Профилактическая медицина
2023, Т. 26, №3, с. 14-22
https://doi.org/10.17116/profmed20232603114

The Russian Journal of Preventive Medicine
2023, vol. 26, no 3, pp. 14-22
https://doi.org/10.17116/profmed20232603114

Финансовая устойчивость систем обязательного медицинского страхования: вызовы и ответная реакция

© Е.Г. ПОТАПЧИК

ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

В условиях постоянного роста расходов на оказание услуг в рамках программ обязательного медицинского страхования (ОМС), с одной стороны, и цикличности экономических кризисов, негативно сказывающихся на доходной базе систем ОМС, с другой стороны, вопрос финансовой устойчивости становится все более актуальным. Многие страны, столкнувшись с проблемой недостаточности объемов поступлений взносов за работающих для финансирования программ страхования, ищут инновационные методы финансирования систем ОМС.

Цель исследования. Проведение анализа и систематизация применяемых в зарубежных странах методов поддержки финансовой устойчивости систем ОМС.

Материал и методы. Поиск публикаций и нормативно-законодательных актов осуществлялся в базах данных Embase, Medline, на сайтах международных организаций, сайтах министерств здравоохранения отдельных стран. Стратегия поиска включала в себя комбинацию терминов free text и heading medical subject, относящихся к финансовой устойчивости систем ОМС. Систематизация применяемых методов поддержания финансовой устойчивости систем ОМС осуществлялась в разрезе основных видов источников.

Результаты и обсуждение. В последние годы распространенность ОМС в мире увеличивается. В большинстве стран с системами ОМС в качестве источника финансирования используются также бюджетные трансферты, отражающие взносы из государственных бюджетов под обусловленные цели. Доля бюджетных трансфертов в общем доходе систем ОМС значительно колеблется по странам, что обусловлено назначениями трансфертов. В ответ на современные вызовы значимость бюджетных трансфертов растет. Бюджетные трансферты выступают в роли смягчающего буфера при сокращении в периоды экономических кризисов объемов поступающих взносов, исчисляемых на основе заработка. Расширяется практика внедрения новых источников финансирования систем ОМС.

Заключение. Сочетание растущей потребности в услугах здравоохранения с ограниченной средой формирования ресурсов для ее покрытия представляет собой серьезную угрозу для поддержания финансовой устойчивости систем ОМС и достигнутого уровня всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Это подталкивает к поиску и применению новых источников финансирования системы ОМС. В абсолютном большинстве развитых стран растет значимость бюджетных трансфертов в систему ОМС.

Ключевые слова: *финансовая устойчивость, обязательное медицинское страхование.*

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ:
Потапчик Е.Г. — https://orcid.org/0000-0001-7004-3100
Автор, ответственный за переписку: Потапчик Е.Г. — e-mail: epotapchik@hse.ru

КАК ЦИТИРОВАТЬ:
Потапчик Е.Г. Финансовая устойчивость систем обязательного медицинского страхования: вызовы и ответная реакция. *Профилактическая медицина*. 2023;26(3):14–22. https://doi.org/10.17116/profmed20232603114

Financial sustainability of compulsory health insurance systems: challenges and responses

© E.G. POTAPCHIK

HSE University, Moscow, Russia

ABSTRACT

In the context of the constant growth of costs for the services provided under compulsory health insurance (CHI) programs, on the one hand, and the cyclical nature of economic crises that adversely affect the revenue base of CHI systems, on the other hand, the issue of financial sustainability is becoming increasingly relevant. Many countries, faced with the problem of insufficient contributions for insurance programs, are looking for innovative methods of financing CHI systems.

Objective. To analyze and systematize the methods used in foreign countries to maintain the financial sustainability of CHI systems.

Material and methods. The search for publications and regulatory acts was conducted in the Embase and MEDLINE databases, on the websites of international organizations, and the websites of individual countries' health ministries. The search strategy included a combination of the terms "free text" and "heading medical subject" related to the financial sustainability of CHI systems. The applied methods of maintaining the financial sustainability of CHI systems were systematized in the context of the main types of sources.

Results and discussion. In recent years, the use of CHI worldwide has been growing. In most countries with CHI systems, budget transfers are also used as a source of funding, reflecting contributions from government budgets for specified purposes. The share of budget transfers in the total revenue of CHI systems varies significantly by country, which is due to the purpose of transfers.

In response to current challenges, the role of budget transfers is increasing. Budget transfers act as a mitigating buffer when income-based contributions are reduced in times of economic crisis. The practice of introducing new sources of financing for compulsory health insurance systems is expanding.
Conclusions. The combination of the growing demand for health care services with the limited resources available to cover it poses a serious threat to the financial sustainability of compulsory health insurance systems and the universal health coverage achieved. It encourages searching for and using new funding sources for the compulsory health insurance system. In the vast majority of developed countries, the role of budget transfers to the compulsory health insurance system is growing.

