ДМС, среди взрослого населения (16 лет и старше) составила 17,2% в марте 2006 г. и 14,7% в июне 2008 г.

Для большей части застрахованных по ДМС страхователями выступают работодатели. Доля индивидуальных клиентов, по оценкам большинства страховых компаний, пока составляет от 5 до 10% (Комлева, 2007). Иногда работодатель, не имеющий возможности оплатить полную стоимость страховки, в качестве дополнительного бонуса частично компенсирует стоимость полиса ДМС работника.

Согласно данным исследования Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" (Центр стратегических исследований ОАО "Росгосстрах", 2008)², медицинскими услугами по страховке, которую оплачивает работодатель, в 2008 г. пользовались 12% населения крупных и средних городов России, а по страховке, приобретенной за свой счет – лишь 3%.

В исследовании Росбизнесконсалтинга, проведенном в 2007 г., объектами анализа выступали домохозяйства – пользователи сети Интернет в 11 крупнейших городах страны³ (Росбизнесконсалтинг, 2008). Среди них медицинское обслуживание в рамках добровольного медицинского страхования получали примерно в каждой третьей семье (35,3%), при этом 23% опрошенных домохозяйств имели корпоративное ДМС, полностью оплаченное компанией-работодателем.

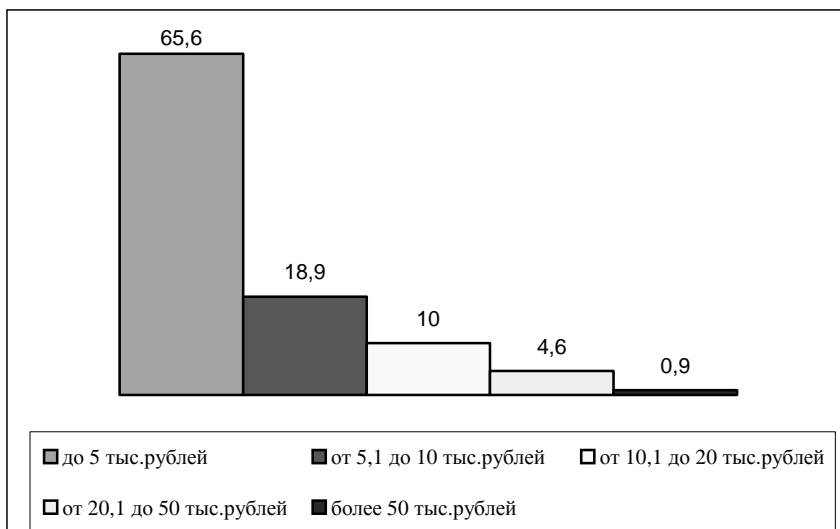
¹ Опросы проводились один раз в три месяца по выборке 2,0 тысячи респондентов (до середины 2007 г. – 2,5 тысячи респондентов), репрезентирующей мнение взрослого (старше 16 лет) населения страны. В марте 2006 г. и в июне 2008 г. в анкету, помимо стандартного блока вопросов, были включен вопрос о ДМС.

² По результатам исследования "Потребительская оценка качества медицинских услуг в крупных и средних городах России", проведенного в мае 2008 г. с выборкой 6222 респондента в 36 городах.

³ Исследование было проведено компанией "Росбизнесконсалтинг" на базе интернет-панели компании Online Market Intelligence (ОМІ) с 25 декабря 2007 г. по 14 января 2008 г. посредством web-опроса 4865 интернет-пользователей старше 18 лет. По полу и возрасту выборка не квотировалась (Росбизнесконсалтинг, 2008).

Порядка 19% семей имели ДМС, оплаченное полностью или частично за свой счет (а частично оплаченных работодателем).

По данным этого исследования, для основной части потребителей ДМС затраты на страховку не превышали 5 тыс. рублей – 65,6%. Доля домохозяйств, расходующих на ДМС, более 20 тыс. рублей составила 5,5% (см. рис. 4).



Источник: Росбизнесконсалтинг, 2008.

Рис. 4. Затраты на ДМС в 2007 г., % от числа домохозяйств, имевших полисы ДМС

По экспертной оценке, крупные предприятия уже практически все финансируют ДМС для своих работников (Комлева, 2007; Митрофанов, 2004; Эксперт РА, 2006), и эти страхователи поделены между страховщиками на рынке ДМС. Руководители страховых компаний уже отмечают рост спроса на услуги добровольного медицинского страхования со стороны малого и среднего бизнеса, и соответственно увеличивают количество предложений для подобно-

го рода клиентов. В портфеле страховщиков доля предприятий малого и среднего бизнеса в последнее время достигает 60–70%.

Эти оценки подтверждаются данными исследования проведенного Сообществом менеджеров E-executive¹: лишь немногим более половины компаний осуществляют медицинское страхование своих сотрудников в течение более чем трех лет. Более 6 лет ДМС используют 17,7% компаний, от 3 до 6 лет – 36,4%, от 1 до 3 лет – 30,5%, и первый год используют 15,5% (Богдановский, Арутюнова, 2007).

Основными потребителями услуг ДМС в сегменте малого и среднего бизнеса являются:

- организации, предоставляющие маркетинговые и консалтинговые услуги – 42% от общего количества договоров с предприятиями малого и среднего бизнеса);
- предприятия, предоставляющие услуги в сфере развлечений (32% от общего количества договоров с предприятиями малого и среднего бизнеса).

Активно добровольное медицинское страхование осуществляют предприятия, специализирующиеся на выпуске высокотехнологичных видах продукции. Кроме того, часто заключают договоры ДМС:

- риэлторские фирмы;
- ИТ-компании;
- издательства;
- фирмы-перевозчики;
- строительные компании, занимающиеся ремонтом и отделкой помещений;
- стоматологические клиники.

2.2.3. Содержание программ добровольного медицинского страхования

Страховщики обычно предлагают полисы ДМС, включающие в себя: амбулаторно-поликлиническую помощь, безоперационный стационар, хирургический стационар, стоматологическую помощь,

¹ Исследование проведено путем опроса в сентябре–октябре 2005 г. 333 менеджеров корпораций, принимающих решения о покупке услуг ДМС для сотрудников.

комплексное медицинское обслуживание, дородовое наблюдение женщин, оказание акушерской помощи, индивидуальное ведение родов, восстановление и реабилитацию, скорую медицинскую помощь. Большинство страховых компаний предлагают комплексные программы ДМС, включающие в себя различные виды базовых медицинских программ (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационар, стоматология и выезд скорой помощи).

При этом согласно результатам исследования MRS Business Research Company (*MRS Business Research Company, 2005*), корпоративные и индивидуальные страхователи выбирают различающиеся по наполнению программы ДМС. В *табл. 3* представлены оценки востребованности отдельных видов медицинской помощи, включаемых в программы ДМС.

Таблица 3

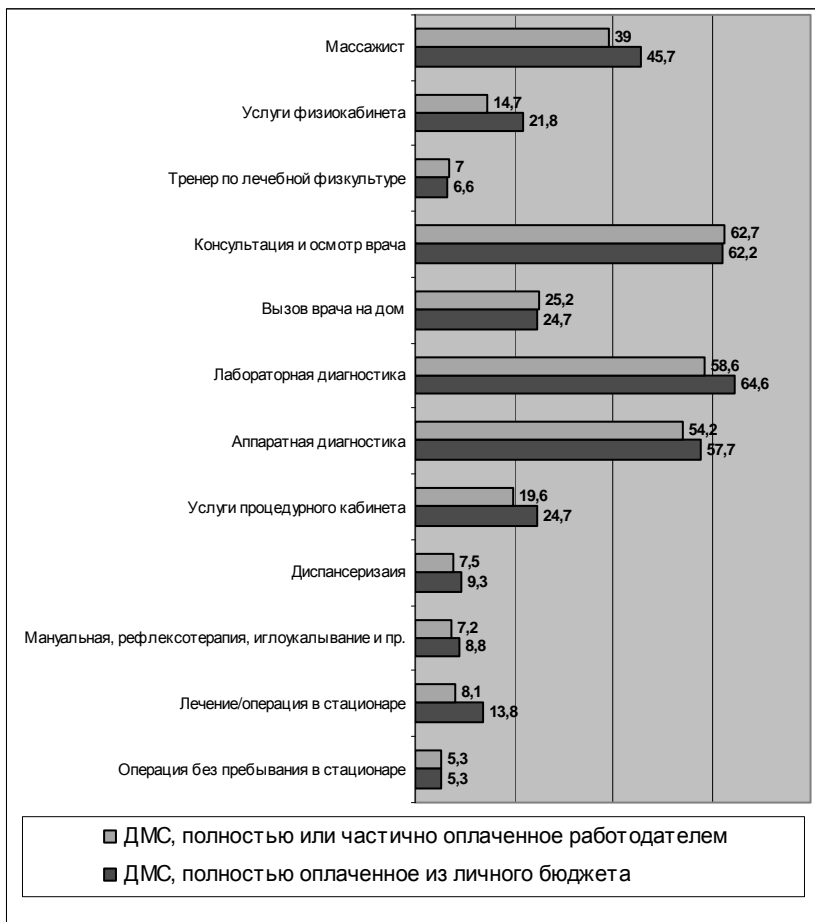
Востребованность отдельных видов медицинской помощи в рамках программ ДМС корпоративными и индивидуальными страхователями

Вид услуги	Корпоративные клиенты	Индивидуальные клиенты
Поликлиническое обслуживание (с возможностью вызова врача на дом, стоматологическим обслуживанием и скорой медицинской помощью)	Всегда	Очень часто
Стационарное обслуживание (по экстренным и плановым показаниям)	Практически всегда	Практически всегда
Стоматологическое обслуживание (в специализированных стоматологических клиниках)	Часто	Часто
Услуги скорой медицинской помощи	Часто	Иногда
Программы по ведению беременности	Очень редко	Иногда
Программа «Роды»	Очень редко	Иногда
Обслуживание детей от 0 до 18 лет по стандартным и индивидуальным программам	Очень редко	Иногда
Санаторно-курортное обслуживание	Иногда	Очень редко

Источник: MRS Business Research Company, 2005.

Существуют различия и между видами медицинских услуг, включаемых в программы ДМС, которые оплачивают работодатели, и которые покупают сами работники (см. *рис. 5*). Индивидуально оплачиваемые программы ДМС чаще предусматривают получение ди-

агностических услуг, проведение диспансеризации, услуги процедурного кабинета, массажиста, физиотерапевтического кабинета, а также стационарное лечение.

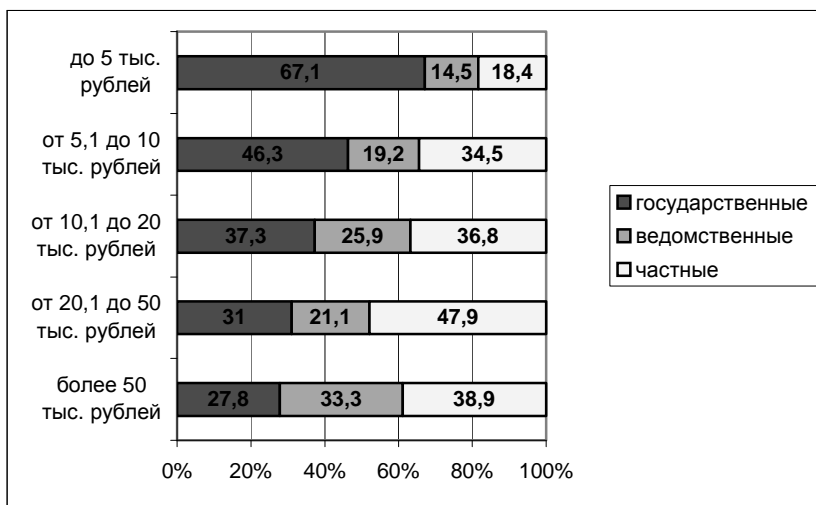


Источник: Росбизнесконсалтинг, 2008.

Рис. 5. Доля домохозяйств, имеющих в программе ДМС определенные услуги, в зависимости от типа их оплаты, %

В целом же программы ДМС пока преимущественно ориентированы на получение амбулаторной помощи, и лишь примерно десятая часть застрахованных может рассчитывать на лечение в стационаре.

Рассматривая содержание страховых программ, чрезвычайно важно также отметить, что в рамках ДМС, как правило, не страхуются риски возникновения онкологических заболеваний, осложнения, вызванные врожденными пороками, заболевания, вызванные употреблением наркотических средств и алкоголя, СПИД.



Источник: Росбизнесконсалтинг, 2008.

Рис. 6. Распределение клиник по форме собственности, к которым прикрепляют застрахованных по ДМС, в зависимости от стоимости страховок

Существующие программы ДМС, как правило, предусматривают прикрепление застрахованных к определенным медицинским организациям. Прикрепление осуществляется ко всем типам клиник: государственным, ведомственным и частным. На рис. 6 представлены данные о структуре клиник по форме собственности, к которым прикрепляют застрахованных по ДМС, в зависимости от стоимости

страховок. Доля государственных медицинских учреждений уменьшается по мере удорожания страховок, а доля частных клиник возрастает. Относительно стабильной является доля ведомственных клиник. Доли всех типов клиник наиболее близки только в группе наиболее дорогостоящих программ ДМС (от 50 тыс. рублей).

2.3. Прямая оплата медицинских услуг населением

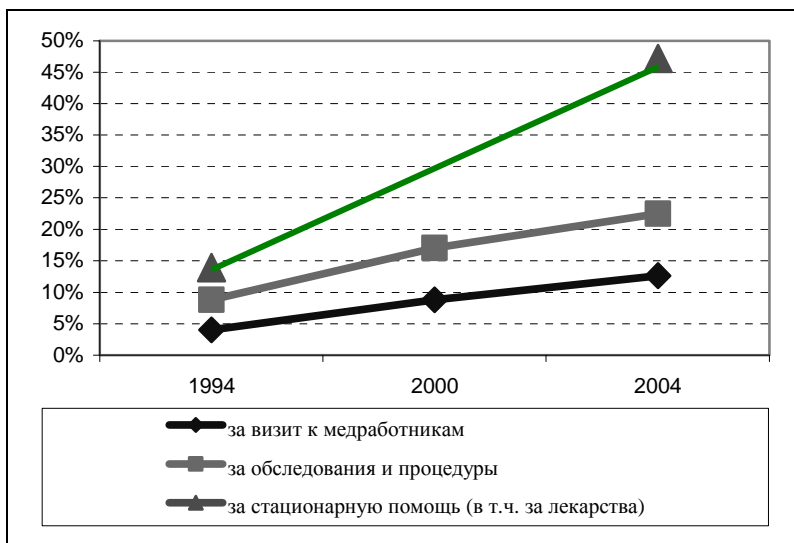
Прямая оплата медицинских услуг населением в кассу медицинских организаций является ведущей формой частного финансирования оказания медицинской помощи населению в России. Обращение за платными медицинскими услугами устойчиво растет. О темпах этого процесса можно судить по данным разных раундов панельного опроса «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения (РМЭЗ)» (рис. 7). Доля пациентов, плативших за амбулаторную помощь, увеличилась за период с 1994 г. по 2004 г. в 3,1 раза, доля плативших за дополнительные обследования и процедуры – в 2,5 раза, а за лечение в стационарах – в 3,4 раза. Чаще всего население платит за медицинскую помощь в стационаре, и именно по этому виду услуг наблюдается наиболее значительное увеличение доли плативших. Для большей части домохозяйств оплата лечения из собственных средств стала условием получения медицинской помощи в нужном объеме и нужного качества.

Если судить по данным Росстата, то общий объем платежей населения за медицинские услуги вырос с 20,5 млрд руб., в 2000 г. до 97,1 млрд руб. в 2006 г. в номинальном выражении¹, или в 1,56 раз в реальном выражении.

Возможности прибегать к платной медицинской помощи напрямую зависит от уровня доходов населения. По данным РМЭЗ, в 2004 г. самые состоятельные платили за визит к медработникам почти в 2,5 раза чаще, чем люди с более низким доходом (рис. 8). При улучшении материального положения увеличивается доля пациентов, которые платят за лечение в больницах (рис. 9). Сравнивая эти ре-

¹ Рассчитано как разность между данными об объеме платных медицинских услуг и выплатами по добровольному медицинскому страхованию.

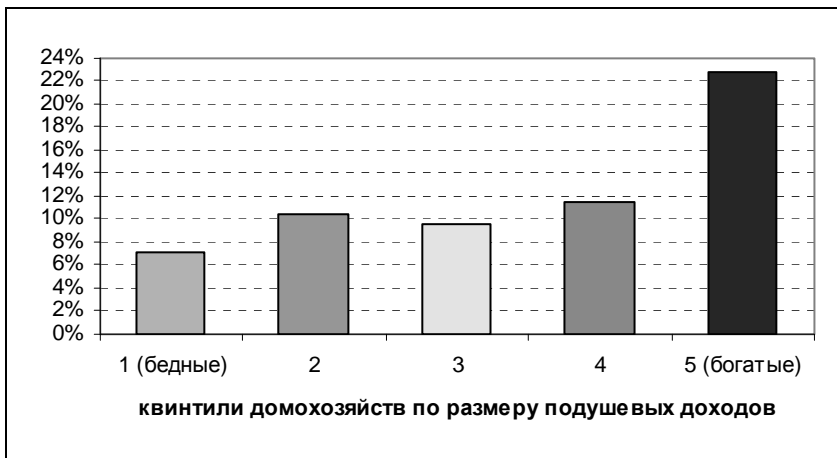
зультаты, стоит обратить внимание на то, что доля плативших за амбулаторную помощь скачкообразно увеличивается при переходе от четвертого к пятому доходному квинтилю, в то время как доля плативших за стационарную помощь резко возрастает при переходе от первого квинтиля ко второму. Это можно объяснить как отражение большей распространенности практик принуждения к оплате медицинских услуг в стационарах по сравнению с поликлиниками. За платной амбулаторной помощью чаще обращается наиболее богатая часть населения по собственному желанию.



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ пятого (1994 г.), девятого (2000 г.), тринадцатого (2004 г.) раундов (НИСП, 2007).

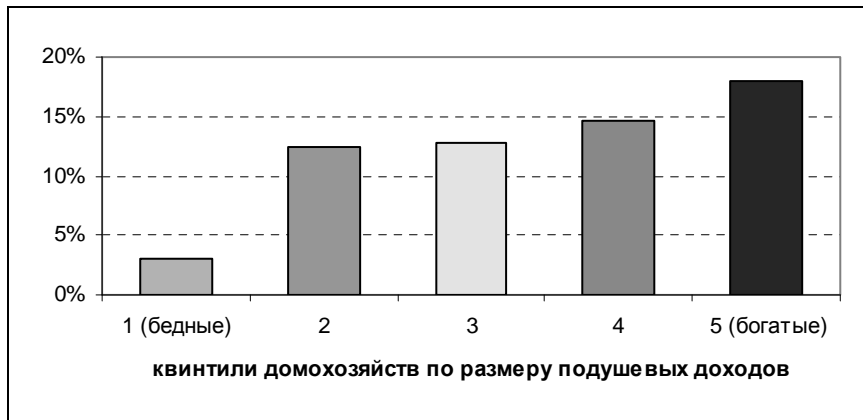
Рис. 7. Доля плативших за различные виды медицинской помощи в 1994, 2000¹ и 2004 гг., в %

¹ Данные о плативших за стационарную помощь в 2000 г. исключены из сравнения, поскольку не позволяют учесть плативших за лекарства при лечении в стационаре.



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г. (НИСП, 2007).

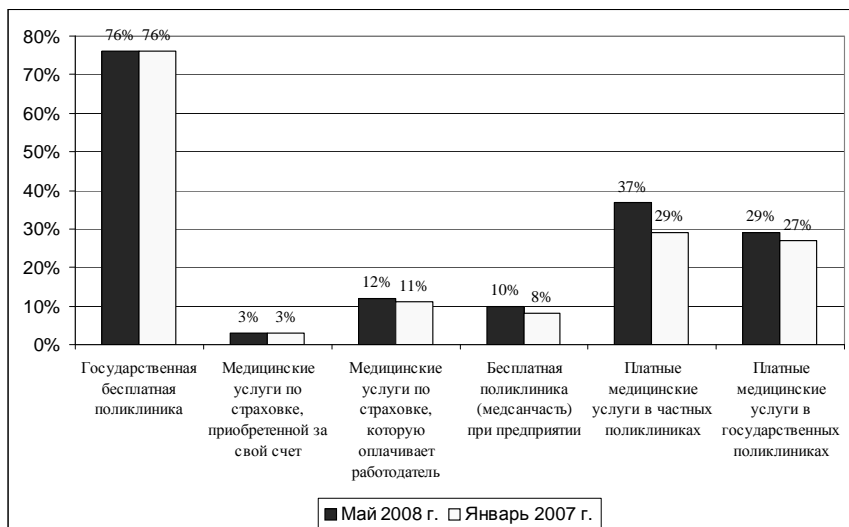
Рис. 8. Доля плативших за визит к медработникам в группах населения с разным доходом в 2004 г., в %



Источник: рассчитано по данным РМЭЗ, 2004 г.