Keywords: *financial sustainability, compulsory health insurance.*

INFORMATION ABOUT THE AUTHOR:
Potapchik E.G. — https://orcid.org/0000-0001-7004-3100
Corresponding author: Potapchik E.G. — e-mail: epotapchik@hse.ru

TO CITE THIS ARTICLE:
Potapchik EG. Financial sustainability of compulsory health insurance systems: challenges and responses. *The Russian Journal of Preventive Medicine.* 2023;26(3):14–22. (In Russ.). https://doi.org/10.17116/profmed20232603114

Введение

В XXI веке в целом в мире распространенность применения обязательного медицинского страхования (ОМС) в качестве системы финансирования здравоохранения увеличивается. В отличие от так называемой бюджетной системы финансирования, где основным источником поступлений являются бюджеты, в системе ОМС основным источником являются страховые взносы работающего населения, определяемые в процентах от дохода. В условиях постоянного роста расходов на оказание услуг в рамках программ ОМС, с одной стороны, и цикличности экономических кризисов, негативно сказывающихся на доходной базе систем ОМС, с другой стороны, вопрос финансовой устойчивости становится все более актуальным. Многие страны, столкнувшись с проблемой недостаточности объемов поступлений взносов работающих для финансирования программ страхования, ищут инновационные методы финансирования систем ОМС.

Цель исследования — анализ и систематизация применяемых в зарубежных странах методов поддержки финансовой устойчивости систем ОМС.

Материал и методы

Поиск материалов, включающих научные публикации и нормативно-законодательные акты, осуществляли в базах данных Embase, Medline, на сайтах международных организаций (таких как Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), Организация экономического сотрудничества и развития, Всемирный банк и др.), сайтах министерств здравоохранения отдельных стран. Стратегия поиска включала в себя комбинацию терминов free text и Medical subject heading, относящихся к финансовой устойчивости систем ОМС (financial sustainability and social or compulsory health insurance). Ограничениями на поиск являлись язык документов (включали только документы, опубликованные на английском языке) и дата издания публикации (рассматривали публикации, изданные с начала 2000 г.).

Результаты

Развитие систем ОМС в мире — общий контекст

С 2000 г. число стран в мире, применяющих схемы ОМС, постепенно увеличивается, так же как возрастают государственные расходы на здравоохранение, осуществляемые в рамках этой финансовой схемы. В 2017 г. 126 стран-членов ВОЗ применяли систему ОМС, что на 13 стран больше, чем в 2000 г. При этом объем финансирования ОМС в общем объеме государственного финансирования здравоохранения значительно варьирует. Так, в 2017 г. в 29 странах на долю финансирования через систему ОМС приходилось всего менее 5% текущих государственных расходов на здравоохранение, в 38 странах из групп доходов выше среднего и высоких доходов на долю финансирования системы ОМС приходилось более ½ государственных текущих расходов на здравоохранение. В целом по миру число стран, в которых доля финансирования ОМС превышает 50% государственного финансирования отрасли, возросло с 35 стран в 2000 г. до 40 стран в 2017 г. [1]. Наиболее высокие уровни финансирования здравоохранения через систему ОМС наблюдаются в странах с высоким уровнем доходов и странах с уровнем доходов выше среднего. Вместе с тем в последние годы по группам стран по доходам наблюдаются разнонаправленные тенденции: доля расходов системы ОМС в общем объеме государственного финансирования отрасли в странах с высоким уровнем доходов падает, а в странах со средними доходами — возрастает [2].

За период 2000—2019 гг. государственные расходы на здравоохранение увеличивались практически во всех развитых странах, применяющих систему ОМС. Динамика объема государственного финансирования отрасли определяется факторами разной направленности. Одна группа факторов способствует росту расходов на здравоохранение, другая группа представляет собой ограничения на возможность постоянного роста расходов на здравоохранение.

В качестве факторов, влияющих на рост расходов на здравоохранение, в большинстве случаев рассматриваются демографические и эпидемиологические факторы, доходы государства, внедрение новых медицинских технологий, повышение отзывчивости системы здравоохранения на запросы населения.

Демографические факторы отражают складывающиеся в целом в мире тенденции роста продолжительности жизни и соответствующего роста доли населения старших возрастных групп (65+). Увеличение численности людей старших возрастных групп способствует росту расходов за счет увеличения объемов предоставляемой медицинской и медико-социальной помощи. Как показывают исследования, влияние этого фактора на рост расходов системы здравоохранения относительно невелико. По данным исследований, выполненных в основном для экономически развитых

стран, рост расходов лишь на 10% определяется этим фактором [3—7]. Вместе с тем влияние постарения населения на рост расходов здравоохранения не является однозначным фактом. Многие исследования свидетельствуют о том, что рост расходов на здравоохранение в большей степени объясняется не самим постарением, а стоимостью оказания медицинской помощи в близкий к смерти период, так называемые «расходы, связанные со смертью» (DRC) [8—11]. В случае если увеличение ожидаемой продолжительности жизни сопровождается эквивалентным увеличением количества лет, проведенных в хорошем состоянии здоровья, то расходы на здравоохранение определяются только близостью к смерти, а не увеличением среднего возраста населения. Другими словами, не само по себе постарение увеличивает расходы на здравоохранение, а, скорее, тот факт, что уровень смертности увеличивается с возрастом [12]. Как показывают исследования, предполагаемый рост расходов на здравоохранение, связанный с возрастающей долей людей старших возрастных групп в общей численности населения, может быть снижен при условии учета «здорового старения» [12].