Рис. 9. Доля плативших за стационарную помощь в группах населения с разным доходом в 2004 г., в %

Согласно данным исследования Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" (*Центр стратегических исследований ОАО "Росгосстрах", 2008*), на фоне роста реальных доходов жители крупных и средних российских городов за последние полтора года стали чаще обращаться за платными медицинскими услугами (см. *рис. 10*).



Источник: Центр стратегических исследований ОАО "Росгосстрах", 2008.

Рис. 10. Доля потребителей, пользовавшихся различными формами медицинских услуг

По данным исследования Росбизнесконсалтинга за 2008 г., 92% опрошенных пользователей Интернета в крупных городах обращались за медицинской помощью в 2007 г., и подавляющее большинство участников опроса (87%) отметили, что они и члены их семьи за прошедший год тратили деньги из семейного бюджета на медицинское обслуживание. Средние затраты на врачей и лекарства в год составили 12,4 тыс. руб.; полтора года назад этот показатель был в 1,5 раза меньше. Более 60% опрошенных получали обслуживание в сфере частной медицины (в частных клиниках и кабинетах – 57,1%,

у частнопрактикующего медицинского персонала – 16%). Анализ медицинских услуг, которыми пользуются респонденты с разным уровнем дохода, показал, что вопреки гипотезе о превалировании среди пользователей платных медицинских услуг людей с высоким доходом, платными услугами в государственных/ведомственных клиниках в равной степени пользуются и высоко-, и низко-доходные респонденты. Незначительны различия между показателями доли представителей групп с разным доходом, обращавшихся за платными консультациями врачей, проходившими диспансеризацию, пользовавшимися услугами аппаратной диагностики, лабораторных исследований. Вместе с тем респонденты с высоким доходом преобладают среди тех, кто обращается в частные клиники и кабинеты, к частнопрактикующим врачам и имеет программы прикрепления к клинике. С увеличением дохода опрошенных возрастает частота упоминания услуг массажиста или специалиста по мануальной рефлексо/гирудотерапии или иглоукалыванию, тренера по лечебной физкультуре.

Исследование Ромир, проведенное в 2007 г. методом он-лайн опроса 2228 активных интернет-пользователей от 18 лет и старше, показало, что за платными медицинскими услугами в течение последних 12 месяцев обращались 62% респондентов Ромир (*Ромир, 2007*). Среди них 60% обращались в частные российские клиники, 45% пользовались платными медицинскими услугами, предоставляемыми районными больницами/поликлиниками, 19% – платными медицинскими услугами в ведомственных медицинских учреждениях. Молодые люди несколько чаще, чем по выборке в среднем, предпочитают пользоваться платными услугами государственных поликлиник и больниц (49%). Этот же вариант ответа более характерен для обладателей среднего образования (55%), и респондентов со средним уровнем дохода (59%).

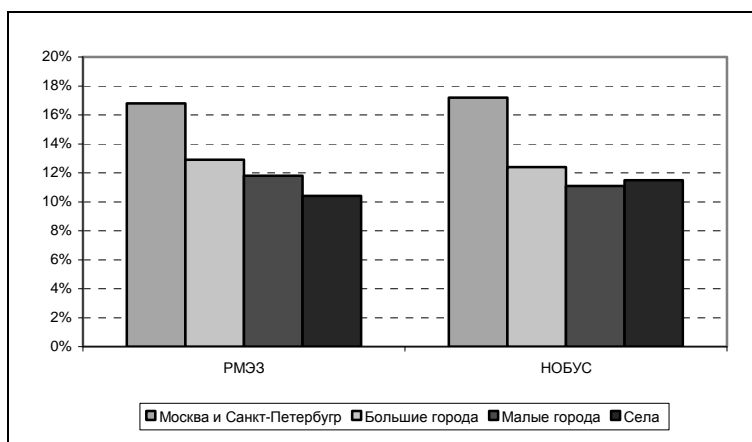
Аналитический центр ИТАР-ТАСС-Урал и Уральский государственный педагогический университет провели в мае 2007 г. социологическое исследование, в ходе которого изучалась востребованность услуг частных клиник среди жителей Екатеринбурга (*ИТАР-ТАСС-*

Урал, 2007)¹. За последние три года лечились в частных клиниках 61,4% респондентов, имеющих детей. Причем среди обратившихся в негосударственные медучреждения были жители с разным уровнем доходов:

- 40% от числа респондентов с низкими доходами;
- 50% – со средними доходами;
- 74% – с высокими доходами.

2.4. Региональные особенности развития платных медицинских услуг

2.4.1. Различия в распространенности практик оплаты медицинской помощи для жителей разных типов населенных пунктов



Источник: рассчитано по данным НОБУС, 2003 г. и РМЭЗ, 2004 г. (НИСП, 2007).

Рис. 11. Доля пациентов среди жителей разных типов населенных пунктов, плативших за амбулаторную помощь в 2003–2004 гг., в %

¹ Исследование проведено в мае 2007 года методом анкетирования среди родителей, имеющих детей школьного возраста. В ходе исследования было опрошено 509 респондентов.

Данные социологических исследований свидетельствуют о различиях в возможностях жителей населенных пунктов разных типов лечиться за плату. Жители крупнейших и больших городов чаще прибегают к оплате амбулаторной помощи, чем жители средних и малых городов и сел (*рис. 11*).

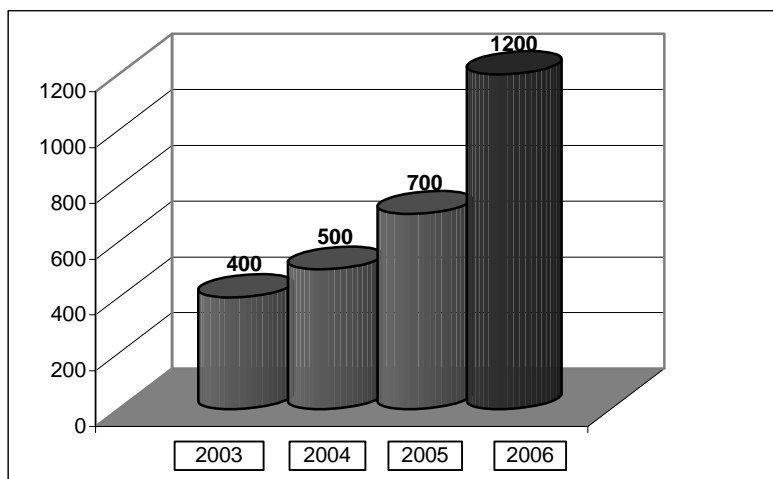
2.4.2. Характеристика развитости платных медицинских услуг в крупнейших городах

2.4.2.1. Платные медицинские услуги в Москве

По данным *Discovery research group (2007)*, на Москву, в которой проживает 10% населения страны, в 2006 г. пришлось 23% легального оборота рынка платных медицинских услуг – 1,2 млрд долл. В среднем за год клиенты платной медицины тратили в Москве от 300 долл. до 500 долл. (*Discovery research group, 2007*). Полученные оценки динамики объема платных медицинских услуг в Москве в долларовом выражении в 2003–2006 гг. (см. *рис. 12*), даже с учетом снижения курса доллара и инфляции свидетельствуют о высоких темпах развития этого рынка в столице.

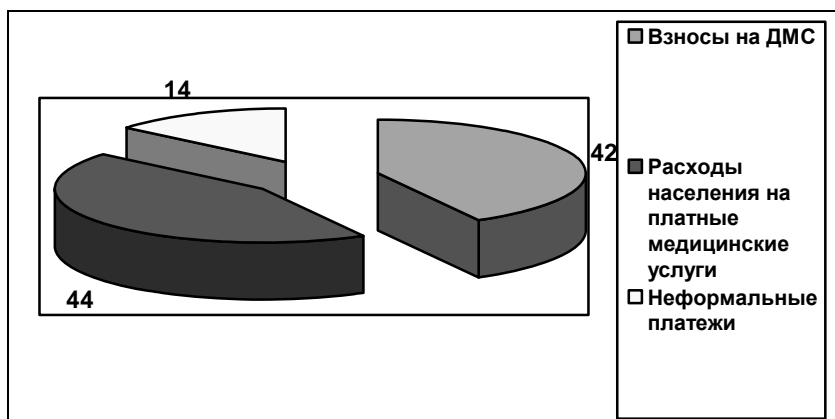
Более высокую оценку размеров рынка платных медицинских услуг в Москве в 2006 г. дает АФК «Система»: 1,85 млрд долл., что составило 35% от общероссийского, причем темпы роста этого рынка в столице составили 20% в год, что ниже темпов роста рынка платных медицинских услуг по России.

Близкую по величине оценку объема московского рынка медицинских услуг в 2006 г. приводит Бизнес статистика (*Бизнес статистика, 2006*): 54 млрд руб., т.е. 1,98 млрд долл.



Источник: Discovery research group, 2007.

Рис. 12. Объемы московского рынка платных медицинских услуг (без учета теневого сектора, стоматологии и частнопрактикующих врачей) 2003–2006 гг., млн долл.



Источник: Discovery research group (2007).

Рис. 13. Структура частных расходов на медицинскую помощь в Москве, 2006 г., %

По оценке Discovery research group 2007 г. наибольшую долю в структуре частных расходов на медицинскую помощь в Москве в 2006 г. составила оплата медицинских услуг населением в кассу медицинских организаций – 44% (около 24 млрд руб. или 0,88 млрд долл.). Объем взносов на добровольное медицинское страхование в 2006 г. составил около 42% (23 млрд руб. или 0,84 млрд долл.). На неформальные платежи пришлось 14% (рис. 13).

Как показало исследование Discovery research group 2007 г., 85% респондентов из Москвы обращаются в платные медицинские учреждения из-за высокого качества оказываемых услуг. А для 75% опрошенных основным мотивом обращения служит уровень сервиса в платных медицинских учреждениях. Более половины респондентов обращаются к платным услугам из-за высокой скорости обслуживания (57%), а также потому, что не имеют возможности получать необходимое медицинское обслуживание бесплатно (54%). Различия в причинах обращения к платным услугам среди респондентов разных половозрастных групп незначительны: мужчины 25–34 лет приходят в описываемые учреждения преимущественно из-за скорости обслуживания (78%), а мужчины 35–54 лет – из-за высокого уровня сервиса (76%). 45% опрошенных обращались за диагностическими услугами.

2.4.2.2. Платные медицинские услуги в Санкт-Петербурге

По оценкам Business Vision, объем рынка платной медицинской помощи в Санкт-Петербурге в 2004 г. составил примерно 194 млн долл., доля частных элитных медицинских центров составила 8% (15 млн долл.) от общего объема рынка, а прочих частных медицинских центров – 23% (44 млн долл.) (Discovery research group, 2007).

По данным исследования Discovery research group 2007 г. в среднем за год семьи в Санкт-Петербурге, обращавшиеся за платными медицинскими услугами, тратили на оплату медицинской помощи от 200 долл. до 500 долл. (без учета медикаментов). Основной причиной пользования услугами платной медицины является высокое качество оказываемых услуг (так ответили 79% всех респондентов).

Так, например, для 65% мужчин и 75% женщин 25–34 лет главной причиной является высокий уровень сервиса. В возрасте же старше 55 лет 85% мужчин обращаются в платные медицинские учреждения из-за невозможности получить необходимое лечение бесплатно. 55% опрошенных обращались за диагностическими услугами. 96% участников опроса довольны тем медицинским заведением, в котором получали необходимые услуги. 86% всех респондентов не готовы сменить медицинское учреждение на другое.

2.5. Инфраструктура частного сектора здравоохранения

2.5.1. Масштабы частного сектора здравоохранения

По состоянию на 2006 г., число амбулаторно-поликлинических учреждений в частной форме собственности составило 4206, а число больничных учреждений – 148. Для сравнения, число государственных и муниципальных амбулаторно-поликлинических учреждений составило в 2006 г. 13583, а больничных учреждений – 7478.

В 2006 г. доля организаций частной формы собственности в общем числе амбулаторно-поликлинических учреждений была уже весьма значительной – 22,4%, но их мощность, измеряемая числом посещений в смену, составила всего лишь 3,0% (см. *табл. 4*). Доля частных стационаров составила в общей численности больничных учреждений 4,3%, а в коечном фонде – 2,3%. Данные о числе частных медицинских организаций в 2007 г. представлены в *табл. 5*. По данным Минздравсоцразвития (*Минздравсоцразвития, 2008*), доля частных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав больничных учреждений) в их общем числе достигла в 2007 г. уже 28,4%. Представленные показатели свидетельствуют о высоких темпах развития частной системы здравоохранения.

Таблица 4

Амбулаторно-поликлинические и больничные учреждения в Российской Федерации по формам собственности¹

	1995	2000	2005	2006
Амбулаторно-поликлинические государственные учреждения				
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	20368	19044	17172	13583
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	3422,2	3444,8	3401,2	3384,8
Амбулаторно-поликлинические негосударственные учреждения				
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	703	1724	4043	4649
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	35,7	53,6	192,5	198,5
Амбулаторно-поликлинические отделения негосударственных немедицинских организаций				
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	...	486	568	560
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	...	35,3	44,1	40,4
Амбулаторно-поликлинические учреждения частной формы собственности				
Число врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений (самостоятельных и входящих в состав других учреждений)	...	...	...	4206
Мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. посещений в смену	...	...	...	110,1
Больничные учреждения				
Число больничных учреждений	12064	10704	9479	7478
из них негосударственные	29	87	293	320
из них частной формы собственности	...	...	...	148
Число коек в больничных учреждениях:				
всего, тыс.	1850,5	1671,6	1575,4	1553,6
из них в негосударственных учреждениях	2,5	7,7	32,4	35,9
из них частной формы собственности	...	...	...	5,1
на 10 000 человек населения	125,8	115,0	111,3	109,2

Источник: Росстат, 2007.

¹ Сведения о частных медицинских организациях лишь в 2006 г. впервые выделены в форме государственного статистического наблюдения № 1–здрав, которая формируется территориальными органами статистики.

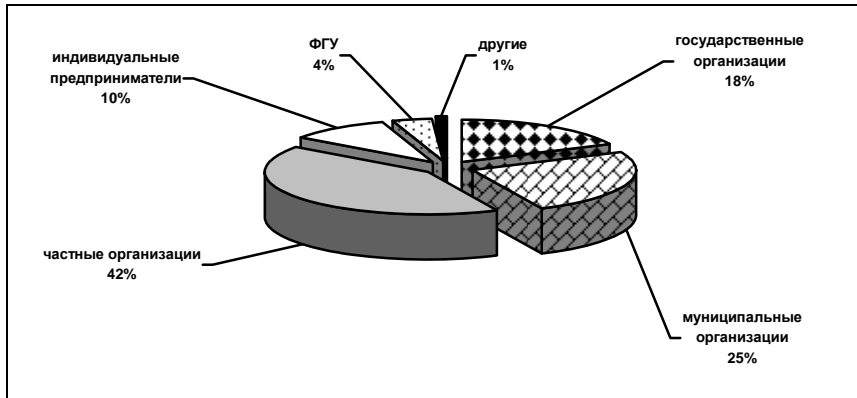
Таблица 5

**Медицинские учреждения (самостоятельные и входящие
в состав других учреждений) частной формы собственности
в Российской Федерации в 2006–2007 гг.**

	2006	2007	Темпы роста, %
Число учреждений частной формы собственности	4354	5372	123,4
из них:			
больничные учреждения	148	177	120,0
амбулаторно-поликлинические учреждения	4206	5195	124,0
из них:			
детские поликлиники (отделения, кабинеты)	182	204	112,1
женские консультации (акушерско-гинекологические отделения, кабинеты)	545	669	122,8
фельдшерско-акушерские пункты	63	71	112,7

Источник: Росстат, 2007; Минздравсоцразвития, 2008.

В соответствии с отчетными материалами Росздравнадзора, по результатам 2007 г. в структуре лицензиатов частные организации и индивидуальные предприниматели составили половину (52%) всех лицензиатов по медицинской деятельности (рис. 14).



Источник: Минздравсоцразвития, 2008.

Рис. 14. Структура лицензиатов по медицинской деятельности по организационно-правовым формам в 2007 г., %

Территориальное размещение субъектов частного бизнеса в сфере здравоохранения весьма неравномерно. В Центральном федеральном округе в 2007 г. их было 1529 (28,5% от общего количества), в Приволжском федеральном округе – 1031 (19,2%), в Сибирском федеральном округе – 818 (15,2%), в Северо-Западном федеральном округе их – 596 (11,1%), в то время как в Уральском – 487 (9,1%).

2.5.2. Частные медицинские сети

Важной тенденцией развития частного сектора здравоохранения является формирование и расширение частных медицинских сетей.

В настоящее время в России действуют следующие типы частных медицинских сетей (*Росбизнесконсалтинг, 2007, 2008*):

- *Корпоративная сеть*: медицинское предприятие, в состав которого входит более двух клиник, принадлежащих одному владельцу. К этому типу сетей можно отнести сетевые клиники «Мастердент», «Аванстом», «Медэкспресс», «Евромедпрестиж», «Центр флебологии», «Медси», «Ортос», «Центродент», Лечебно-диагностический центр Международного института биологических систем, «Национальный медицинский центр», медицинские сети страховых компаний и др.
- *Франчайзинговая сеть организаций*. Такими сетями являются стоматологические клиники «Дента Вита», сеть лабораторий «Инвитро».
- *Некоммерческий альянс*. Сеть организаций, использующих единый брэнд без выплаты франшизы за его применение. Примером служит сеть клиник, объединенных брендом «Эксимер».
- *Сеть организаций с правом использования торговой марки* (без соблюдения единой с головной клиникой технологии ведения бизнеса и выплат роялти). В такой форме существует сеть клиник «Он Клиник».

2.5.3. Кадровые ресурсы частных клиник

В медицинских организациях частного сектора здравоохранения по состоянию на 01.01.2008 работало более 32 тыс. врачей и 37 тыс. среднего медицинского персонала, что составило 4,5% и 2,4% соответственно от общей численности этих категорий медработников (см. табл. 6).

Таблица 6

Численность медицинского персонала частных организаций здравоохранения в Российской Федерации

	2006	2007	Темпы роста, %
Врачи	28159	32102	114,0
Средний медицинский персонал	31975	37336	116,8

Источник: Минздравсоцразвития, 2008.

В табл. 7 представлены данные о среднесписочной численности работников медицинских организаций по формам собственности. Персонал частных медицинских организаций составил в 2006 г. 184,5 тыс. чел., или 4,2% занятых в здравоохранении.

Таблица 7

Среднесписочная численность работников медицинских организаций по формам собственности, тыс. человек (% к итогу)

	2000	2005	2006
Всего	4403,2 (100)	4357,3 (100)	4386,6 (100)
в том числе по формам собственности:			
государственная	1594,2 (36,2)	1837,7 (42,2)	1906,7 (43,5)
муниципальная	2405,5 (54,6)	2242,6 (51,4)	2195,2 (50,0)
частная	170,5 (3,9)	173,1 (4,0)	184,6 (4,2)
собственность общественных и религиозных организаций (объединений)	56,7 (1,3)	29,5 (0,7)	29,8 (0,7)
смешанная российская	146,4 (3,3)	56,9 (1,3)	53,5 (1,2)
иностранная, совместная российская и иностранная	29,9 (0,7)	17,5 (0,4)	16,9 (0,4)

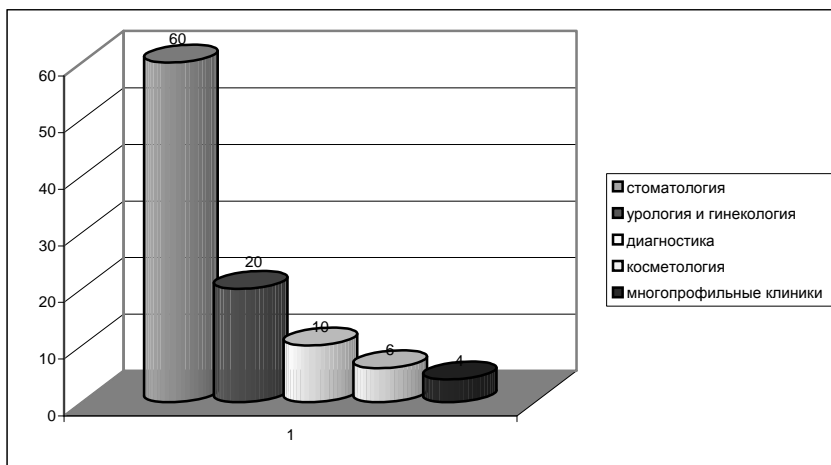
Источник: Росстат, 2007.

Среди всех врачей в организациях частной формы собственности, оказывающих медицинские услуги, около 14% составляют терапев-

ты, 5,5% – акушеры-гинекологи, 4,6% – хирурги, 3,4% – офтальмологи, 3,3% – дерматовенерологи, 3,0% – врачи по ультразвуковой диагностике, по 2,5% – неврологи и педиатры, 2,3% – врачи по клинической лабораторной диагностике.

2.5.4. Специализация частных медицинских организаций

По оценкам CORIS Assistance, среди частных медицинских организаций всего лишь 4% многопрофильных. Доминируют в частном здравоохранении специализированные клиники. Среди них стоматологические составляют 60%. (см. *рис. 15*).



Источник: оценка CORIS Assistance, приведена в *Коломейская* (2006).

Рис. 15. Структура частных клиник в России в 2006 г., %

Более детальная типология частных медицинских учреждений предложена в докладе Росбизнесконсалтинга 2008 г:

Многопрофильные клиники – организации, аналогичные традиционной поликлинике по набору медицинских специальностей.

Разнопрофильные клиники – организации, объединяющие врачей нескольких медицинских специальностей, не являющихся смежными. В большинстве случаев такие учреждения называют себя многопрофильными клиниками, однако число специальностей в таких клиниках недостаточно для функционирования в качестве поликлиники. (Составы медицинских специальностей, представленных в таких организациях, зависят в большинстве случаев от рекрутинговых возможностей менеджеров.) Диагностические возможности таких клиник, как правило, уже, чем у многопрофильных клиник; лабораторная диагностика зачастую отдается на аутсорсинг.

Специализированные клиники – организации, работающие в определенной медицинской области (либо в нескольких, но в отличие от «разнопрофильных» клиник, набор специальностей не случаен, отражает определенную концепцию оказания медицинской помощи). Примерно 70% специализированных клиник работают в следующих областях:

- стоматология;
- гинекология/ акушерство/ дерматология/ венерология/ репродуктология;
- урология/ андрология/ дерматология/ венерология;
- косметология.

Стоматология и гинекология лидируют в частной медицине на протяжении последних нескольких лет. По экспертным оценкам, специализированные стоматологические и гинекологические клиники/кабинеты составляют около 70% учреждений, специализирующихся на лечении заболеваний данного профиля.

Около 30% частных медицинских организаций составляют клиники, занимающиеся следующими видами медицинских услуг:

- лечение офтальмологических заболеваний;
- пластическая хирургия;
- лечение проблем позвоночника;
- лечение наркотической, алкогольной, никотиновой зависимостей, снижением веса.

Пока единичны не только в регионах, но и в Москве и Санкт-Петербурге случаи открытия частных клиник, специализирующихся

на неврологических заболеваниях, антивозрастной медицине, отоларингологии, флебологии, аллергологии и иммунологии, кардиологии, колопроктологии. В области гомеопатии и мануальной терапии работают, как правило, частные врачи.

В отдельных сегментах медицинского обслуживания учреждения частной формы собственности составляют большинство. Прежде всего это пластическая хирургия и косметология, стоматология, лечение заболеваний, передающихся половым путем (примерно 70% учреждений являются частными), экстракорпоральное оплодотворение (60%). В этих сегментах государственные и ведомственные учреждения не составляют серьезной конкуренции, поскольку либо уровень оказываемых в них услуг значительно ниже уровня частных клиник, либо спрос на услуги значительно превышает предложение государственных учреждений.

Специализированные клиники являются преобладающими среди частных медицинских учреждений в России, их доля превышает 80%. Однако наблюдается устойчивая тенденция к расширению спектра медицинских специальностей, предлагаемых частными клиниками, и поэтому доля специализированных частных медицинских учреждений будет снижаться.

Организации, специализирующиеся на диагностических исследованиях. Активно развиваются частные организации, занимающиеся лабораторной диагностикой. Такие организации создаются при предприятиях, производящих тест-системы для лабораторной диагностики, при исследовательских учреждениях и т.п. Иногда помимо выполнения лабораторных диагностических исследований такие организации в качестве дополнения предлагают услуги врачей-консультантов.

Организации, оказывающие отдельные медицинские услуги без помещений для приема больных:

- скорая помощь и госпитализация, услуги по перевозке/эвакуации больных;
- консультации врача общей практики по телефону, в ряде случаев круглосуточно, либо в определенные дни и часы в офисе, где работают сотрудники компании-клиента;

- патронаж – уход за тяжело больными или пациентами, проходящими реабилитацию после лечения;
- медицинские осмотры и оформление медицинской документации для работников компаний, например транспортных.

2.5.5. Медицинские услуги частных клиник

Согласно данным опроса, проведенным Росбизнесконсалтингом в 2008 г., наиболее посещаемым типом клиник являются клиники, специализирующиеся на лечении определенных заболеваний: более двух третей опрошенных отметили их среди прочих клиник. Две трети респондентов, прибегавших к помощи частной медицины, обращались в клиники/кабинеты за консультацией врача. Наиболее востребованы в частных клиниках консультации и лечение у стоматолога, гинеколога и терапевта. Около 47% всех врачей, работающих в частном секторе, – стоматологи.

Вторая по востребованности медицинская услуга в рамках частной медицины – это диагностика, (прежде всего, лабораторная). Около 30% опрошенных обращались в диагностические клиники.

Такие дорогостоящие услуги, как лечение или операция в стационаре, отметил каждый десятый пользующийся частными медицинскими услугами.

Специализация коечного фонда частных организаций представлена следующим образом: хирургические койки составляют 29,7% от всех коек, терапевтические – 26,1%, гинекологические – 10,4%, офтальмологические – 6,8%, неврологические 10,0%, наркологические – 3,2% (*Минздравсоцразвития, 2008*).

2.6. Неформальная оплата медицинской помощи

2.6.1. Что понимается под неформальной оплатой медицинской помощи

Особым механизмом финансирования здравоохранения выступают неформальная оплата. За рубежом это понятие используется в достаточно широком смысле. Наиболее известным является определение неформальной оплаты, данное М.Льюисом (*Lewis 2000: 1*), как оплаты медицинским институтам или индивидам деньгами или услугами вне официальных каналов или приобретение того, что должна предоставлять сама система здравоохранения. Предложено и более строгое определение: неформальная оплата – это прямой платеж, который производится в дополнение к любым официально установленным платежам, деньгами или в натуральной форме, пациентом или другими лицами, действующими от его имени, поставщику услуг, на получение которых имеют право пациенты (*Gaal et al., 2006: 276*). К неформальным платежам относят деньги, непосредственно передаваемые медицинскому работнику пациентом или другими лицами от его имени или в его пользу, подарки, услуги, оказываемые медицинским работникам и медицинским организациям, а также расходы пациентов на приобретение лекарств и медицинских материалов для проведения амбулаторного или стационарного лечения и расходы на питание, если действующее законодательство предусматривает, что такие расходы должно нести государство и бесплатно обеспечивать пациентов лекарствами и едой.

Если использовать эти определения, то в нашей стране в качестве неформальной оплаты медицинской помощи следует считать два вида платежей:

- 1) платежи деньгами в руки, подарками, услугами медицинским работникам за медицинские услуги и лекарства;
- 2) приобретение лекарств и других медикаментов в розничной продаже для лечения в государственных и муниципальных больничных учреждениях.

Распространенность практик неформальных платежей зависит от уровня социально-экономического развития страны и культурных

традиций. Так, они почти не имеют места в странах Западной Европы, но присутствуют во всех постсоциалистических странах (табл. 9). При этом в Закавказье и Средней Азии доля пациентов, платящих непосредственно врачам подарками или деньгами за свое лечение, превышает 50%, а в Армении достигает 91%. В центральноевропейских странах, за исключением Словакии, эта доля составляет в последнее время не более 20%. Наименьшее значение данного показателя зафиксировано для Чехии – 5%. Это напрямую связывается с высоким, по сравнению с другими рассматриваемыми странами, уровнем государственного финансирования здравоохранения¹. По показателям распространенности неформальных платежей Россия занимает промежуточное положение между странами Центральной Европы, с одной стороны, и странами Закавказья, Средней Азии, Молдавии и Украины – с другой.

Таблица 9

**Доля случаев неформальной оплаты среди обращений
за медицинской помощью, в %**

Страна	Год проведения исследования	Лечение амбулаторно или в стационарах	Лечение амбулаторно	Лечение в стационарах	Источник
1	2	3	4	5	6
Албания	1996	22	-	-	Lewis, 2000
Армения	1999 2001	- -	- 56	91 -	Lewis, 2000 Balabanova et. al., 2004
Болгария	1997	21	-	-	Lewis, 2000
Венгрия	2001	11	-	-	СБЕИИ, 2002
Грузия	2001	-	65	-	Balabanova et. al., 2004
Казахстан	2001		40		Balabanova et. al., 2004

¹ В 1997 г. государственное финансирование здравоохранения в странах Центральной и Восточной Европы и СНГ составляло в среднем 4,2% ВВП, а в Чехии – 6,6% ВВП (Preker, et al., 2001).

Продолжение таблицы 9

1	2	3	4	5	6
Киргизия	2001	-	42	-	Lewis, 2000
Латвия	2000	31	-	-	Lewis, 2000
Молдавия	2006	65	-	-	Transparency International – Moldova, 2006
Польша	1998 2001	18		78	Lewis, 2000 Balabanova et. al., 2004
Россия	2003	-	2	29	Бесстремьянная, Шишкин, 2005
Словакия	1999	60	-	-	Lewis, 2000
Таджикистан	1999	-	66	-	Lewis, 2000
Украина	2006	-	-	90	Госкомстат Украины, 2007
Чехия	2001	5	-	-	СЕЕНН, 2002

Следует отметить, что фактически в нашей стране под неформальной оплатой понимают лишь первый из двух вышеуказанных видов оплаты – в руки медицинским работникам (*Шишкин и др., 2004: 15*). Именно в таком более узком понимании термин неформальная оплата медицинских услуг и будет использоваться далее в настоящей работе, если это не оговаривается особо.

2.6.2. Оценки распространенности практик неформальной оплаты медицинской помощи в России

Оценки распространенности практик неформальной оплаты в нашей стране, полученные по данным разных социологических исследований, заметно различаются. В *табл. 10* представлены оценки, рассчитанные по данным исследований последнего десятилетия, проведенным по выборкам, репрезентирующим все население России.

Согласно данным крупнейшего Национального обследования благосостояния и участия населения в социальных программах (НОБУС), которое было проведено в апреле-мае 2003 г. с выборкой 44,5 тысячи домохозяйств, доля домохозяйств, плативших неформально за амбулаторную медицинскую помощь среди домохозяйств, получавших ее в течение трех месяцев, предшествующих опросу, оказалась невелика – всего 2%, а доля домохозяйств, плативших в руки медицинским работникам во время госпитализации в течение предшествующего года – лишь 10% (*Бесстремная, Шишкин, 2005*). Близкие оценки получаются по данным «Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения» (*РМЭЗ*) с выборкой 4 тысяч домохозяйств: в 2004 г. 7% и 9% соответственно. Другие исследования дают более высокие показатели распространенности неформальной оплаты. Так, по данным обследования, проведенного в июне 2008 г. в рамках проекта «Индекс потребительских настроений в России с выборкой 2,0 тысячи респондентов, репрезентирующей мнение взрослого (старше 16 лет) населения страны, доля пациентов, плативших неформально за амбулаторные медицинские услуги, достигла 17%, а за стационарное лечение – 23%. Более низкие оценки были получены в исследовании Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" в 2008 г. Среди 6222 респондентов в 36 городах России около 13% заявили, что за последний год они оплачивали медицинские услуги напрямую врачу, минуя кассу ЛПУ.

С точки зрения задач нашего исследования особый интерес представляют результаты опроса целевой категории населения – пользователей сети Интернет в 15 крупнейших городах России в декабре-январе 2008 г. (объем выборки – 4865 респондентов в возрасте 18–58 лет) (*Росбизнесконсалтинг, 2008*). Эта группа выступает как «опережающая» по отношению ко всему населению, и характеристики ее поведения можно использовать в качестве основы для прогнозов тенденций обращения за платной помощью всего населения по мере развития экономики. Согласно полученным данным, 53% респондентов в течение прошедшего года платили за медицинские услуги, оказываемые в государственных или ведомственных медицинских

учреждениях, напрямую персоналу, причем 7% платили только в руки, а 46% – и через кассу, и напрямую медицинским работникам.

Пользуясь данными разных исследований, весьма затруднительно делать выводы о динамике распространенности неформальных платежей. Если же сравнивать результаты мониторинговых опросов (РМЭЗ, ИПН), то по данным РМЭЗ, доля пациентов, прибегающих к неформальной оплате, несколько выросла в период с 2001 по 2004 гг., а по данным опросов ИПН, мало изменилась за последние два года (см. *табл. 10*).

В последние годы в финансировании здравоохранения произошли заметные перемены. Высокими темпами растут государственные расходы, увеличивается способность и готовность населения больше тратить на медицинские услуги. Беспрецедентной мерой стало введение федеральных доплат работникам первичного звена здравоохранения, увеличившее их заработок примерно в 2,5 раза. Правоохранительные органы активизировали борьбу с получением врачами денег от пациентов. Воздействие этих факторов привело к разнонаправленным изменениям в практиках неформальных платежей в разных секторах системы оказания медицинской помощи населению.

По данным опроса врачей, проведенного в середине 2007 г. в Саратовской и Ярославской областях (621 респондент), наибольшая доля респондентов – 44,8% убеждены, что практики оплаты труда врачей в «конвертах» за последние 5 лет расширились, 41,7% считают, что они остались прежними и лишь 11,2% опрошенных отметили их уменьшение (см. *рис. 16*) (*Чернец и др., 2008*).

Таблица 10

Доля пациентов, плативших за медицинскую помощь в России

Название исследования или организации/год, месяц проведения исследования	Амбулаторная помощь	Стационарная помощь	Показатель
1	2	3	4
1. Центр социальных исследований (Москва) и Центр Международного здравоохранения Бостонского университета			
1999, январь	29,6	69,2	Доля плативших домохозяйств из числа получавших помощь в течение последнего месяца, %
	7,7	30,2	Доля неформально плативших домохозяйств из числа получавших помощь в течение последнего месяца, %
		45,5	Доля домохозяйств, покупавших медикаменты, из числа получавших стационарную помощь в течение последнего месяца, %
2. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения			
2001, сентябрь-декабрь	10,3	55,4	Доля плативших домохозяйств во время последнего посещения врача/во время госпитализации в течение последних трех месяцев, %
	5,4	7,1	Доля неформально плативших домохозяйств во время последнего посещения врача/во время госпитализации в течение последних трех месяцев, %
		50,8	Доля домохозяйств, покупавших медикаменты, из числа получавших стационарную помощь в течение последних трех месяцев, %
2004, сентябрь-декабрь	12,6	47,2	Доля плативших домохозяйств во время последнего посещения врача/во время госпитализации в течение последних трех месяцев, %
	6,7	9,0	Доля неформально плативших домохозяйств во время последнего посещения врача/во время госпитализации в течение последних трех месяцев, %
		43,0	Доля домохозяйств, покупавших медикаменты, из числа получавших стационарную помощь в течение последних трех месяцев, %

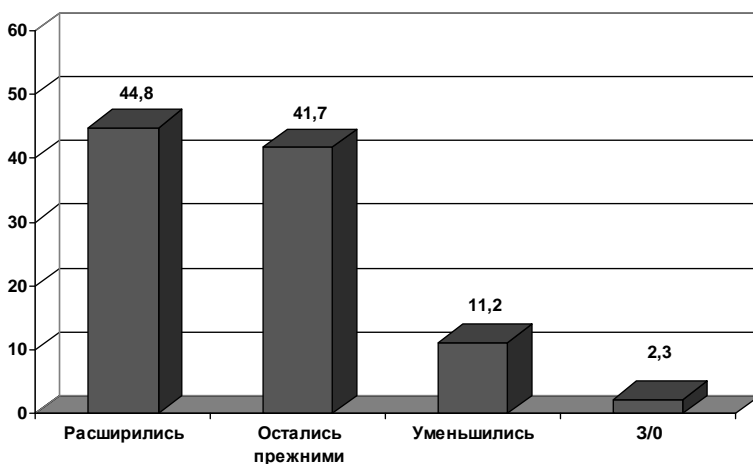
Продолжение таблицы 10

1	2	3	4
3. НОБУС			
2003, апрель-май	11,2	35,4	Доля плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
	1,9	10,1	Доля неформально плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
		18,4	Доля домохозяйств, покупавших медикаменты, из числа получавших стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
4. Индекс потребительских настроений в России			
2006, май	42,2	53,8	Доля плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
	15,8	24,4	Доля неформально плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
2008, июнь	46,0	53,7	Доля плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %
	17,3	22,8	Доля неформально плативших пациентов из числа получавших амбулаторную помощь в течение последних трех месяцев / стационарную помощь в течение последних 12 месяцев, %

Продолжение таблицы 10

Название исследования или организации/год, месяц проведения исследова- ния	Тип исследования	Размер выборки	Приме- чания	Источник
1	5	6	7	8
1. Центр социальных исследований (Москва) и Центр Международного здравоохранения Бостонского университета				
1999, январь	Общероссийское исследование домохозяйств по выборке, репрезентирующей все население	2200 респондентов	Расчеты авторов*	(Feeley, et. al., 2001)
2. Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения				
2001, сентябрь-декабрь	Общероссийское исследование домохозяйств по выборке, репрезентирующей все население	4528 домохозяйств 12121 респондентов	Расчеты авторов*	(РМЭЗ)
2004, сентябрь-декабрь	Общероссийское исследование домохозяйств по выборке, репрезентирующей все население	4715 домохозяйств, 1651 респондентов	Расчеты авторов*	(РМЭЗ)
3. НОБУС				
2003, апрель-май	Общероссийское исследование домохозяйств по выборке, репрезентирующей все население	44500 домохозяйств 117200 респондентов		(Бесстремяная, Шишкин, 2005, НОБУС)
4. Индекс потребительских настроений в России				
2006, май	Общероссийское исследование по выборке, репрезентирующей все население старше 16 лет	2500 респондентов	Расчеты авторов*	(ИПН)
2008, июнь	Общероссийское исследование по выборке, репрезентирующей все население старше 16 лет	2000 респондентов	Расчеты авторов*	(ИПН)

* – расчеты выполнены С.В.Шишкиным и Е.В.Селезневой



Источник: Чернец и др., 2008.

Рис. 16. Изменения в практиках неформальной оплаты услуг врачей, по оценкам врачей, % от числа респондентов

Среди тех, кто считает, что практики неформальных платежей уменьшились, более половины – это терапевты и педиатры. И это, очевидно, свидетельствует о сокращении неформальных платежей вследствие увеличения оплаты труда работникам первичного звена в рамках национального проекта «Здоровье», реализуемого с 2006 г.

Напротив, распространенность этих практик среди пациентов, обращающихся за специализированной медицинской помощью (к узким специалистам в поликлиниках и в стационарах), и размеры неформальных платежей увеличились. Причинами этого стали:

- увеличение притязаний врачей к уровню реальных доходов, обусловленное общим повышением жизненного уровня в стране, и отставание роста заработной платы от инфляции. Врачи стали компенсировать это посредством увеличения размеров платежей, получаемых от пациентов;
- избирательное повышение оплаты труда в рамках национального проекта «Здоровье» только участковым терапевтам и педиатрам было воспринято остальными категориями врачей как не-

справедливое, и рост неформальных платежей стал средством «восстановления справедливости» в соотношении уровней оплаты труда разной сложности;

- увеличение способности и готовности населения больше платить за услуги медицинского персонала.

Вместе с тем часть врачей-специалистов стала избегать получения неформальной оплаты от пациентов по двум основным причинам:

- увеличился риск преследования со стороны правоохранительных органов;
- расширились возможности легальных заработков (дополнительная работа в частных клиниках, появление современного высокотехнологичного оборудования, используемого для оказания платных услуг, участие в клинических испытаниях лекарственных средств и др.).

2.6.3. Размеры неформальных платежей

Детальный анализ размеров неформальной оплаты выходит за рамки настоящей работы. Ограничимся ссылками на оценки, приводимые в других публикациях.

Независимым институтом социальной политики совместно с Всероссийским Центром изучения общественного мнения в ноябре – декабре 2002 г. был проведен опрос 3299 домохозяйств в двух субъектах РФ: Саратовской и Ярославской областях, по выборке, репрезентирующей их население. Согласно полученным данным, доля оплаты медицинских услуг в руки (с учетом оплаты в руки услуг работников скорой помощи и услуг врачей и медсестер на дому), составила 42% от величины оплаты домохозяйствами медицинских услуг в кассу медицинских учреждений (*Шишкин и др., 2004*).

По данным же исследования НОБУС, размеры неформальной оплаты медицинских услуг составили в 2003 г. 20% от величины оплаты медицинской помощи в кассу (см. *табл. 11*).

Таблица 11

**Расходы на медицинские услуги и лекарства в среднем
на одного человека в 2003 г. по данным исследования НОБУС,
рублей в месяц**

Виды расходов	Форма оплаты	
	В кассу	В руки
Медицинская помощь в амбулаторно-поликлинических учреждениях	21,3	3,5
Медицинская помощь в стационарах в том числе расходы на лекарства	3,5	3,1
Лекарства для лечения дома	134,1	1,8
Всего	158,9	6,6

Источник: Бесстремная, Шишкин, 2005.

В соответствии с данными исследования Росбизнесконсалтинга в 2008 г., в среднем через кассу за получение медицинских услуг в государственных или ведомственных медицинских учреждениях каждый респондент, пользовавшийся такого рода услугами, заплатил в 2007 г. 6,5 тыс. рублей, а вне кассы – 2,7 тыс. рублей, или 42%. Интересно отметить, что полученное соотношение совпало с приведенной выше оценкой НИСП пятилетней давности.

По экспертной оценке, приведенной в публикации Бизнес статистики в 2008 г., теневой сектор рынка медицинских услуг в период с 2000 по 2008 гг. увеличился с 25 до 107 млрд. руб., а в 2010 г. достигнет 129 млрд. руб. Для сравнения – по данным Росстата объем платных медицинских услуг в 2007 г. составил 167,5 млрд. руб.

Согласно результатам исследования Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" в 2008 г., средний размер неформального платежа за медицинские услуги в 2007 г. составил 620 руб., а в первом полугодии 2008 г. увеличился в 1,5 раза, достигнув 920 руб.

2.6.4. Институциональные модели неформальной оплаты медицинской помощи

Практики неформальной оплаты характеризуются выраженным институциональным разнообразием. В исследовании НИСП (*Шишкин и др., 2004*) были выявлены четыре вида моделей осуществления неформальной оплаты: по тарифу; по договоренности; по просьбе; в

качестве благодарности. На основе данных опроса населения были получены количественные оценки распространенности этих моделей. Оказалось, что неформальная оплата амбулаторно-поликлинических услуг производится преимущественно на основе сложившихся тарифов, а в стационарном секторе оплата-благодарность используется несколько чаще, чем оплата по тарифу.

Согласно оценкам врачей, полученным в ходе повторного исследования, проведенного в тех же регионах через пять лет, произошли изменения в частоте использования различных моделей неформальных платежей (*Чернец и др., 2008*). Повысилась распространенность оплаты по теневому тарифу, и стала активно использоваться такая разновидность этой модели, как оплата по так называемому «конспирируемому» тарифу. В этом случае цена услуги врачом заранее не объявляется, но пациент узнает о ней от других больных. Уменьшилась частота использования «оплаты по просьбе», высказываемой в процессе или после оказания медицинской помощи.

Общераспространенным среди врачей стало четкое разграничение практик неформальной оплаты с использованием двух оценочных категорий: вымогательство и благодарность. Критерием разграничения выступает добровольность платежа со стороны пациента. Плата в форме благодарности, производимая по инициативе самих пациентов, признается подавляющим большинством врачей как вполне оправданная материальная компенсация затрачиваемого ими труда. Вымогательство денег у пациентов, то есть получение оплаты по настоянию врача, практически всеми осуждается. Эти ценностные суждения не коррелируют, однако, с выявленными трендами в распространенности различных моделей осуществления неформальных платежей. Декларируемая дифференциация оценок отражает скорее стихийную легитимизацию практик теневой оплаты в сознании врачей, чем реальные изменения в их отношении к разным видам таких практик. У врачей за истекшие 5 лет явно росла убежденность в том, что в сложившейся ситуации неформальные платежи не только необходимы, но по-человечески вполне оправданы. Существующие в среде врачей корпоративные нормы, как и прежде, поддерживают практику неформальной оплаты. Разреше-

ние получать плату—благодарность от пациентов приобретает уже характер нормы, разделяемой большинством врачей.

Врачи отмечают также повышение требовательности пациентов к качеству медицинской помощи, оплачиваемой ими неформально. Если раньше пациенты, платившие врачу в руки, ожидали от него за это главным образом дополнительного внимания, то теперь они стали все чаще требовать результатов, определенного качества жизни после предпринятого лечения. Фактически по инициативе пациентов происходит изменение «теневого контракта», заключаемого ими с врачами.

Обобщая тенденции институциональной динамики неформальной оплаты медицинской помощи, можно сделать вывод, что на периферии пространства таких практик происходит сокращение их масштабов под воздействием проводимой государственной политики (усиление санкций со стороны правоохранительных органов и значительное, но селективное увеличение оплаты труда медикам) и развития легального рынка медицинских услуг, расширяющего альтернативные возможности получения доходов.

Напротив, в зонах большого распространения неформальных платежей (в «ядрах их кристаллизации») растут их масштабы, развиваются их институциональные формы (широкое использование модели оплаты по конспирируемому тарифу) и усиливается их легитимизация в сознании врачей.

3. Факторы развития частного финансирования здравоохранения

3.1. Современные вызовы системе финансирования здравоохранения

Сокращение смертности населения и, как минимум, ослабление тенденции уменьшения численности российского населения стали политическим императивом. От системы здравоохранения общество ожидает роста качества, доступности и результативности медицинской помощи. Между тем ключевыми проблемами современного российского здравоохранения являются финансовая необеспеченность и неконкретность государственных гарантий оказания медицинской помощи, обуславливающие плохую защиту населения от рисков затрат на лечение в случае заболеваний; значительное неравенство в распределении бремени расходов на медицинскую помощь и в ее доступности для населения с разным уровнем дохода и живущего в разных регионах и типах населенных пунктов (*Шушкин, 2008*). Недостаточность финансовых ресурсов и материального оснащения медицинских учреждений сочетается с избыточностью конечного фонда, низкой эффективностью использования имеющихся ресурсов, наличием структурных диспропорций между различными видами и уровнями оказания медицинской помощи.

Наряду с этими проблемами, сформировавшимися в последние два десятилетия, перед российской системой здравоохранения встают новые вызовы, порождаемые социально-демографическими процессами, экономическим развитием, появлением новых медицинских технологий.

Увеличение доли лиц пожилого возраста в составе населения влечет изменения в масштабах и структуре заболеваемости. Эти изменения требуют более высоких затрат на медицинскую помощь и медико-социальное обслуживание.

Задачи модернизации российской экономики определяют необходимость повышения уровня здоровья нации и повышения качества медицинского обслуживания до уровня развитых стран. Для этого

государство должно будет увеличивать расходы на здравоохранение. Согласно Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации (Правительство РФ, 2008), предусматривается увеличить долю государственных расходов на здравоохранение в ВВП с 3,6% в 2008 г. до не менее 5,2—5,5% в 2020 г. Но одновременно государство должно будет усиливать требования к результативности системы здравоохранения и повышению эффективности использования направляемых в нее ресурсов. А это означает модернизацию организации оказания медицинской помощи и системы финансирования здравоохранения.

Экономический рост усилит конкуренцию бизнеса за высококвалифицированную рабочую силу. Это вызовет расширение спроса на эффективно функционирующие системы негосударственного медицинского страхования и оказания медицинской помощи работникам.

Добровольное медицинское страхование является элементом конкурентного социального пакета, повышающего привлекательность работодателя. Договор ДМС для любого работодателя – это действенный инструмент для удержания персонала, повышения производительности труда, формирования репутации компании как перспективного работодателя, реализующего принцип социальной справедливости. Кроме того, ДМС – это не столько льгота, сколько механизм управления персоналом. Качественная программа ДМС призвана не только привлечь и поощрить квалифицированных сотрудников, но и решать такие кадровые проблемы, как контроль уровня заболеваемости на предприятии, снижение абсентеизма (отсутствия на рабочем месте по неуважительным причинам), психологический комфорт в коллективе и многие другие задачи (*Discovery research group, 2007*).

Рост числа компаний готовых платить за ДМС своих сотрудников, будет происходить прежде всего в сегменте малых и средних предприятий. Крупные компании уже активно используют добровольное медицинское страхование, и с их стороны, усилятся требования к качеству медицинской помощи, оказываемой застрахованными ими работниками.

Экономический рост приведет к существенному расширению численности среднего класса. Согласно Основным параметрам прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020–2030 годов (*Минэкономразвития, 2008*), доля среднего класса (к нему отнесены лица со среднедушевым доходом свыше 6 прожиточных минимумов, а также имеющие автомобиль, банковские сбережения и возможность регулярного отдыха за границей) повысится с 18% в 2006 г. до 28% в 2020 г. при инерционном сценарии развития экономики, и до 52–55% в случае реализации инновационного сценария (см. *табл. 12*).

Таблица 12

Социально-экономические показатели основных сценариев развития российской экономики на период до 2020 г.

	Сценарии		
	Инерционный	Энерго-сырьевой	Инновационный
Реальные располагаемые денежные доходы населения 2020 г. к 2007 г., раз	1,9	2,3	2,6
Доля бедных к 2020 г., %	7,9	6,7	6,2
Доля среднего класса к 2020 г., %	28	47	52–55

Источник: Минэкономразвития, 2008.

Для представителей среднего класса характерны более ответственное отношение к своему здоровью, готовность расходовать большую долю располагаемых ресурсов на профилактику и лечение заболеваний. По оценке Минэкономразвития (*Минэкономразвития, 2008*), расходы на оплату услуг медицины и образования в России в структуре конечного потребления в долгосрочной перспективе будут приближаться к европейскому уровню, их доля увеличится с 2,9% в 2007 г. до 3,3% к 2020 г. (в Великобритании расходы на оплату услуг медицины составляют 3%, во Франции – 4,1%, в Германии – 5,2 %).

Средний класс будет формировать более высокие требования населения к качеству медицинской помощи, включая ее сервисные характеристики. И если качество услуг, предоставляемых в общественной системе здравоохранения, не будет существенно улучшаться, то средний класс все в большей степени будет обращаться к част-

ным поставщикам. Так, согласно данным исследования Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" в 2008 г., среди жителей крупных и средних российских городов (а они как раз по преимуществу и составляют сегодня средний класс), доля тех, кто готов платить за качественные негосударственные медицинские услуги, составила в начале 2007 г. 42% от общего числа респондентов, определившихся с ответом, а весной 2008 г. – уже 49,5%.

3.2. Трансформация государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи

Политика государства в отношении государственных гарантий и их финансового обеспечения выступает важнейшим фактором, влияющим на развитие частного финансирования здравоохранения.

Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи никогда не формулировались в нашей стране в достаточно четкой форме. Сокращение государственного финансирования здравоохранения в 90-е годы не сопровождалось пересмотром того состава видов медицинской помощи и видов услуг, бесплатное предоставление которых обеспечивалось государством. Но поскольку ресурсные возможности государства сократились, эти гарантии стали в значительной степени декларативными, а бремя расходов на здравоохранение в значительной степени переместилось на население. Государство реализовывало стратегию санкционированного замещения бесплатных услуг платными, осуществляемого самими поставщиками. Органы управления здравоохранением санкционировали деятельность подведомственных медицинских учреждений по предоставлению платных услуг населению. При такой стратегии частное финансирование здравоохранения развивается прежде всего как альтернативное получению медицинской помощи за счет государства. Эта стратегия продолжала реализовываться и в 2000-е годы, несмотря на увеличение государственного финансирования здравоохранения.

В качестве иллюстрации приведем слова, сказанные два года назад Н.Товом, который тогда был руководителем департамента здравоохранения Новосибирской области: «...платные услуги стали ката-

строфически разрастаться. Они почти вытеснили бесплатную медицину во многих сферах. Раньше они действительно замещали большой дефицит бюджета органов здравоохранения и областного фонда обязательного медицинского страхования, но теперь наш бюджет год от года становится лучше. И мы считаем, что вполне можем обеспечить стандартную медицинскую помощь без привлечения средств пациентов. Тем не менее, объемы платных услуг стали измеряться сотнями миллионов рублей, и фактически деньги берутся по принципу: может пациент заплатить — пусть платит» (Алексеева, 2006).

С 2000 г. государственное финансирование здравоохранения стало расти, и в 2007 г. по сравнению с 1999 г. увеличение составило в реальном выражении более 80%. С конца 2004 г. государство реализует в сфере здравоохранения стратегию вбрасывания финансовых средств в отрасль для селективного финансирования проблемных зон в обеспечении государственных гарантий. Эта стратегия воплотилась в программе дополнительного лекарственного обеспечения отдельных категорий граждан, получающих государственную социальную помощь из федерального бюджета (программа ДЛО), и в Национальном проекте «Здоровье». Но новая стратегия стала не столько заменой, сколько дополнением старой стратегии.

Нечеткость государственных гарантий, неразграниченность условий получения медицинской помощи без оплаты и на платной основе являются факторами, противодействующими росту качества бесплатной медицинской помощи и способствующими дальнейшему развитию практик предоставления платных медицинских услуг в государственных и муниципальных ЛПУ, а также расширению частной системы здравоохранения.

Следует, правда, отметить, что новая стратегия государства породила у населения ожидания, что в сфере здравоохранения дела должны улучшиться в самом ближайшем времени. Это стало явно результатом массивной пропаганды средствами массовой информации национального проекта «Здоровье» в 2006–2008 гг. Расходы на проект составили лишь 10% государственного финансирования здравоохранения, а его результативность в значительной сте-

пени имела виртуальный характер. Тем не менее, по данным различных исследований, в последние два года заметно снизилась готовность и граждан, и работодателей тратить деньги на медицинское обслуживание. Согласно результатам опроса ИПН доля граждан, имеющих страховку по добровольному медицинскому страхованию, снизилась с 17% в мае 2006 г. до 14% в июне 2008 г.

По данным Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" в 2008 г., в начале 2007 г. жители крупных и средних российских городов считали приемлемыми годовые расходы на врачей и лекарства в размере около 31 тыс. руб. на семью, а весной 2008 г. они были готовы затратить на эти цели лишь 9 тыс. руб. Такое значительное сокращение оценки приемлемых расходов на лечение явно было обусловлено повышением активности правительства в декларировании необходимости улучшения состояния здравоохранения.

Пути решения проблемы неконкретности и декларативности гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи населению стали предметом интенсивного обсуждения в последние годы. В работе НИСП (*Богатова и др., 2002*) было предложено более четко определить обязательства государства по оказанию бесплатной медицинской помощи: конкретный состав, объемы медицинских услуг и лекарственного обеспечения, бесплатное предоставление которых государство гарантирует гражданам в случае разных видов заболеваний. Это должны быть медико-экономические стандарты, определенные по каждой нозологии, и отражающие не желаемый уровень оказания медицинской помощи, а экономически возможный для государства при реальных размерах финансирования здравоохранения.

Экспертной группой, работавшей в 2003–2004 гг. под руководством И.И.Шувалова, помощника Президента РФ, была разработана стратегия конкретизации государственных гарантий с помощью системы клинко-экономических стандартов (*Слепнев и др., 2004*). Было предложено гарантировать гражданам предоставление за счет налоговых источников четко определенного пакета лечебно-диагностических услуг и лекарственных средств в пределах медицинских стандартов по каждому заболеванию. Этот гарантируемый

пакет будет одинаковым для всех граждан. Дополнительная медицинская помощь сверх пакета предоставляется за счет оплаты работодателями и населением. Ряд профилактических мер и все необходимое лечение социально опасных заболеваний будут также осуществляться за счет государства. В случае реализации такой стратегии частное финансирование здравоохранения будет развиваться в качестве дополняющего возможности получения медицинской помощи за счет государства.

Именно эта стратегия была обозначена в мае 2004 г. в Президентском послании как ключевая задача модернизации здравоохранения: «Гарантии бесплатной медицинской помощи должны быть общеизвестны и понятны. И по каждому заболеванию должны быть разработаны и утверждены стандарты медицинских услуг – с обязательным перечнем лечебно-диагностических процедур и лекарств, а также с минимальными требованиями к условиям оказания медпомощи. Причем такие стандарты должны действовать в каждом населенном пункте Российской Федерации. И только дополнительная медпомощь и повышенный уровень комфортности ее получения должны оплачиваться пациентом» (*Президент РФ, 2004*).

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года (*Правительство РФ, 2008*) в ряду приоритетных задач на первое место поставлена задача обеспечения государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в полном объеме, включая конкретизацию государственных гарантий в отношении видов, объемов, порядка и условий оказания бесплатной медицинской помощи. Если эта задача будет решена, то тем самым будут четко определены условия получения медицинской помощи за плату: услуги, технологии, лекарства, альтернативные и дополнительные к тем, которые предусматриваются гарантиями, будут предоставляться на платной основе. Соответственно будет четко определен и предмет частного финансирования здравоохранения.

Если же задача конкретизации гарантий не будет решена, то частное финансирование здравоохранения будет развиваться в качест-

ве замещающего получение медицинской помощи за счет государства.

3.3. Конкуреннтные преимущества частного сектора здравоохранения

3.3.1. Причины выбора потребителями частных поставщиков

Для понимания перспектив развития частного финансирования здравоохранения необходимо проанализировать факторы, определяющие конкурентные преимущества частных медицинских организаций по сравнению с государственными и муниципальными медицинскими учреждениями.

Рассмотрим основные причины обращения граждан к частному производителю. Прежде всего – это проблемы в получении медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях:

- невозможность получить нужную услугу в короткие сроки;
- отсутствие необходимых для диагностики или лечения специалистов или оборудования;
- отсутствие необходимого сервиса (например, качественной анестезии в стоматологии, доброжелательности и соблюдения анонимности – в урологии и гинекологии, возможности вызвать врача на дом, в том числе узкого специалиста, или медсестру к "неострому" взрослому больному, ребенку);
- нерациональная организация приема больных (очереди, необходимость посещать клинику рано утром, чтобы получить талон на прием, терять время на проведение даже самой простой диагностики в удаленных от клиники местах).

Согласно данным исследования Центра стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" в 2008 г., главные причины недовольства качеством медицинского обслуживания — это большие очереди, трудности при записи к специалистам и низкая квалификация врачей. При этом надо отметить, что за последние полтора года уровень удовлетворенности качеством обслуживания снизился: доля недо-

вольных очередями, низкой квалификацией и недоступностью врачей заметно увеличилась по сравнению с началом 2007 г. (табл. 13).

Таблица 13

**Причины неудовлетворенности населения качеством
медицинского обслуживания (доли респондентов,
указавших данные причины, %)**

	Январь 2007	Май 2008
Низкая квалификация врачей	37	43
Большие очереди	59	66
Трудности с записью к специалисту	46	53
Высокие цены	19	24
Старое оборудование	23	25
Недостаточный спектр предоставляемых услуг	25	28
Неудобное расположение	9	11
Другое	33	21

Источник: Центр стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" (2008).

Обращаясь в частную клинику, пациенты ждут, что уровень медицинского обслуживания будет в них намного выше, и что лечить в этих клиниках будут существенно лучше, чем в государственных. Платя деньги, пациенты ожидают зримого позитивного результата от оплаченного лечения. Это вынуждает частные клиники в борьбе за клиента уделять постоянное внимание обеспечению результативности и высокого качества предоставляемых услуг. Это достигается серьезным отбором персонала, частым проведением его учебы, применением ощутимых финансовых стимулов за хорошую работу и штрафов за допущенные нарушения.

Но необходимость обеспечивать для своих пациентов ощутимые результаты от проводимого лечения вынуждает частные клиники зачастую ограничиваться лишь теми услугами и видами медицинской помощи, которые не связаны с тяжелыми или хроническими заболеваниями, когда быстрых позитивных результатов добиться сложно или невозможно. Скорее всего, действие этого фактора будет сохраняться и в дальнейшем. В результате можно ожидать, что среди потребителей услуг частного сектора и дальше будут преобладать относительно здоровые и обеспеченные граждане. Seriously

больные пациенты и граждане с низкими доходами будут продолжать обращаться в государственные медицинские учреждения, несмотря на недовольство качеством предоставляемого в них медицинского обслуживания.

Анализ параметров предпочтительности частной медицины позволяет выделить несколько групп потребителей услуг частного сектора здравоохранения (*Росбизнесконсалтинг, 2008*):

Ценители комфорта – для них главными преимуществами частной медицины выступают отсутствие очередей, удобство расположения, простота записи к медицинским специалистам, более гибкий и удобный график работы, независимость от прописки/регистрации. В этой группе преобладают разовые обращения в частные клиники или кабинеты, пользование услугами многопрофильной клиники, лабораторные исследования и лечение или операция в стационаре.

Лояльные к частной медицине – для них важнейшими преимуществами частной медицины являются высокая квалификация врачей, более современные и эффективные технологии диагностики и лечения, внимание и доброжелательность персонала, хороший уровень сервиса. Они выбирают для себя обслуживание либо в многопрофильных клиниках, либо консультации у частнопрактикующего медицинского персонала.

Обслуживаемые по полису ДМС – эта группа, которая лечится в частных медицинских организациях, поскольку этот выбор сделан за них страховщиком и страхователем (работодателем). Значительная ее часть не видит в частной медицине особых преимуществ, но из привлекательных ее сторон представители данной группы отмечают наличие широкого спектра специалистов в частной клинике, возможность вызвать на дом врача, в том числе в выходные и праздничные дни, простоту записи к врачу и сдачи анализов и отсутствие больших очередей.

В целом же респонденты наиболее часто отмечают те преимущества частной медицины, которые связаны с организацией работы частной клиники. В рейтинге преимуществ первые шесть позиций занимают такие качества частной клиники, как отсутствие очередей, более современные технологии управления и стандарты обслуживания

ния, отношение персонала, простота записи, более гибкий и удобный график работы. Более современные технологии лечения и диагностики, квалификация врачей находятся лишь на седьмом и девятом местах соответственно.

3.3.2. Сравнительная оценка перспектив усиления конкурентных преимуществ государственных и частных поставщиков медицинских услуг

3.3.2.1. Оценка влияния модернизации общественной системы здравоохранения на развитие частного сектора здравоохранения

Развитие частного сектора здравоохранения зависит от состояния общественной системы здравоохранения. Прогресс в ее модернизации выступает одним из ключевых факторов спроса на услуги частного сектора здравоохранения. От того, удастся ли государству улучшить систему оказания бесплатной медицинской помощи, добиться увеличения доступности и отзывчивости этой системы к нуждам потребителей, будет зависеть, пойдет ли большее число потребителей искать альтернативу в частном секторе.

В последние несколько лет внимание государства к состоянию системы здравоохранения заметно усилилось. В числе четырех приоритетных национальных проектов, реализуемых с 2006 г., проект «Здоровье» занимает первое место по объему выделенных средств. В рамках проекта реализуется целый ряд мер, направленных на повышение доступности первичной, специализированной амбулаторной, скорой и высокотехнологичной медицинской помощи для населения. В частности, в 2006–2007 гг. в 10 тыс. лечебно-профилактических учреждений первичного звена было поставлено более 42 тыс. единиц рентгенологического, ультразвукового, лабораторного, эндоскопического и электрокардиографического оборудования. В службы скорой помощи за два года поставлено 13,2 тыс. ед. санитарного автотранспорта. Эти меры, несомненно, улучшили материально-техническое оснащение первичного звена системы

здравоохранения и способствовали повышению доступности первичной помощи. По оценкам Минздравсоцразвития РФ, это позволило сократить среднее время ожидания диагностических обследований с 10 до 7 дней, а среднее время ожидания «скорой» с 35 до 25 минут.

Национальный проект, первоначально рассчитанный на два года, продлен на период до 2012 г. Помимо уже реализуемых направлений, предусматривается совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях. Продолжится развитие новых высоких медицинских технологий.

Реализация Национального проекта оказывает позитивное влияние на ресурсное обеспечение, доступность и результативность общественной системы здравоохранения. Но расходы на проект из федерального бюджета и государственных внебюджетных фондов составляют лишь примерно 10% совокупных расходов государства на здравоохранение. Разумеется, этих денег недостаточно, чтобы добиться существенных изменений к лучшему в функционировании общественной системы здравоохранения. К тому же проект не предусматривает крупных изменений в самой организации оказания медицинской помощи населению, в институтах управления и финансирования.

Вместе с тем реализация Национального проекта оказала прямое воздействие на развитие частного сектора здравоохранения, заставив многие частные клиники ускорить темпы обновления медицинского оборудования с тем, чтобы не потерять свои конкурентные преимущества перед государственными учреждениями (*Качалова, 2007*).

В Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года ставится задача «обеспечить качественный прорыв в системе здравоохранения. Отрасли нужны новейшие инновационные разработки в области диагностики, лечения и профилактики заболеваний, эффективная система подготовки и переподготовки медицинских кадров, современные высокотехнологичные информационные системы» (Правительство РФ, 2008). Декларируется, что на основе постоянной модернизации технологи-

ческой базы отрасли, развития медицинской науки и образования, улучшения кадрового состава здравоохранения будет обеспечиваться улучшение показателей работы учреждений здравоохранения и здоровья населения. Вопрос – изменит ли намечаемая модернизация уровень отзывчивости общественной системы здравоохранения к нуждам граждан – остается открытым. Во всяком случае, в указанной Концепции такая задача не сформулирована.

Если государство сможет воплотить в жизнь эти установки, и результативность, доступность и, возможно, отзывчивость общественной системы здравоохранения будут расти, то частный сектор здравоохранения будет развиваться преимущественно как дополняющий общественную систему в части видов предоставляемых услуг, то есть предоставляющий такие медицинские и связанные с ними виды услуг, которые не включены в государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

Если же растущие государственные инвестиции в здравоохранение не будут сопровождаться изменениями в организации оказания медицинской помощи, оптимизацией потоков пациентов, усилением мотивации медицинских учреждений и их работников к повышению качества своей работы и отзывчивости к нуждам пациентов, если прогресс в улучшении работы государственных медицинских учреждений будет медленным, то частный сектор здравоохранения может усилить свои конкурентные преимущества.

Важным фактором развития частного сектора здравоохранения будет также выступать политика государства по отношению к экономическим условиям деятельности государственных и частных медицинских учреждений. Если будет сохраняться ситуация, когда государственные учреждения имеют право оказывать платные услуги и использовать для этого оборудование, приобретенное за счет государственных инвестиций, пользоваться налоговыми льготами, установленными для бюджетных учреждений, то они будут иметь рыночные преимущества перед частными учреждениями и иметь возможность оказывать аналогичные медицинские услуги по более низким ценам. Продолжение такой политики будет оказывать сдерживающее влияние на развитие частного сектора.

Развитию частного сектора будет препятствовать сохранение барьеров для участия частных медицинских организаций в предоставлении населению медицинской помощи, гарантируемой и финансируемой государством (прямые административные ограничения, неполный тариф оплаты медицинской помощи в системе ОМС, возмещающий лишь часть видов затрат и делающий экономически невыгодным для частных учреждений заключение контрактов на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС, и др.). Если же будет последовательно проводиться политика реформирования системы ОМС и развития конкурентной среды в оказании медицинской помощи, то это расширит возможности развития частного сектора как более эффективного альтернативного поставщика медицинских услуг для населения.

3.3.2.2. Оценка перспектив повышения эффективности деятельности частных поставщиков

В современном развитии рынка платных медицинских услуг просматривается ряд тенденций, которые свидетельствуют о действии рыночных сил в сторону повышения эффективности частных поставщиков медицинских услуг.

В первую очередь следует отметить стремление частных клиник к расширению спектра предоставляемых услуг (*Качалова, 2007*). Например, стоматологические клиники увеличивают количество рабочих мест стоматологов и стремятся к оказанию полного комплекса услуг: терапии, хирургии, ортопедии, пародонтологии, имплантации, профилактики, ортодонтии, детского приема. Это отражает формирующийся спрос клиентов на получение комплексной услуги в рамках одного учреждения. Другим примером могут служить клиники, специализировавшиеся ранее исключительно в области репродуктивного здоровья или эстетической медицины и включающие теперь в свой состав специалистов смежных специальностей.

Одновременно все чаще возникают своеобразные конгломераты, объединяющие деятельность разнопрофильных участников рынка

(Качалова, 2007). Так, стоматологические клиники консолидируются с общемедицинскими, центры диагностики – с центрами репродуктивного здоровья.

На рынке медицинских услуг явно проявилась тенденция к рыночной ориентации поставщиков на группы потребителей, различающихся по уровню доходов. Компании, владеющие сетью клиник, ориентируют их на разные классы потребителей, что позволяет увеличить удовлетворенность пациентов из-за разведения потоков с разным уровнем требований. Характерной чертой многих медицинских клиник уже сейчас является ориентация преимущественно на средний класс.

По экспертным оценкам, вследствие роста благосостояния населения и активного развития среднего класса наиболее динамичным и перспективным сегментом рынка платных медицинских услуг являются как раз медицинские центры средней ценовой категории (*Business Vision, 2005*).

Важной характеристикой современного российского рынка частных медицинских услуг является интенсивное развитие его участниками технологий привлечения клиентов. Клиники предлагают кредитные программы, накопительные системы, подарочные сертификаты.

Частные клиники активно занимаются повышением квалификации персонала: организуют различные курсы, тренинги, в том числе совместно с органами управления здравоохранением. По оценкам участников рынка, сильная конкуренция на рынке частных медицинских услуг заставляет частные клиники вкладывать в обучение персонала, оборудование, новые технологии до 50–80% получаемой прибыли (*Качалова, 2007*).

Рынок диктует необходимость развития медицинских технологий и навыков персонала. Так, хирурги в частных клиниках работают над совершенствованием технологий операций, чтобы они протекали быстрее, и пациент меньше времени находился под наркозом.

Однако внедрение новых технологий – дорогостоящее мероприятие (например, стоимость одного анализатора для проведения лабораторных исследований составляет 150–200 тыс. евро). Поэтому ча-

стные поставщики считают совершенно нормальной ситуацией, когда решения на рынке не дублируются, а взаимодополняются. По некоторым видам обследований клиники предпочитают заключать партнёрские соглашения и обмениваться заказами. Например, в одной клинике есть оборудование для определения иммунного статуса, поэтому иммунограмма проводится там. В свою очередь, в другую клинику участники партнёрства отправляют на исследование больных сахарным диабетом.

Возможности дальнейшего роста конкурентоспособности частного сектора здравоохранения будут зависеть от размеров инвестиций в создание новых клиник, техническое перевооружение и расширение уже действующих. Повышению инвестиционной привлекательности частного здравоохранения могло бы способствовать:

- введение налоговых льгот для частных инвестиций в здравоохранение (например, освобождение на три года от включения в налогооблагаемую базу по налогу на прибыль суммы инвестиций в медицинские организации);
- включение медицинских инвесторов в программу получения государственных кредитов, упрощение процедуры получения кредита для социального инвестирования;
- обеспечение гарантий долгосрочного сохранения прав инвесторов на управление медицинскими организациями (например, долгосрочная аренда, концессия).

3.4. Условия развития добровольного медицинского страхования

Основу рынка ДМС в России формирует корпоративное страхование: примерно 90% полученных премий приходится на взносы от юридических лиц (*Эксперт РА, 2006*). В компаниях с иностранными собственниками, и в крупных российских корпорациях ДМС уже стало неотъемлемой частью социального пакета, инструментом мотивации и повышения лояльности персонала. Система мотивации сотрудников за счет социального пакета становится все популярней среди работодателей страны. К этому их побуждает ситуация спроса и предложения на рынке труда. Если такого пакета в компании нет,

она начинает проигрывать в конкуренции за кадры (Богдановский, Арутюнова, 2007).

Программы ДМС на многих предприятиях, особенно в высокотехнологичных отраслях, рассматриваются не только как способ материального стимулирования сотрудников, но и как важный инструмент повышения эффективности бизнеса за счет улучшения здоровья персонала. По мнению многих работодателей, главное достоинство ДМС в том, что оно дает очевидную экономию времени, которое сотрудники отсутствуют на работе по болезни и тратят на получение нужной медицинской помощи (Богдановский, Арутюнова, 2007).

Дальнейшее развитие корпоративного ДМС предопределяется уровнем интереса к медицинскому страхованию со стороны предприятий среднего и малого бизнеса, так как крупные российские корпорации в основном уже застраховали своих сотрудников. Конкуренция на рынке труда будет усиливаться и вследствие увеличения спроса на квалифицированные кадры, и в силу обусловленного демографическими процессами сокращения численности населения в трудоспособном возрасте. Это будет подталкивать работодателей, пока не страхующих своих работников (это основная масса предпринимателей среднего и малого бизнеса), к включению ДМС в социальный пакет, предлагаемый своим работникам. Согласно результатам исследования Сообщества менеджеров E-executive «Здоровье сотрудника – успех компании», 60% компаний, которые не использовали этот инструмент социальной поддержки своих работников, заявили о планах сотрудничества со страховщиками (Богдановский, Арутюнова, 2007).

Привлечение новых страхователей потребует, в свою очередь, от страховщиков повышения качества обслуживания, усложнения и увеличения сервисной составляющей страховых продуктов.

Что же касается расширения участия в ДМС индивидуальных страхователей – физических лиц, то оно сталкивается с рядом серьезных препятствий.

Большинству граждан полисы ДМС недоступны из-за высокой стоимости. В свою очередь, страховые компании не рискуют суще-

ственно снижать стоимость полиса индивидуального страхования из-за сильно выраженного эффекта ухудшающего отбора, обусловленного высокой эластичностью спроса на медицинские страховки по цене со стороны лиц с высоким риском заболеваемости. Если страховщик не дифференцирует страховые взносы в строгом соответствии с индивидуальным риском заболеваемости, то он вынужден устанавливать размер страховых взносов, отражающий некоторый средний уровень риска. Такая страховая программа вызывает больший спрос со стороны лиц с высоким риском заболеваемости, чем лиц с низкой вероятностью заболеть. Происходит ухудшающий по параметрам риска заболеваемости отбор покупателей страховок. Большинство клиентов – физических лиц рассматривают добровольное медицинское страхование как покупку «абонемента» на определенный вид лечения и тратят на приобретение полиса собственные средства, только когда у них возникает необходимость в получении медицинской помощи. Другими словами, чаще всего страхуются люди, имеющие хронические заболевания и стремящиеся минимизировать свои расходы на медицинские услуги. В случае же повышения цены страховки, спрос на ДМС со стороны физических лиц резко падает. Расчет стоимости страховки в соответствии с индивидуальным риском заболеваемости требует от страховщика значительных затрат на проведение оценки состояния здоровья лиц, обращающихся к нему за страховкой.

Страховым компаниям проще работать с корпоративными клиентами, так как при страховании больших коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников, соответственно, отпадает необходимость проведения обследования и оценки рисков по каждому застрахованному (*Охотников, 2006*). Кроме того, затраты на оформление индивидуального договора страхования стоимостью 200–300 долл. сопоставимы с издержками на подготовку крупного корпоративного договора, по которому может быть застраховано более 1000 сотрудников предприятия. Как отмечают страховщики, «клиент-физическое лицо по своей требовательности сопоставим со страхователем-предприятием в тысячу человек. Он очень долго изу-

чает пакет услуг, задает массу вопросов, а потом покупает только самое дешевое поликлиническое обслуживание» (*Копитайко, 2007*).

Для клиентов – физических лиц, которые сами платят за медицинскую страховку, в большей мере характерен и моральный риск, то есть склонность к более частому посещению медицинских учреждений, чем у работников, которых застраховал работодатель. Человек, покупающий полис за собственные деньги, стремится получить по нему максимум услуг, даже если они не являются необходимыми. При этом сложившаяся в стране система оказания медицинской помощи – с ее ориентацией на избыток площадей и врачей-специалистов – такому поведению способствует. Страховые компании сталкиваются со злоупотреблениями медицинских учреждений, склонных к гипердиагностике, назначению необоснованного и избыточного лечения по коммерческим расценкам, а подчас и откровенным припискам, когда лечения фактически не проводилось.

В результате действия этих факторов рентабельность договоров индивидуального медицинского страхования ДМС в современных российских условиях оказывается низкой и даже отрицательной, если сопоставлять страховые взносы и текущие расходы страховой компании на оказание медицинской помощи индивидуальным застрахованным.

Несмотря на эти барьеры, рынок ДМС для индивидуальных потребителей развивается. Мало кто из крупных универсальных страховщиков отказывается от этого вида страхования. Все дело в том, что ДМС рассматривается страховщиками как средство привлечения клиентов в иные виды страхования, например имущества, где рентабельность вполне приемлемая (*MRS Business Research Company, 2005*).

Важным институциональным маркером развития рынка ДМС является распространение на рынке ДМС услуг страховых брокеров по подбору оптимальных для клиента условий покупки страховок. Брокеры владеют информацией о возможностях страховых компаний и медицинских учреждений, проводят анализ рынка и рекомендуют сбалансированный по цене и качеству продукт.

Вместе с тем рассмотренные факторы будут оказывать сильное сдерживающее влияние на дальнейшее развитие рынка ДМС для индивидуальных страхователей в среднесрочной перспективе.

Условием существенного роста данного сегмента рынка является активизация усилий страховых компаний, направленных на рекламу и повышение информированности населения о сути ДМС, разъяснение населению необходимости и выгоды этого вида страхования. Распространение индивидуальных полисов ДМС среди частных лиц зависит от уровня страховой культуры потребителей. Как показало исследование MRS Business Research Company (*MRS Business Research Company, 2005*), наиболее значимым фактором при выборе страховщика является репутация страховой компании (90% опрошенных). Потребители, как правило, черпают ее из открытых источников информации, но при этом 78% опрошенных при выборе страховой компании исходили бы из советов «группы доверия» — родственников и близких знакомых. Развитие рынка потребует ощутимых маркетинговых усилий и разработки эффективных механизмов продаж ДМС со стороны страховых компаний.

Перспективы развития розничного сектора добровольного медицинского страхования открываются на пути создания страховщиками новых страховых программ. Это система личных врачей, создание собственных лечебных учреждений, участие в реконструкции и переоснащении муниципальных лечебных учреждений. Это долгосрочные возобновляемые полисы медицинского страхования, с уровневым механизмом расчета ежегодных страховых взносов, и другие разновидности «ОМС-замещающих» полисов (*Митрофанов, 2004*).

Для ослабления проблемы ухудшающего отбора и содействия развитию ДМС для индивидуальных клиентов необходимо применение в России скрининговых методов предстрахового обследования страхователя и более совершенных методов актуарных расчетов, что уже повсеместно используется в западных страховых компаниях (*Митрофанов, 2004*). Такие обследования позволили бы более точно выявлять среди клиентов группы риска и предлагать им специализированные страховые программы.

И у корпоративного, и у индивидуального добровольного медицинского страхования есть сходные проблемы. На развитие данного сектора страхования значительное влияние оказывает недостаточная нормативная база. В соответствии со ст.1 Закона РФ от 02.04.1993 N 4741-1 «О медицинском страховании граждан в РФ», «добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования». Между тем в базовой и в территориальных программах ОМС отсутствует четкое определение состава медицинских услуг, предоставляемых гражданам. Это обстоятельство создает правовую неопределенность в отношении легитимного предмета добровольного медицинского страхования.

Осложняет ситуацию рост цен на услуги медицинских учреждений. Стоимость услуг растет высокими темпами, страховщикам сложнее поднимать свои тарифы пропорционально этому росту. При этом, по свидетельствам отдельных страховщиков, качество лечения в частных медицинских учреждениях не улучшается (*МИГ, 2008*).

Состояние и ресурсные ограничения медицинских учреждений, являющихся монополистами на рынке медицинских услуг, представляют серьезные проблемы для развития ДМС (*Комлева, 2007*). Представители отдельных компаний отмечают, что некоторые клиники отказываются прикреплять к себе новых клиентов, а многие медицинские учреждения не в состоянии справиться с потоком. Клиенты страховых компаний стали жаловаться на очереди, которых раньше не было. Рост спроса на платные медицинские услуги привел к тому, что ряд клиник отказывались работать со страховыми компаниями, предпочитая осуществлять расчеты с пациентами напрямую, считая, видимо, контроль со стороны страховщиков слишком обременительным (*Insformer, 2007*).

Между тем организация лечебно-диагностического процесса, квалификация медицинского персонала, оснащенность медицинской техникой и аппаратурой, а также результативность ее использования перестают удовлетворять запросы клиентов, обращающихся за

ДМС. Особенно эти проблемы актуальны в российских регионах, где остро ощущается недостаток клиник, способных оказывать высококачественные услуги (*Григорьева, 2007*).

Выход из сложившейся ситуации многие страховые компании видят в создании собственных медицинских центров. Скорее всего, способными на такие инвестиции могут быть только страховщики, имеющие крупных акционеров.

Процесс строительства страховыми компаниями собственных клиник уже начался (*Григорьева, 2007*). Так, «РЕСО-Гарантия» уже имеет в Москве четыре собственные клиники MedSwiss, стоматологическую клинику «Добрый доктор», службу скорой медицинской помощи, а также клинику «Скандинавия» в Санкт-Петербурге. В июне 2007 г. открыта еще одна клиника в подмосковной Жуковке; разрабатываются проекты создания новых собственных клиник в Москве, Подмосковье и других городах России. Группа «Альфа Страхование» планирует создание сети медицинских клиник по всей территории России, стоимость которой оценивается в 100–120 млн долл. РОСНО рассматривает возможность построения собственной сети клиник и реализации совместных проектов с компанией «Мед-си». «Ингосстрах» инвестирует свыше 100 млн долл. в создание собственной медицинской сети, предполагающий открытие третьей клиники в Москве и строительство еще 21 клиники в регионах. «Ингосстрах» также поддерживает проект создания принципиально новой сети лечебных учреждений «Поликлиника ЦК», выступая стратегическим партнером организаторов проекта, который предусматривает строительство современных поликлиник двух уровней оснащенности по всей территории России. Планируется, что они будут организованы по западной бизнес-модели и смогут предлагать качественное обслуживание по ценам ниже привычных для рынка (*Insformer, 2007*). Наличие собственной медицинской базы на местах будет являться не только гарантией качества оказываемых услуг (непосредственно в этих клиниках), но и станет рычагом воздействия на сторонние ЛПУ с целью улучшения обслуживания в них застрахованных.

Добровольное медицинское страхование и прямая оплата медицинских услуг – это конкурирующие институты частного финансирования здравоохранения. ДМС – это солидарная форма расходования средств на здравоохранение, позволяющая избежать риска больших расходов на лечение в случае заболевания. Страховой пул дает возможность распределить риски больших расходов среди большего числа людей, в результате чего затраты каждого из них на приобретение страхового полиса будут относительно ниже, чем прямая оплата необходимых медицинских услуг в случае заболевания. Это делает страхование экономически привлекательным для каждого, кто принимает во внимание риск оказаться больным и вынужденным тратить много средств на медицинскую помощь.

Тем не менее большинство граждан предпочитают нести расходы лишь в случае, если они действительно заболеют, и платят непосредственно в кассу медицинских учреждений или в руки медицинским работникам. Может ли в перспективе ДМС потеснить прямую оплату медицинских услуг и стать более распространенной формой финансирования?

Для этого необходимы изменения не только в отношении граждан к своему здоровью и в психологических установках по отношению к использованию предварительной оплаты возможных рисков. ДМС должно стать экономически выгодным для страховщиков. А это означает, как минимум, выполнение следующих условий:

- существенное повышение точности актуарных расчетов размеров страховых премий для граждан с разными рисками заболеваний;
- высокий уровень концентрации на рынке ДМС, обеспечивающий большую величину страхового портфеля у каждого страховщика и соответственно распределение рисков среди большого числа застрахованных;
- наличие высокодоходных финансовых механизмов инвестирования страховых средств;
- эффективное управление страховыми резервами.

Развитие ОМС во многом будет также определяться налоговыми стимулами и результатами реформирования здравоохранения.

В случае, если государство решит задачи конкретизации гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, существенного повышения уровня оплаты труда медицинских работников и снижения распространенности неформальных платежей, если оно будет содействовать развитию ДМС методами налоговой политики и развитию конкуренции на страховом рынке и рынке медицинских услуг, если развитие экономики будет сопровождаться укреплением механизмов финансового рынка и инвестирования, то при таких условиях можно всерьез ожидать, что добровольное медицинское страхование станет одинаково интересно и страховщикам, и потребителям.

3.5. Факторы воспроизводства практик неформальной оплаты медицинских услуг

Существование неформальной оплаты медицинской помощи обуславливается целым комплексом экономических и социально-культурных причин (*Lewis, 2000; Shahriari et al., 2001; Ensor, 2004; Шишкин и др., 2004; Gaal et al., 2006*). Опираясь на существующее понимание этих причин, рассмотрим факторы воспроизводства ситуаций, в которых используется неформальная оплата медицинской помощи (*Шишкин и др., 2004*). Проанализируем такие ситуации, различая их по предмету неформальной оплаты.

1) Неформальная оплата обычной медицинской помощи, соответствующей официально утвержденным или неформально сложившимся стандартам ее оказания.

Основным фактором воспроизводства ситуаций, когда пациенту приходится платить за получение обычной медицинской помощи в системах общественного здравоохранения, является недостаток их государственного финансирования. Этот фактор может быть устранен при росте государственных расходов на здравоохранение.

2) Неформальная оплата дополнительных медицинских услуг сверх сложившегося стандарта их оказания.

Состав услуг, который официально утвержден в качестве стандарта оказания медицинской помощи при том или ином заболевании

или сложился исторически и воспринимается как неформальный стандарт, всегда будет ограниченным. Дополнительные к нему обследования, консультации, процедуры, уход, а также более комфортные бытовые условия неизбежно будут выступать предметом оплаты. Расширение, дифференциация и четкое определение предмета легальных платных услуг, установление цен на них, максимально отражающее принципы рыночного ценообразования, способны существенно сузить распространенность практик неформальной оплаты соответствующих услуг. Но соответствующие меры государственного регулирования неизбежно будут отставить от реальной практики появления и оказания дополнительных услуг, и это будет создавать условия для использования неформальной оплаты как средства получения таких дополнительных услуг.

3) Неформальная оплата лечения с использованием уникальных, новейших медицинских технологий.

Ситуации выбора между альтернативными методами лечения, а также между нелечением и использованием уникальных методов лечения, постоянно будут воспроизводиться в будущем вследствие:

- прогресса медицинской науки, порождающего новые медицинские технологии;
- усложнения и появления новых заболеваний, требующих разработки методов их лечения;
- ограниченности возможностей быстрого широкомасштабного внедрения новых методов лечения и обеспечения их доступности для всех больных соответствующими заболеваниями.

Воспроизводство этих ситуаций будет порождать обращение пациентов к неформальным платежам как к средству получения гарантированного доступа к лечению по новым технологиям.

Еще одним фактором воспроизводства неформальных платежей в подобных ситуациях является разрыв между уровнем зарплаты врачей, разрабатывающих и применяющих новые уникальные технологии, и уровнем доходов, на которые вправе претендовать высококвалифицированные специалисты, сравнивая себя с представителями других профессий. Такой разрыв будет постоянно воспроизводиться в государственных медицинских учреждениях. Заработная

плата врачей в государственных учреждениях, регулируемая государством, всегда будет ниже уровня доходов, на которые претендуют высококвалифицированные врачи, владеющие уникальными технологиями лечения.

Политика повышения технологического уровня оказания медицинской помощи в общественной системе здравоохранения, расширения масштабов применения новых технологий, периодического пересмотра стандартов бесплатной помощи способны противодействовать расширенному воспроизводству ситуаций выбора между новыми и старыми способами лечения; выбора, реализуемого посредством неформальной оплаты получения лечения по новой технологии. Уменьшению распространенности таких ситуаций будет способствовать установление четких критериев получения права на бесплатное лечение по новым технологиям, ведения листов ожидания и т.п.. Но устранить полностью ситуации неформальной оплаты, порождаемые выбором между новыми и старыми технологиями, будет невозможно.

4) Приобретение медикаментов для стационарного лечения.

Прогресс в фармацевтической науке и промышленности постоянно будет порождать новые виды лекарственных препаратов и медицинских материалов. В этом прямо заинтересованы субъекты фармацевтического рынка: производители и дистрибьюторы, для которых появление новых товаров является инструментом извлечения доходов из несовершенств этого рынка (прежде всего асимметрии информации между продавцами и покупателями медикаментов). Хотя новые препараты далеко не всегда обладают более высокой клинической эффективностью, чем уже применяемые, но в целом тенденция появления все более эффективных медикаментов просматривается. Для фармацевтического рынка характерен рост цен на новые товары в силу больших затрат на их разработку и уже упоминавшихся несовершенств самого рынка. При ограниченности у медицинских учреждений средств для закупки медикаментов они во многих случаях не имеют и не будут иметь возможностей закупать более дорогие, но и клинически более эффективные медикаменты в размерах, достаточных для лечения всех нуждающихся.. Поэтому

ситуации, когда пациентам предлагают самим заплатить за более действенные препараты или за более качественные медицинские материалы (протезы, кардиостимуляторы и т. п.) будут неизбежно воспроизводиться. Однако масштабы их воспроизводства и масштабы участия пациентов в оплате медикаментов в высокой степени зависят от размеров государственного финансирования расходов медицинских учреждений на необходимые товары.

5) Неформальная оплата более внимательного отношения медицинских работников.

Воспроизводство ситуаций выбора между обычным и повышенным уровнем внимания медицинских работников к пациенту включает экономические и социально-психологические факторы. Первые – это низкий уровень официальной оплаты медицинских работников, влекущий за собой сокращение их внимания, времени, усилий, которые они тратят на каждого пациента. Социально-психологические факторы – это желание пациентов получить персональное внимание к нему врачей, сестер, нянечек, чтобы чувствовать уверенность в благоприятном исходе лечения.

Если экономические факторы, порождающие необходимость платежей за внимание, могут быть устранены, то повлиять на психологические установки пациентов, стремящихся такой ценой минимизировать риск и обеспечить свое спокойствие, весьма сложно. Для этого необходимо развитие и укрепление профессиональной этики, развитие практики защиты прав пациентов, заставляющей врачей внимательнее относиться к выполнению своих обязанностей. Этот процесс будет длительным.

6) Неформальная оплата как средство установление доверительных отношений с врачом.

Фактором воспроизводства неформальных платежей, рассматриваемых пациентом как средство установления доверительных отношений с врачом, является необходимость для пациента в наличии институтов страхования, которые он сам и создает в персонализированной форме, регулярно платя конкретному врачу в руки за его услуги, и обеспечивая тем самым его готовность всегда оказать помощь в нужный момент. Действие этого фактора может быть ослаб-

лено развитием легальных институтов добровольного страхования, а также усилением связи зарплаты врача с количеством граждан, пользующихся его услугами и качеством лечения.

Анализ факторов воспроизводства неформальных платежей пациентов за медицинскую помощь позволяет сделать следующие выводы. Недостаточность государственного финансирования здравоохранения, отсутствие четко определенных стандартов оказания бесплатной медицинской помощи, несовершенство применяемых в отрасли методов оплаты труда являются важнейшими факторами воспроизводства неформальных платежей. Соответственно увеличение государственного финансирования здравоохранения, расширение перечня медицинских услуг, легально оказываемых за плату и развитие институтов медицинского страхования, совершенствование медико-экономических стандартов, организации оплаты труда, ценнообразования на платные медицинские услуги – все эти меры могут сократить масштабы распространенности ситуаций выбора, в которых пациенты прибегают к неформальным платежам.

Но целый ряд факторов, продуцирующих неформальные платежи, неустраним в полной мере, и они будут воспроизводить практики неформальной оплаты. Это объективные различия в качестве медицинской помощи, ограниченность возможностей предоставления благ относительно более высокого качества для всех нуждающихся в них пациентов, невозможность или ограниченные возможности использования механизма легальной оплаты благ более высокого качества как механизма, регулирующего доступ к ним населения.

Воспроизводству практик неформальной оплаты содействует также то, что они выполняют определенные позитивные функции в общественной системе здравоохранения. Прежде всего они компенсируют низкую оплату труда врачей государством и сохраняют врачебный корпус на рабочих местах. В последние годы отчетливо проявилась новая позитивная функция неформальных платежей: они выступают сильным стимулом для профессионального роста врачей (*Чернец и др., 2008*). Растущая требовательность пациентов к качеству и результативности лечения и стремление врачей к увеличению получаемых доходов заставляют их осваивать новые медицинские

технологии, повышать свое профессиональное мастерство, чтобы успешно конкурировать за деньги пациентов со своими коллегами и иметь возможность продавать свои услуги за высокую цену.

Воспроизводству неформальных платежей содействуют порожденные ими институциональные ловушки (*Kornai, 2000*). Получив распространение, в том числе вследствие сокращения государственного финансирования здравоохранения, заняв определенные ниши во взаимоотношениях между медицинскими работниками и пациентами, практики неформальных платежей порождают заинтересованность многих субъектов в их сохранении. Неформальные платежи, позволяющие увеличивать доходы, выгодны не только медицинскому персоналу, но и администрации государственных поликлиник и больниц, поскольку дают возможность удерживать в своих учреждениях, с одной стороны, высококвалифицированных врачей, а с другой стороны, дефицит младшего и среднего медицинского персонала в российском здравоохранении из-за низкой заработной платы. Изменение же сложившейся ситуации требует слишком больших финансовых затрат и административных усилий со стороны государства.

На воспроизводство неформальных платежей существенное влияние оказывает социально-психологическая инерционность мотивации пациентов и врачей к использованию неформальной оплаты. В основе этой инерционности лежит не только выгода этой практики для ее участников, что даже позволяет сделать вывод об относительной эффективности НП, по сравнению с практикой формальной оплаты, но прежде всего ее высокий уровень оправданности в глазах врачей и населения, причем по разным психологическим основаниям.

Усиление государством санкций за получение медицинскими работниками неформальных платежей и активные действия правоохранительных органов по выявлению случаев неформальной оплаты и применению таких санкций могут уменьшить масштабы распространенности неформальных платежей, но не устраняют их причин.

Ситуации выбора между разным временем оказания медицинской помощи, разными методами лечения, медицинскими работниками

разной квалификации, обычным и повышенным уровнями внимания к пациенту, различными бытовыми условиями лечения будут неизбежно воспроизводиться и создавать условия для использования денег в качестве инструмента выбора более предпочтительных вариантов. В настоящее время такой выбор частично обеспечивается легальной оплатой медицинских услуг, а частично – платежами в руки медицинским работникам.

Теоретически можно говорить о том, что расширение предмета легальной оплаты медицинской помощи, совершенствование методик ценообразования на платные медицинские услуги, развитие добровольного медицинского страхования могут сократить предмет неформальной оплаты, вытесняя теневые платежи. Действительно, если можно платить легально за ускорение диагностики или лечения, за выбор лечения на основе новых медицинских технологий, за более эффективные медикаментозные схемы лечения, за дополнительные обследования, консультации, процедуры, за уход и т.п. – то это лишает неформальные платежи роли единственного экономического инструмента получения нужных благ, которую они до этого выполняли в соответствующих ситуациях выбора.

Но для того, чтобы легальные платежи вытеснили неформальные, этого мало. Нужно, чтобы применение легальных форм оплаты было и для медицинских работников, и для пациентов выгоднее, чем неформальная оплата. Выгоднее, принимая во внимание соотношение размеров формальной и неформальной оплаты, характер санкций к медицинским работникам за получение денег от пациентов и вероятность их применения, наличие и размер налоговых льгот, заинтересовывающих пациентов в легализации расходов на медицинскую помощь, и др. Если уровень заработной платы врачей мало изменится по сравнению с уровнем оплаты труда работников аналогичных уровней квалификации в других отраслях, если руководители медицинских учреждений и отделений будут по-прежнему не заинтересованы в борьбе за устранение неформальных платежей пациентов врачам и сестрам, то дальнейшее развитие институтов легальной оплаты не приведет к существенному сокращению масштабов неформальных платежей.

Напомним, что в 2006 г. средняя заработная плата в здравоохранении составляла соответственно 76% от среднероссийской. Согласно Основным параметрам прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020–2030 годов (*Минэкономразвития, 2008*), к 2020 г. это соотношение увеличится как минимум до 90%. Однако, как свидетельствуют данные опросов врачей, такое увеличение не окажет сильного сдерживающего влияния на мотивацию к получению неформальной оплаты за их труд (*Шишкин и др. 2004; Чернец и др., 2008*).

3.6. Возможности формирования новых институтов частного финансирования оказания медицинской помощи

Прямая оплата медицинских услуг в кассу медицинских учреждений, добровольное медицинское страхование, неформальные платежи в руки медицинским работникам – это давно сложившиеся институты частного финансирования здравоохранения, и выше были проанализированы перспективы их использования в обозримом будущем. Из зарубежного опыта известно о существовании и других институтов такого финансирования. Среди них наибольший интерес представляют обязательные соплатежи населения при потреблении медицинской помощи, финансируемой за счет государства, лекарственное страхование, индивидуальные накопительные медицинские счета. В последнее время целесообразность введения таких институтов в нашей стране стала предметом оживленного обсуждения в экспертном сообществе. Дискутируются также возможности сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования, появляются предложения о развитии механизмов государственно-частного партнерства в здравоохранении.

Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования в России детально исследовались нами ранее (*Гудков, Попович, Шишкин, 2002*).

Механизмы государственно-частного партнерства в здравоохранении – это институты, обеспечивающие участие негосударственных организаций в реализации программ и проектов, финансируе-

мых государством: государственные контракты, аренда, концессия и др. Предметом этих отношений выступают либо финансирование государством выполнения услуг, работ частными поставщиками для общественной системы здравоохранения, либо передача материальных ресурсов государства в пользование частным организациям. Различные формы государственно-частного партнерства пока не предусматривают новых институтов частного финансирования собственно оказания медицинской помощи. Поэтому анализ частно-государственного партнерства в здравоохранении выходит за рамки данной работы.

В настоящем исследовании мы ограничимся анализом возможностей введения таких новых институтов финансирования оказания медицинской помощи, как обязательные соплатежи пациентов при оказании медицинской помощи, накопительные счета и схемы лекарственного страхования.

3.6.1. Соплатежи населения при оказании медицинской помощи

Во многих странах с развитыми государственными системами финансирования здравоохранения установлены обязательные соплатежи населения за оказываемые им медицинские услуги. Примерно в половине стран Западной Европы в системе общественного здравоохранения предусматривается соучастие пациентов в расходах в случае первичного приема, такое же количество стран предусматривает соучастие в расходах в процессе стационарного и специализированного амбулаторного лечения (*Салтман, Фигейрас, 2000, с. 141; Робинсон, 2002*). При этом практически везде суммы, доплачиваемые пациентами, ограничены установленными максимально допустимыми размерами. Это защищает лиц с длительными сроками лечения от чрезмерных расходов. Например, в Германии пациенты госпиталей должны платить 10 евро за день пребывания, но не выше чем за 14 дней в году.

Малоимущие и хронически больные несут меньшие обязательства по соучастию в расходах или полностью освобождены от них. Так, в Ирландии уровень покрытия государством расходов на меди-

цинскую помощь увязан с уровнем дохода пациентов (*Kemenade, 1993*). Лица с низкими доходами почти ничего не доплачивают. Лица со средними доходами имеют свободный или субсидируемый доступ к широкому кругу медицинских услуг. Небольшая, наиболее богатая часть населения, обязана платить за основную часть получаемых медицинских услуг или самостоятельно страховать.

Соплатежи населения были установлены во многих странах с переходной экономикой: Албании, Болгарии, Венгрии, Киргизии, Латвии, Македонии, Словении, Хорватии, Чехии, Эстонии (*Салтман, Фигейрас, 2000, сс. 150–154; Робинсон, 2002, сс. 191–192*). В Латвии в 1995 г. правительство приняло решение об установлении частичной оплаты больными медицинских услуг – до 25% от их стоимости. Медицинская помощь детям и инвалидам, а также срочная медицинская помощь остаются бесплатными. В Чехии в 1997 г. введена оплата населением за больничное обслуживание в размере 80 крон (2,3 долл. США) за день пребывания в госпитале и оплата скорой помощи в размере 50 крон за вызов. В Эстонии с апреля 1995 г. взимается оплата в размере 5 эстонских крон (40 центов США) за каждое посещение врача. От соплатежей освобождены пенсионеры, инвалиды и дети.

Размеры этих соплатежей, как правило, незначительны по сравнению со стоимостью предоставляемых услуг (*Робинсон, 2002*). Основной целью введения соплатежей было уменьшение морального риска в потреблении бесплатной медицинской помощи, то есть противодействие стремлению отдельных граждан к избыточному потреблению медицинских услуг сверх их реальных нужд. В Киргизии введение с 2001 г. соплатежей пациентов при госпитализации преследовало другую цель – легализовать широко распространенную неформальную оплату медицинской помощи и сделать более предсказуемыми для пациентов расходы на лечение (*Kutzin et al., 2003*).

В нашей стране раздаются предложения о введении легальных соплатежей населения: за посещение врача, за день пребывания в больнице и т.п. (*ГУ-ВШЭ, 2008а*). Такой вариант обладает определенными преимуществами по сравнению с существующими практиками оплаты медицинской помощи населением. Это более солидар-

ная форма расходов населения, чем прямая оплата услуг пациентами. Неформальные платежи пациентов в руки медицинских работников замещаются легальной оплатой медицинских услуг; появляется легальный дополнительный источник покрытия дефицита средств на оказание гарантируемой государством медицинской помощи.

Но вариант введения соплатежей обладает очень серьезными недостатками. Прежде всего он порождает высокие социальные риски, обусловленные негативным восприятием населением роста платности медицинской помощи. Рассматриваемый способ действий неизбежно повлечет политические спекуляции на тему нарушения конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь.

Значительное неравенство в доступности бесплатной медицинской помощи для жителей разных регионов и типов населенных пунктов делает чрезвычайно сложной задачу справедливо установить правила осуществления соплатежей для разных категорий населения. Соотношение платности и бесплатности в получении медицинской помощи, распространенность неформальных платежей и их правила сильно различаются и между регионам и внутри регионов (*Бесстремьянная, Шишкин, 2005; НИСП, 2007; Шишкин и др., 2004*), и это порождает высокие риски ухудшения доступности медицинской помощи для отдельных категорий граждан при введении той или иной системы обязательных соплатежей. Чтобы не ухудшить от их введения доступность медицинской помощи для населения, потребуется разработать сложную систему исключений для ряда категорий населения, очень точно рассчитать размеры соплатежей для жителей разных регионов и т.п.

Введение легальных соплатежей не устраняет практики неформальной оплаты медицинской помощи. Об этом свидетельствует опыт Киргизии. С одной стороны, после введения соплатежей доля пациентов стационаров, неформально платящих в руки медицинскому персоналу уменьшилась с 70% в 2001 г. до 52% в 2006 г. (*WHO, 2008*). Но с другой стороны, факт того, что половина пациентов помимо легальных соплатежей продолжает платить в руки врачам и медицинским сестрам, свидетельствует о весьма умеренной

результативности введенного института финансирования в решении задачи вытеснения теневых форм оплаты.

По совокупности этих причин введение такого института финансирования здравоохранения в нашей стране в обозримой перспективе является нецелесообразным.

3.6.2. Лекарственное страхование

Лекарственное обеспечение для амбулаторного лечения не входит в государственные гарантии для всего населения. Исключение составляет ряд категорий населения, имеющих право на социальную поддержку из федерального бюджета или бюджетов субъектов РФ. Основная часть населения покупает лекарства в розничной торговле.

В европейских странах лекарственное обеспечение населения включается в систему гарантий оказания медицинской помощи, и граждане, как правило, оплачивают лишь часть цены медикаментов, назначенных им врачом для лечения.

Участие государства в регулировании и финансировании лекарственного обеспечения граждан при амбулаторном лечении оказало бы заметное влияние на повышение доступности лечения, назначаемого пациенту. Ведь по данным исследования НОБУС, 35,4% граждан в случае болезни выполняют назначенное лечение частично из-за нехватки денег на покупку лекарств и оплату процедур, а 2,5% вообще его не выполняют из-за недостатка денег (*Шишкин, Бестремянная, 2005*). Среди пациентов стационаров, особенно центральных районных и районных больниц, много тех, кто мог бы быть пролечен амбулаторно, но предпочитает быть помещенным в стационар именно потому, что там может получить медикаменты бесплатно (*Богатова и др., 2002*).

Возможность создания новых схем лекарственного обеспечения граждан активно обсуждается в последнее время. С такой инициативой выступил Федеральный Фонд ОМС. В проекте Концепции социально-экономического развития Российской Федерации на долгосрочную перспективу сформулированы задачи организации лекарственного обеспечения граждан в амбулаторных условиях в рамках системы ОМС, определения перечня лекарственных средств, пре-

доставляемых бесплатно или с частичной оплатой за счет средств обязательного медицинского страхования и создания системы государственного регулирования цен на лекарственные средства, предоставляемые гражданам в системе ОМС (*Минэкономразвития, 2008*).

Возможны разные подходы к организации лекарственного обеспечения граждан при амбулаторном лечении. Рассмотрим их подробнее, акцентируя внимание на том, создание каких новых институтов частного финансирования здравоохранения будет при этом иметь место.

В 2008 г. Федеральный фонд ОМС предложил принять программу лекарственного страхования. Суть предложений состоит в следующем (*ГУ-ВШЭ, 2008b*):

Программа должна охватывать всех застрахованных в системе ОМС. Определяется перечень лекарственных препаратов, обеспечение которыми производится при финансировании за счет средств ОМС. Препараты, не включенные в данный перечень, приобретаются гражданами полностью за свой счет.

Граждане должны частично оплачивать стоимость лекарственных средств, назначенных им врачом из указанного перечня. Первый вариант предложений Федерального фонда ОМС предусматривал, что при получении лекарственного средства пациент оплачивает фиксированную долю его стоимости, например, 50%. В последующем было предложено использовать метод референтных цен. Суть этого метода состоит в том, что лекарственные средства классифицируются на группы, объединяющие аналогичные препараты, и для каждой группы определяется референтная (базовая) цена (*Салтман, Фигейрас, 2000: 277–278; Lopez-Casasnovas, Puig-Junoy, 2005*). Любой лекарственный препарат из нужной группы, которое покупает или получает застрахованный, будет возмещаться за счет страховых средств только в пределах установленной референтной цены. Любую сумму сверх опорной цены должен оплатить сам застрахованный.

Согласно предложениям Федерального фонда ОМС, отпуск выписанных врачом лекарственных средств может быть осуществлен в

любом аптечном учреждении независимо от его формы собственности из его товарных запасов. Аптечное учреждение направляет реестры счета на оплату отпущенных лекарственных средств в Федеральный фонд ОМС, который после их обработки направляет реестры счетов в территориальные фонды ОМС для возмещения последними аптеке стоимости отпущенных лекарственных средств в пределах установленных референтных цен.

Данная модель вводит новый институт частного финансирования – доплату гражданами разницы между розничной ценой приобретаемого лекарственного средства и референтной ценой, установленной для группы, включающей данное лекарственное средство. При введении такой схемы следует ожидать появления на рынке добровольного медицинского страхования специальных программ страхования, предусматривающих компенсацию расходов по частичной оплате отпущенных лекарственных средств.

Возможны иные модели организации обязательного лекарственного страхования, различающиеся прежде всего по механизмам финансирования отпуска лекарственных средств застрахованным – возмещение аптекам стоимости отпущенных лекарственных средств могут производить не территориальные фонды ОМС, как это предлагается в модели Федерального фонда ОМС, а страховые медицинские организации, или даже амбулаторно-поликлинические учреждения, выписывающие эти лекарства. Анализ сравнительных преимуществ и недостатков таких механизмов выходит за рамки данного исследования.

Что касается новых форм частного финансирования, то другие модели обязательного лекарственного страхования теоретически могут предусматривать иной порядок оплаты гражданами назначенных им препаратов. Например, возможен вариант, при котором застрахованный оплачивает в аптеке полную стоимость лекарственных средств и затем предъявляет рецепт (или его копию) с таксировкой и кассовый чек в страховую организацию. Страховщик после проверки поступивших документов в соответствии с программой лекарственного страхования полностью или частично (например, в пределах референтной цены) компенсирует затраты застрахованного

на оплату лекарственных средств. Но такой вариант существенно усложнит жизнь застрахованных, которым придется тратить время на очереди за получением возмещения, и поэтому он имеет мало шансов на реализацию.

Лекарственное страхование может быть организовано на принципах добровольного медицинского страхования. В настоящее время страхование расходов на лекарства при амбулаторном лечении уже встречается в рамках программ добровольного медицинского страхования. Возможным направлением развития лекарственного страхования является создание специальных программ, в которых страхователями на добровольной основе выступают работодатели и/или граждане, а органы государственной власти и местного самоуправления софинансируют их страховые взносы. Программы могут предусматривать различные перечни лекарственных средств и соответственно различные размеры страховых взносов. Могут быть установлены и разные формы участия застрахованных непосредственно в оплате отпускаемых им лекарственных средств: оплата франшизы (фиксированной суммы на рецепт или доли цены препарата), или оплата разницы между ценой препарата и референтной ценой для препаратов данной группы.

3.6.3. Медицинские накопительные счета

Сравнительно новым механизмом формирования средств в здравоохранении являются *медицинские накопительные (депозитные) счета*. Суть этого механизма состоит в том, что определенные категории граждан (работодатели и работники) обязываются государством вносить ежемесячно часть своих доходов на специальные индивидуальные медицинские счета, с которых оплачивается медицинская помощь, оказываемая гражданину в случае заболевания. При этом государство определенным образом участвует в софинансировании расходов на оказываемую медицинскую помощь.

Медицинские накопительные счета впервые появились в Сингапуре в 1984 г., а в 90-х годах были внедрены в Китае, Южной Корее, США. В Сингапуре этот механизм включает две системы: Medisave и Medishield (*Майнард, Диксон, 2002*). Каждый работающий должен

внести от 6 до 8% своего дохода на индивидуальный счет Medisave. Деньги на этом счете накапливаются. После смерти плательщика остаток средств на его счете может по завещанию перейти его родственникам.

В случае заболевания плательщика из средств на его счете оплачиваются расходы на дорогостоящие обследования и лечение в стационаре. Услуги врачей общей практики финансируются государством и предоставляются гражданам бесплатно. Если лечение требует больших затрат (катастрофические расходы), то они покрываются из системы Medishield, средства туда поступают из двух источников: вычетов из средств на индивидуальных медицинских накопительных счетах и ассигнований из государственного бюджета.

В США медицинские накопительные счета были введены в 1996 г., их открытие и взносы на них осуществляются в добровольном порядке и стимулируются налоговыми льготами.

Механизм медицинских накопительных счетов кажется весьма привлекательным с экономической точки зрения: он ослабляет присущие рынку медицинского страхования проблемы ухудшающего отбора и морального риска, создает стимулы к ведению здорового образа жизни, дает пациенту экономические инструменты контроля за врачом и сдерживает избыточное потребление медицинских услуг и соответственно рост расходов государства.

Развернутое предложение о введении в нашей стране индивидуальных медицинских накопительных счетов содержится в публикации Гришина (*Гришин, 2008*). В качестве главных преимуществ этого института указываются реализация принципа индивидуальной ответственности человека за собственное здоровье, активизация роли гражданина как получателя медицинских услуг, повышение прозрачности финансирования здравоохранения, расширение возможностей выбора гражданами медицинского учреждения и врача.

Но опыт вышеуказанных стран показывает, что использование накопительных счетов сопровождается двумя серьезнейшими проблемами (*Майнард, Диксон, 2002*).

Во-первых, вопреки ожиданиям, не обеспечивается сдерживания роста расходов на здравоохранение; контроль пациента за расходами

на предоставляемую ему медицинскую помощь оказывается весьма эфемерным, и поставщики медицинских услуг сохраняют возможности использовать в свою пользу информационную асимметрию между ним и пациентом и получать его согласие на избыточные обследования и т.п. Между потребителем и поставщиком услуг отсутствует страховый посредник, способный противостоять «спросу, спровоцированному предложением». В итоге медицинские накопительные счета и связанные с ними методы оплаты услуг поставщиков не приводят к ограничению спроса, индуцированного предложением, и содействуют также росту цен.

Во-вторых, усиливается социальная дифференциация доступа к медицинской помощи. Те, кто имеют высокие доходы и вносят на эти счета больше денег, соответственно имеют возможность оплатить более качественное и дорогостоящее лечение и при этом получают от государства больше дополнительных финансовых средств – либо в прямой форме, в виде субсидий на оплату оказываемой им помощи, либо в косвенной форме – в виде освобождения от налогов средств, депонируемых на медицинские счета. Те же, кто имеет небольшие доходы и вносит на счета малые суммы, от государства получают в конечном счете также меньшие добавки.

Поэтому институт индивидуальных накопительных счетов не получил широкого распространения. Пока не предложено таких вариантов организации медицинских накопительных счетов, которые можно было бы рекомендовать для внедрения в масштабах всей нашей страны. Но в перспективе возможны разработка новых схем медицинских накопительных счетов и их апробация в отдельных российских регионах с высоким уровнем доходов.

4. Сценарии развития частного финансирования здравоохранения

Проведенный анализ системы частного финансирования здравоохранения позволяет выделить следующие ключевые факторы, которые будут определять ее развитие в предстоящие 10–15 лет:

- темпы экономического роста, определяющие возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение;
- приоритетность развития здравоохранения в политике государства, измеряемая долей государственных расходов на здравоохранение в ВВП;
- уровень конкретности государственных гарантий оказания медицинской помощи населению;
- изменения в способности государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения;
- изменения в отношении граждан к своему здоровью, определяющие готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний;
- изменения в готовности работодателей инвестировать ресурсы в здоровье своих работников.

Рассмотрим три разных сценария изменений выделенных выше условий и соответственно изменений в частной системе финансирования здравоохранения на период до 2020 г.: инерционный, либеральный и модернизационный (*табл. 14*).

4.1. Инерционный сценарий

Данный сценарий характеризуется следующими условиями:

- Низкие темпы экономического роста, не выше 4% в год; соответственно возможности государства, населения, работодателей расходовать средства на здравоохранение увеличиваются, но достаточно медленно.

- Реальная приоритетность развития здравоохранения в политике государства мало меняется со временем, и доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП сохраняется на уровне 3,3–3,7%.
- Государственные гарантии оказания медицинской помощи остаются неконкретными.
- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем. Задачи модернизации общественной системы здравоохранения решаются постепенно, техническая оснащенность государственных медицинских учреждений улучшается, но результативность их работы и отзывчивость к нуждам пациентов меняются очень медленно.
- Отношение граждан к своему здоровью и готовность тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний мало меняются со временем.
- Конкуренция на рынке труда усиливается и стимулирует работодателей к расходованию средств на охрану здоровья работников.

При таких условиях тенденции изменений в частной системе финансирования здравоохранения будут следующими:

– Доля частных расходов в ВВП незначительно увеличивается – с 2,2% до 2,4%. Сохранятся существующие тенденции роста платежеспособного спроса населения на медицинскую помощь пропорционально росту ВВП с некоторым увеличением доли в ВВП с 1,5% в 2008 г. до 1,6% в 2020 г.

– Разрыв с странами Запада в уровне медицинских технологий не сокращается, и платежеспособный спрос обеспеченных групп населения на медицинскую помощь за рубежом растет.

– Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продолжают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением медицинских услуг: в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам.

– Добровольное медицинское страхование развивается в основном за счет постепенного роста участия среднего и малого бизнеса, и доля взносов на ДМС в общем финансировании здравоохранения несколько увеличивается.

– Вероятно введение обязательного лекарственного страхования с небольшим охватом населения: первоначально эта система вводится для существующих «федеральных льготников»: категорий населения, получающих социальную поддержку за счет средств федерального бюджета, затем к ней могут быть добавлены «региональные льготники», и на добровольной основе – группы граждан с определенными заболеваниями, например, гипертоники.

– Поскольку гарантии оказания бесплатной медицинской помощи остаются неконкретными, в государственных медицинских учреждениях продолжает развиваться практика предоставления платных медицинских услуг населению в качестве как дополнительных, так и альтернативных предоставлению бесплатных услуг.

– Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами, она развивается как дополняющая и как альтернативная общественной в удовлетворении спроса населения на медицинскую помощь. Но при этом рынок частных медицинских услуг по-прежнему занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает небольшую часть видов предоставляемой медицинской помощи).

– Корпоративные системы здравоохранения развиваются крупным бизнесом для своих работников. Создаваемые новые частные медицинские организации замещают государственные в оказании медицинской помощи соответствующим группам работников и застрахованных по ДМС.

4.2. Либеральный сценарий

Этот сценарий предусматривает следующие условия финансирования здравоохранения:

- Экономика растет достаточно высокими темпами: 5–6% в год.
- Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП несколько увеличивается: с 3,6% до 4,0%.

- Гарантии медицинской помощи конкретизируются и балансируются с государственным финансированием.
- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения мало меняется со временем.
- Государство проводит политику автономизации государственных медицинских учреждений, создания условий для конкуренции поставщиков медицинских услуг независимо от формы собственности за заключением контрактов на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. Решение задач модернизации системы оказания медицинской помощи в значительной степени возлагается на действие конкурентных сил.
- Происходят существенные изменения в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.
- Рынок труд характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.

В таких условиях развитие частной системы финансирования здравоохранения будет происходить следующим образом:

– Доля частных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается до 2,8%.

– Разрыв со странами Запада в уровне медицинских технологий уменьшается, но это наблюдается преимущественно в частных медицинских учреждениях; платежеспособный спрос обеспеченных групп населения на медицинскую помощь за рубежом растет.

– Доминирующими институтами частного финансирования медицинской помощи продолжают выступать приобретение медикаментов в розничной сети и прямая оплата населением врачебных услуг в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам. Объем этих расходов значительно увеличивается – с 1,5% ВВП до 1,9% ВВП.

– Добровольное медицинское страхования интенсивно развивается за счет расширения участия среднего и малого бизнеса, но по-

прежнему уступает по масштабам расходам населения на прямую оплату медицинских услуг.

– Происходит умеренное по охвату населения развитие лекарственного страхования при небольшом финансовом участии государства.

Платные услуги в государственных медицинских учреждениях развиваются как дополняющие бесплатные услуги, предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями.

– Масштабы частной системы здравоохранения растут высокими темпами. Она развивается как дополняющая общественную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, а также как успешно конкурирующая с государственными медицинскими учреждениями за заключением контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг расширяется по охвату видов предоставляемой медицинской помощи. Спрос высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь удовлетворяется преимущественно в частных медицинских учреждениях.

– Интенсивное развитие получают частные медицинские сети, создаваемые крупным бизнесом и страховщиками.

4.3. Модернизационный сценарий

Экономические условия этого сценария соответствуют сценарию инновационного модернизационного развития, представленному Минэкономразвития, (*Минэкономразвития, 2008*):

- Высокие темпы экономического роста: 6–7% в год.
- Приоритетность развития здравоохранения в политике государства усиливается, доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП увеличивается с 3,6% до 5,3%.
- Государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи конкретизируются и балансируются с размерами государственного финансирования.

- Способность государства к развитию институтов организации и финансирования здравоохранения значительно усиливается. Государство проводит масштабную реформу организации и финансирования здравоохранения. В результате модернизации ресурсного потенциала и организации здравоохранения, а также институтов его государственного финансирования, эффективность общественного здравоохранения растет.
- Происходят существенные сдвиги в отношении граждан к своему здоровью, увеличивается готовность прежде всего растущего среднего класса тратить свои средства на профилактику и лечение заболеваний.
- Рынок труда характеризуется высокой конкуренцией работодателей и обуславливает необходимость расходовать значительные средства на охрану здоровья работников.

При таких условиях можно ожидать следующих изменений в частной системе финансирования здравоохранения:

– Соотношение в долях между государственным и частным финансированием здравоохранения заметно изменяется в пользу первого: с 62 к 38 в 2008 г. до 72 к 28 в 2020 г.. Доля частных расходов в ВВП составит 2,1%.

– Разрыв со странами Запада в уровне медицинских технологий значительно сокращается, платежеспособный спрос обеспеченных групп населения на медицинскую помощь за рубежом умеренно растет.

– Добровольное медицинское страхования интенсивно развивается за счет участия среднего и малого бизнеса, а также роста числа граждан, страхующихся за собственные деньги. Доля индивидуального страхования в ДМС увеличивается. Объемы взносов на ДМС превосходят размеры расходов населения на прямую оплату медицинской помощи.

– Расходы населения на приобретение медикаментов в розничной сети и прямую оплату медицинских услуг в кассу медицинских учреждений и в руки медицинским работникам в относительном выражении (%ВВП) уменьшаются за счет развития институтов

предоплаты медицинской помощи: ДМС и лекарственного страхования.

– Реализуются широкие по охвату населения и перечням лекарственных средств программы обязательного и добровольного лекарственного страхования при значительном финансовом участии государства.

– Распространенность и сравнительные масштабы неформальных платежей уменьшаются.

– В пилотном режиме в отдельных регионах может проводиться апробация новых институтов сочетания государственного и частного финансирования, например индивидуальных медицинских накопительных счетов.

– Платные медицинские услуги в государственных медицинских учреждениях сохраняются, но развиваются как дополняющие бесплатные услуги, предусматриваемые конкретизированными государственными гарантиями.

– Масштабы частной системы здравоохранения растут умеренными темпами. Она развивается как дополняющая общественную в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь, не предусматриваемую государственными гарантиями, а также как конкурирующая с государственными медицинскими учреждениями за заключением контрактов с государственными органами и страховщиками в системе ОМС на оказание медицинской помощи населению, предусматриваемой государственными гарантиями. При этом рынок частных медицинских услуг занимает ограниченные сегменты в системе оказания медицинской помощи (охватывает часть видов предоставляемой медицинской помощи).

Корпоративные системы здравоохранения развиваются преимущественно страховщиками.

Таблица 14

**Расходы на здравоохранение в 2020 г. при разных
сценариях трансформации частной системы
финансирования, % ВВП**

	2004*	2008, оценка**	Сценарии		
			Инерционный	Либеральный	Модернизационный
Общие расходы на здравоохранение	5,33	5,8	5,9	6,8	7,4
Государственные расходы на здравоохранение	3,14	3,6	3,3–3,7	4,0	5,3
Частные расходы на здравоохранение	2,19	2,2	2,4	2,8	2,1
Взносы на добровольное медицинское страхование	0,23	0,2	0,3	0,4	0,5
Расходы населения непосредственно на оплату медицинской помощи	1,5	1,5	1,6	1,9	1,2
На медикаменты	1,03	1,0	1,0	1,2	0,8
На платные медуслуги	0,33	0,35	0,4	0,5	0,3
Неформальные платежи	0,14	0,15	0,2	0,2	0,1
Расходы частных коммерческих организаций	0,15	0,15	0,2	0,2	0,1
Расходы негосударственных некоммерческих организаций	0,31	0,3	0,3	0,3	0,3
Доля частных расходов на здравоохранение в общих расходах, %	41	38	41	41	28
Доля расходов населения непосредственно на оплату медицинской помощи в частных расходах, %	68	68	67	68	57

* – источники см. в *табл. 1*.

** – оценка авторов.

5. Заключение

1. Частные расходы на здравоохранение росли высокими темпами и в 90-е годы, когда государственное финансирование сокращалось, и в период экономического роста, когда расходы государства стали увеличиваться.

В структуре частных расходов на здравоохранение почти половину составляют затраты населения на приобретение лекарственных средств и изделий медицинского назначения в розничной сети, примерно треть – расходы на оплату медицинских услуг. В структуре расходов на оплату медицинских услуг более половины составляет прямая оплата услуг населением в кассу (51%), 28% приходится на оплату услуг за счет средств ДМС, и 21% составляют неформальные платежи.

2. Основу рынка ДМС в России формирует корпоративное страхование: примерно 90% полученных премий приходятся на взносы от юридических лиц. Граждане предпочитают тратить свои деньги не на приобретение страховых программ, а на оплату медицинской помощи, когда в ней возникает необходимость.

Программы ДМС пока преимущественно ориентированы на получение амбулаторной помощи, и имеют существенные ограничения по видам оказываемой помощи: в рамках ДМС, как правило, не страхуются риски возникновения онкологических заболеваний, осложнения, вызванные врожденными пороками, заболевания, вызванные употреблением наркотических средств и алкоголя, СПИД.

3. Оценки распространенности практик неформальной оплаты медицинских услуг, полученные по данным разных социологических исследований, заметно различаются: от 2% до 17% среди получавших амбулаторную помощь, и от 7% до 23% среди пациентов стационаров. Доля домохозяйств, покупавших медикаменты при лечении в стационарах, оценивается в пределах 18–51% от числа получавших стационарную помощь.

Практики неформальной оплаты характеризуются весьма выраженным институциональным разнообразием. В последние годы на периферии пространства практик неформальной оплаты (в зонах их

небольшого распространения) происходит сокращение их масштабов под воздействием проводимой государственной политики (усиление санкций со стороны правоохранительных органов и значительное, но селективное увеличение оплаты труда отдельным категориям медиков) и развития легального рынка медицинских услуг, расширяющего альтернативные возможности получения доходов. Напротив, в зонах большого распространения неформальных платежей растут их масштабы, развиваются их институциональные формы и усиливается их легитимность в сознании врачей.

4. Высокими темпами развивается частная система здравоохранения. Частные медицинские учреждения обслуживают не только высоко обеспеченных пациентов. Люди с разным уровнем доходов обращаются в частную медицину из-за проблем в получении бесплатной медицинской помощи в государственных и муниципальных учреждениях и более высокого качества и уровня сервиса, обеспечиваемого в частных клиниках.

Среди частных медицинских учреждений преобладают узко специализированные клиники, но наблюдается устойчивая тенденция к расширению спектра медицинских специальностей, предлагаемых в частных клиниках.

5. Средний класс будет формировать более высокие требования населения к качеству медицинской помощи, включая ее сервисные характеристики. И если качество услуг, предоставляемых в общественной системе здравоохранения, не будет существенно улучшаться, то частные поставщики будут все чаще замещать государственные медицинские учреждения в удовлетворении запросов среднего класса.

6. Экономический рост усилит конкуренцию бизнеса за высококвалифицированную рабочую силу. Это вызовет расширение спроса на эффективно функционирующие системы негосударственного медицинского страхования и оказания медицинской помощи работникам. Рост числа компаний, готовых платить за ДМС своих сотрудников, будет происходить прежде всего в сегменте малых и средних предприятий.

7. Важнейшим фактором, определяющим характер развития частного финансирования здравоохранения, будет выступать политика государства в отношении государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, реформирования организации и финансирования здравоохранения. Если государство сможет конкретизировать эти гарантии, модернизировать общественную систему здравоохранения, добиться увеличения ее отзывчивости к нуждам потребителей, то частный сектор здравоохранения будет развиваться преимущественно как дополняющий общественную систему в части видов предоставляемых услуг, то есть предоставляющий те виды медицинских и связанных с ними услуг, которые не включены в государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи.

Если же растущие государственные инвестиции в здравоохранение не будут сопровождаться изменениями в организации оказания медицинской помощи, оптимизацией потоков пациентов, усилением мотивации медицинских учреждений и их работников к повышению качества своей работы и отзывчивости к нуждам пациентов, если улучшение работы государственных медицинских учреждений будет медленным, то частный сектор здравоохранения получит возможность усилить свои конкурентные преимущества и будет развиваться как альтернативный общественной системе в удовлетворении спроса высокодоходных групп населения и среднего класса на медицинскую помощь.

8. В современном развитии рынка платных медицинских услуг просматриваются тенденции, свидетельствующие о действии рыночных сил в сторону повышения эффективности частных поставщиков медицинских услуг: это стремление частных клиник к расширению спектра предоставляемых услуг и ориентация поставщиков на группы потребителей, различающихся по уровню доходов. Характерной чертой многих медицинских клиник уже сейчас является ориентация преимущественно на средний класс.

9. Важным фактором развития частного сектора здравоохранения будет выступать политика государства по отношению к экономическим условиям деятельности государственных и частных медицинских учреждений. Если будет сохраняться ситуация, когда государ-

ственные учреждения имеют право оказывать платные услуги и использовать для этого оборудование, приобретенное за счет государственных инвестиций, а также пользоваться налоговыми льготами, установленными для бюджетных учреждений, то они будут иметь рыночные преимущества перед частными учреждениями и иметь возможность оказывать аналогичные медицинские услуги по более низким ценам. Продолжение такой политики будет оказывать сдерживающее влияние на развитие частного сектора.

Развитию частного сектора будет препятствовать сохранение барьеров для участия частных медицинских организаций в предоставлении населению медицинской помощи, гарантируемой и финансируемой государством (прямые административные ограничения, неполный тариф оплаты медицинской помощи в системе ОМС, возмещающий лишь часть видов затрат и делающий экономически невыгодным для частных учреждений заключение контрактов на оказание медицинской помощи за счет средств ОМС, и др.). Если же будет последовательно проводиться политика реформирования системы ОМС и развития конкурентной среды в оказании медицинской помощи, то это расширит возможности развития частного сектора как более эффективного альтернативного поставщика медицинских услуг для населения.

10. Повышению инвестиционной привлекательности частного здравоохранения могло бы способствовать:

- введение налоговых льгот для частных инвестиций в здравоохранение (например, освобождение на три года от включения в налогооблагаемую базу по налогу на прибыль суммы инвестиций в медицинские организации);
- включение медицинских инвесторов в программу получения государственных кредитов, упрощение процедуры получения кредита для социального инвестирования;
- обеспечение гарантий долгосрочного сохранения прав инвесторов на управление медицинскими организациями (например, долгосрочная аренда, концессия).

11. У развития частного сектора здравоохранения имеются препятствия, порождаемые спецификой спроса на его услуги. Необходи-

димось обеспечивать для своих пациентов ощутимые результаты от проводимого лечения вынуждает частные клиники ограничиваться лишь теми услугами и видами медицинской помощи, которые не связаны с тяжелыми или хроническими заболеваниями, когда быстрых позитивных результатов добиться сложно или невозможно. Скорее всего, действие этого фактора будет сохраняться и в дальнейшем. В результате можно ожидать, что среди потребителей услуг частного сектора и дальше будут преобладать относительно здоровые и обеспеченные граждане. Серьезно больные пациенты и граждане с низкими доходами будут продолжать обращаться в государственные медицинские учреждения, несмотря на недовольство качеством предоставляемого в них медицинского обслуживания.

12. Дальнейшее развитие корпоративного ДМС предопределяется уровнем интереса к медицинскому страхованию со стороны предприятий среднего и малого бизнеса, так как крупные российские корпорации в основном уже застраховали своих сотрудников. Конкуренция на рынке труда будет усиливаться и вследствие увеличения спроса на квалифицированные кадры, и в силу обусловленного демографическими процессами сокращения численности населения в трудоспособном возрасте. Это будет подталкивать работодателей, пока не страхующих своих работников (это основная масса предпринимателей среднего и малого бизнеса), к включению ДМС в социальный пакет, предлагаемый своим работникам.

13. Возможное расширение участия в ДМС индивидуальных страхователей – физических лиц сталкивается с рядом серьезных препятствий: высокой стоимостью полисов ДМС, сильно выраженными эффектами ухудшающего отбора и морального риска, низкой рентабельностью договоров индивидуального медицинского страхования.

Перспективы развития розничного сектора добровольного медицинского страхования открываются на пути создания страховщиками новых возможностей для страховых программ. Это формирование системы личных врачей, создание собственных лечебных учреждений, участие в реконструкции и переоснащении муниципальных лечебных учреждений. Это долгосрочные возобновляемые полисы

медицинского страхования, с уровневым механизмом расчета ежегодных страховых взносов. Для ослабления проблемы ухудшающего отбора и содействия развитию ДМС для индивидуальных клиентов необходимо применение в России скрининговых методов предстрахового обследования страхователя, что уже повсеместно используется в западных страховых компаниях, и соответственно более совершенных методов актуарных расчетов.

На развитие данного сектора страхования значительное влияние оказывает и недостаточная законодательная база. Необходимо устранение существующей правовой неопределенности в отношении легитимного предмета добровольного медицинского страхования.

В случае, если государство решит задачи конкретизации гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, существенного повышения уровня оплаты труда медицинских работников и снижения распространенности неформальных платежей, если оно будет содействовать развитию ДМС методами налоговой политики и развитию конкуренции на страховом рынке и рынке медицинских услуг, если развитие экономики будет сопровождаться укреплением механизмов финансового рынка и инвестирования, то при таких условиях можно ожидать, что и спрос и предложение программ индивидуального добровольного медицинского страхования будут расти.

14. Перспективным направлением развития частного финансирования здравоохранения является создание специальных программ лекарственного страхования, в которых страхователями на добровольной основе выступают работодатели и/или граждане, а органы государственной власти и местного самоуправления софинансируют их страховые взносы.

15. Во многих странах с развитыми государственными системами финансирования здравоохранения установлены обязательные соплаты населения за оказываемые им медицинские услуги, финансируемые государством. Но в условиях нашей страны введение соплатежей связано с высокими социальными рисками ухудшения доступности медицинской помощи для отдельных категорий граждан. Легальные соплаты могут несколько уменьшить неформальные выплаты, но они сохранятся в значительных масштабах. Введение

такого института финансирования здравоохранения в нашей стране в обозримой перспективе является нецелесообразным.

16. Опыт нескольких стран по внедрению накопительных медицинских счетов свидетельствует, что использование этого сравнительно нового института сочетания частного и государственного финансирования здравоохранения влечет усиление социальной дифференциации в доступности медицинской помощи и не приводит к сдерживанию роста затрат на медицинские услуги, порождаемого информационной асимметрией между пациентами и поставщиками этих услуг. Пока не просматриваются такие варианты организации медицинских накопительных счетов, которые можно было бы рекомендовать для внедрения в масштабах всей нашей страны. Но в перспективе возможны разработка новых схем медицинских накопительных счетов и их апробация в отдельных российских регионах с высоким уровнем доходов.

Источники

Алексеева Л. (2006). Платные услуги – под запретом? – Вечерний Новосибирск, 16 февраля.

Бесстремянная Г.Е., Шишкин С.В. (2005). Доступность медицинской помощи. – Бесстремянная Г.Е., Бурдяк А.Я., Заборовская А.С. [и др.]; рук. авт. колл. Овчарова Л.Н.. Доходы и социальные услуги: неравенство, уязвимость, бедность. / Независимый институт социальной политики. М. <http://www.socpol.ru/publications/#dohody&uslugi>

Бизнес Статистика (BusinesStat)

(2006) – Анализ московского рынка медицинских услуг. <http://businesstat.ru/> <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=28624>

(2008) – Объем коммерческой медицины в России. 30.07.2008. <http://www.businesstat.ru/news/>

Богатова Т.В., Потапчик Е.Г., Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шилова Л.С., Шишкин С.В. (2002). Бесплатное здравоохранение: реальность и перспективы. Независимый институт социальной политики. М. <http://www.socpol.ru/publications/#book1>

Богдановский Ф., Арутюнова Е. (2007). Здоровье сотрудника – успех компании. http://osago-nadom.ru/index.php?issue_id=416&id=19

Госкомстат Украины, 2007 г. Затраты и ресурсы домохозяйств. Самооценка населением состояния здоровья и уровня доступности отдельных видов медицинской помощи.

Государственный университет – Высшая школа экономики – ГУ-ВШЭ

(2008a) – Инновации в финансировании здравоохранения: как совместить общественную солидарность и личную ответственность граждан? Стенограмма семинара. 26 февраля.

(2008b) – Лекарственное обеспечение и лекарственное страхование: перспективы развития. Стенограмма семинара. 18 апреля.

Григорьева Е. (2007). Врач как средство конкуренции. РБК Daily, 25 октября. <http://www.rbcdaily.ru/2007/10/25/strakhovanie/299917>

Гришин В.В. (2008). Принцип умного пациента. Именные накопительные счета – путь к эффективной национальной системе здравоохранения. – Независимая газета, 29 января.

Гудков А.А., Попович Л.Д., Шишкин С.В. (2002) Перспективы сочетания обязательного и добровольного медицинского и социального страхования в России. – Социальное обеспечение экономических реформ. Научные труды № 44. Москва, ИЭПП. <http://www.iet.ru/ru/socialnoe-obespechenie-ekonomicheski-reform-nauchnye-trudy-44.html>

Индекс потребительских настроений в России (ИПН) <http://ipn.socpol.ru/>

ИТАР-ТАСС-Урал (2007). Популярность частных клиник набирает обороты. <http://www.itartass.ur.ru/analit/review/?id=289>

Качалова Л. (2007). Частные клиники осваивают новые технологии. http://dkvartal-chel.ru/magazines/dk-chel/2007/n46/chastnye_kliniki_osvaivajut_novye_tekhnologii

Коломейская И. (2006). Честная практика. – Политика, № 40 (501). <http://www.profile.ru/items/?item=20667>

Комлева Н. (2007). Такие разные: ДМС и ОМС. – Эксперт, № 42 (583). http://www.expert.ru/printissues/expert/2007/42/medicinskoe_strahovanie/

Копитайко М. (2007). Управляемая медицина. <http://www.insur-info.ru/comments/392>

Майнард А., Диксон А. (2002). Частное медицинское страхование и медицинские депозитные счета: теория и опыт. – Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссиалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь мир», 2002, сс. 122-141. http://www.who.dk/observatory/Publications/20020524_21

Медиа-информационная группа «Страхование сегодня» (МИГ) (2008). Поликлиники в системе ДМС. <http://www.insur-info.ru/press/27538/>

Минздравсоцразвития (Министерство экономического и социального развития Российской Федерации) (2008). О мерах поддержки развития малого и среднего бизнеса.

Минэкономразвития (Министерство экономического развития Российской Федерации) (2008). Основные параметры прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020–2030 годов. М., август 2008. http://www.economy.gov.ru/wps/wcm/myconnect/economylib/mert/resources/3879cd804ab8615ab428fc4234375027/proekt_prognoz_2020.doc

Митрофанов П. (2004). Корпоративное удовольствие. Эксперт, № 42 (442) <http://www.expert.ru/printissues/expert/2004/42/42ex-text-3/>

Моссалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д. (2002). Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы / Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь мир». http://www.who.dk/observatory/Publications/20020524_21

НОБУС (Национальное обследование благосостояния и участия населения в социальных программах) <http://siteresources.worldbank.org/INTRUSSIANFEDERATION/Resources/NOBUS.pdf>

НИСП (Независимый институт социальной политики) (2007). Анализ различий в доступности медицинской помощи для населения России. М. http://www.socpol.ru/research_projects/pdf/proj25_report_rus.pdf

Охотников С.В. (2006). Материалы интервью Эксперт РА. <http://www.raexpert.ru/researches/insurance/dms/part12/>

Президент РФ (2004). Послание Федеральному Собранию Российской Федерации 26 мая 2004 г.. <http://president.kremlin.ru/sdocs/appears.shtml?type=63372>

Правительство Российской Федерации (2008). Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации до 2020 года. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р.

Робинсон Р. (2002). Сборы с пользователей. – Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы./Ред. Моссалос Э., Диксон А., Фигерас Ж., Кутцин Д./ Пер. с англ. – М.: Издательство «Весь мир», 2002, сс. 176–202. http://www.who.dk/observatory/Publications/20020524_21

Ромир (2007). Рынок платных медицинских услуг. <http://privatmed.ru/?module=news&id=38>

- Росбизнесконсалтинг
(2007) – Здоровье купишь. http://old.e-xecutive.ru/publications/analysis/surveys/article_4725
- (2008) – Медицинские услуги: исследование потребителей в крупных городах России. Аналитический отчет. М.
- РМЭЗ (Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения). <http://www.cpc.unc.edu/rfms/>
- Росстат (2007). Здравоохранение в России. 2007: Стат.сб./Росстат. М.
- Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. (2000). Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Геотар Медицина.
- Слепнев А.А., Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. (2004) Модернизация системы здравоохранения: поиск решений. – Менеджер здравоохранения. № 11.
- Томсон С., Моссиалос Э. (2004). Каковы последствия частного финансирования служб здравоохранения в странах Западной Европы с точки зрения обеспечения справедливости, эффективности, снижения затрат и расширения возможностей выбора? Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген.
- Центр стратегических исследований ОАО "Росгосстрах" (2008). Потребительская оценка качества медицинских услуг в крупных и средних городах России. <http://www.rgs.ru/rus/news/analytics/index/D9172275-5B35-4804-9A47-7ED8D9AECDDA.wbp>
- Чернец В.А., Чирикова А.Е., Шишкин С.В. (2008). Неформальная оплата медицинских услуг: тенденции институциональных изменений – Российское здравоохранение: социально-экономические вызовы. Отв. ред. С.В.Шишкин Независимый институт социальной политики. – М.
- Шевский В.И., Шейман И.М., Шишкин С.В. (2008). Модернизация российского здравоохранения: 2008-2020 гг. Концепция Государственного университета – Высшей школы экономики. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ.
- Шишкин С.В. (руководитель коллектива), Бесстремянная Г.Е., Красильникова М.Д., Овчарова Л.Н., Чернец В.А., Чирикова А.Е.,

Шилова Л.С. (2004). Российское здравоохранение: оплата за наличный расчет. Независимый институт социальной политики. – М.

Шишкин С.В. (2008). Вызовы системе здравоохранения. – Социально-экономическое развитие России: новые рубежи (материалы международной конференции). М.: ИЭПП.

Эксперт РА (2006). Современное состояние ДМС в России. <http://www.raexpert.ru/researches/insurance/dms/part2/>

Balabanova D., M. McKee, J. Pomerleau, R. Rose, and C. Haerpfer. (2004). Health Service Utilization in the Former Soviet Union: Evidence from Eight Countries. *Health Services Research* 39:6, Part II.

Business Vision (2005). Платная медицина Санкт-Петербурга 2005–2009 гг.

CEEHN (Central and Eastern European Health Network, 2002). Formal and Informal Household Spending on Health: a Multicountry Study in Central and Eastern Europe. <http://www.hsph.harvard.edu/ihsj/publications/pdf/lac/MerckReportFINAL.pdf>

Discovery research group (2007). Рынок платных медицинских услуг в России. М.

Ensor T. (2004). Informal Payments for Health Care in Transition Economies. *Social Science & Medicine* 58: 237–246.

European health for all database. <http://data.euro.who.int/hfad/>

Feeley F., Boikov V., Shishkin S. (2001). Household Health Expenditures in the Russian Federation. Center for International Health Boston University. <http://dcc2.bumc.bu.edu/RussianLegalHealthReform/ProjectDocuments/n1030.IIIB3.Analysis.pdf>

Gaal P., Belli P. C., McKee M., Szócska M. (2006). Informal Payments for Health Care: Definitions, Distinctions, and Dilemmas. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006 31(2): 251–293.

Insformer (2007). Состояние добровольного медицинского страхования в России: связанная сила. http://www.insformer.ru/mtrl/arts/market/dms_p1.htm

Kemenade Y.W. van (1993). Health care in Europe. Zoetermeer: National Council for public health.

Kornai, J. (2000). Hidden in an Envelope: Gratitude Payments to Medical Doctors in Hungary. CEU Press, Budapest.

Kutzin J., Meimanaliev T., Ibraimava A., Cashin C., O'Dougherty S. (2003). Formalizing Informal Payments in Kyrgyz Hospitals: Evidence from Phased Implementation of Financing Reforms. Draft for IHEA 2003 Conference.

Lewis, M. (2000). Who Is Paying for Health Care in Europe and Central Asia? World Bank. <http://lnweb18.worldbank.org/eca/eca.nsf/0/EE346EC2B3DCCA578525695B006C2F1E?OpenDocument>

Lopez-Casasnovas G., Puig-Junoy J. (2005). Reference pricing as a pharmaceutical reimbursement mechanism. - Puig-Junoy J. (Ed.) The Public Financing of Pharmaceuticals. An economic approach. Edward Elgar. Pp. 103–123.

Mossialos E., Thomson S. (2004). Voluntary Health Insurance in the European Union. European Observatory on Health System and Policy. World Health Organization. http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20041014_3

MRS Business Research Company (2005). ДМС – ожидания и потребности страхователей – Методический журнал «Организация продаж страховых продуктов». № 4.

Preker A., Jakab M., Schneider M. (2001). Health Financing Reforms in Central and Eastern Europe and in the Former Soviet Union. In Funding Health Care Options for Europe. Mossialos E., Dixon A., Kutzin J., Figueras J., European Observatory Series.

Shahriari H., Belli P., and Lewis M. (2001). Institutional Issues in Informal Health Payments in Poland: report on the qualitative part of the study. World Bank. [http://lnweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/962c1baeadcfd19085256b75005fdf21/\\$FILE/Informal%20Health%20Payments%20in%20Poland.pdf](http://lnweb18.worldbank.org/ECA/ECSHD.nsf/0/962c1baeadcfd19085256b75005fdf21/$FILE/Informal%20Health%20Payments%20in%20Poland.pdf)

Transparency International – Moldova (2006). Results of the Opinion Poll regarding Corruption in Healthcare System.

The World Bank (2008). Public spending in Russia for health care: issues and options.

The World Health Organization (2006). – Working together for health. The World Health Report 2006.

*Институтом экономики переходного периода с 1996 года
издается серия "Научные труды". К настоящему времени
в этой серии вышло в свет более 100 работ.*

**Последние опубликованные работы
в серии "Научные труды"**

№ 124Р *Дежина И., Киселева В. Тенденции развития научных школ в современной России. 2009.*

№ 123Р *Идрисов Г. Гистерезис в динамике структуры банковских вкладов: исследование для стран СНГ. 2009.*

№ 122Р *Трунин П., Каменских М., Муфтяхетдинова М. Исламская финансовая система: современное состояние и перспективы развития. 2009.*

№ 121Р *Коллектив авторов. Реализация реформы местного самоуправления в Хабаровском крае. 2008.*

№ 120Р *Славгородская М., Летунова Т., Хрусталева А. Анализ финансовых аспектов реализации реформы местного самоуправления. 2008.*

№ 119Р *Стародубровская И.В. Бюджетирование, ориентированное на результат, на региональном и муниципальном уровнях: подходы и рекомендации. 2008.*

№ 118Р *Бондарев А.А. Оценка функций спроса для групп продовольственных товаров в российской экономике за 1999–2004 гг. 2008.*

№ 117Р *Коллектив авторов. Рыночная дисциплина и контракты: теория, эмпирический анализ, право. 2008.*

Для заметок

Для заметок

**Шишкин Сергей Владимирович
Попович Лариса Дмитриевна**

Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения

Редакторы: Н. Главацкая, А. Шанская
Корректор: Н. Андрианова
Компьютерный дизайн: В. Юдичев

Подписано в печать 13.02.09
Тираж 300 экз.

125993, Москва, Газетный пер., 5

Тел. (495) 629–6736
Факс (495) 697–8816
www.iet.ru
E-mail: info@iet.ru