До возникновения пандемии COVID-19 влияние э*пидемиологических факторов* в основном рассматривалось с точки зрения роста заболеваемости и изменений структуры заболеваемости по неинфекционным заболеваниям. Рост расходов в значительной степени мог определяться ростом заболеваемости по классам болезней, требующих дорогостоящего лечения (например, онкологические заболевания). Пандемия изменила взгляд на влияние эпидемиологических факторов, продемонстрировав возможный неожиданный взрывной рост расходов на здравоохранение, обусловленный быстрым и широким распространением инфекционного заболевания. Текущая пандемия будет еще долго обусловливать рост расходов на здравоохранение в силу плохо предсказуемых последствий ухудшения здоровья населения, повышения заболеваемости по разным классам болезней как последствие перенесенного COVID-19, необходимости реализации мер, направленных на повышение готовности к новым возможным вспышкам инфекционных заболеваний.

Как показывают результаты исследований, расходы на здравоохранение обусловлены и фактором *роста ВВП*. Согласно исследованию, посвященному прогнозированию расходов на здравоохранение в странах Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), в этих странах за период 1981—2002 гг. ежегодный рост расходов на здравоохранение в значительной степени был связан с ростом ВВП. По данным этого исследования, в ОЭСР среднегодовой рост расходов на здравоохранение в упомянутый период составлял 3,6%. Этот рост был обусловлен в основном ростом ВВП (2,3%), с демографическими факторами был связан рост на 0,3%, на остальные факторы приходился 1% [3]. По каждой стране сила связи роста расходов на здравоохранение в соотношении с ростом экономики в целом зависит от политических решений о приоритетах государственных расходов.

Большинство авторов исследований, направленных на оценку потребности в финансировании здравоохранения и выполненных для условий экономически развитых стран, сходятся в том, что *развитие медицинских технологий* является одним из основных факторов роста расходов на здравоохранение [3, 13, 14]. Вместе с тем роль новых медицинских технологий не так однозначна, как это можно было бы предположить. Внедрение новых технологий может приводить к снижению расходов на здравоохранение за счет более высокой эффективности по сравнению с применяемыми технологиями, включая получение потенциально более высокого эффекта, выражаемого в существенном улучшении состояния здоровья, предотвращая тем самым в будущем потребность в возможно дорогостоящем лечении. С другой стороны, новые технологии могут приводить к увеличению расходов на оказание медицинской помощи за счет замещения применяемых более дешевых технологий новыми дорогостоящими технологиями, не приносящими должного эффекта в терминах улучшения здоровья, за счет расширения спектра предоставляемых услуг и более широкого применения в соответствующей популяции больных.

Повышение отзывчивости системы здравоохранения на запросы населения в отношении доступа к медицинским услугам и их качеству является одной из целей развития систем. С одной стороны, такая цель может способствовать росту расходов систем здравоохранения за счет более высокого уровня реагирования на возрастающие ожидания населения в сфере предоставления медицинских услуг. С другой стороны, степень такого влияния, так же как вопрос о том, приводит ли в принципе такая цель к росту цен на услуги и росту расходов на здравоохранение, пока остается неясным [15, 16].

Большинство авторов исследований, выполненных до пандемии COVID-19, согласны в одном: основными драйверами роста расходов на здравоохранение являются недемографические факторы (такие, как рост ВВП и развитие медицинских технологий), демографические и эпидемиологические факторы в меньшей степени обусловливают рост расходов на здравоохранение [17].

Постоянный рост государственных расходов на здравоохранение является одним из основных вызовов системе финансовой устойчивости здравоохранения. Как показывают результаты одного из исследований, без проведения активной политики сдерживания расходов государственные расходы на здравоохранение в среднем по странам ОЭСР могут возрасти с 6% ВВП в 2012 г. до 9% ВВП в 2030 г. и 14% в 2060 г. [18].

В целях сдерживания роста расходов на систему здравоохранения применяется ряд мер. К основным мерам в этой области можно отнести следующие:

— повышение эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, включая повышение структурной (или аллокационной) и технической эффективности. К основным мерам могут относиться меры, направленные на изменение соотношения стационарной и амбулаторной помощи, соотношения разных категорий медицинского персонала, базирующиеся на совершенствовании распределения ответственностей при оказании медицинской помощи, и др.;

— регулирование лекарственной помощи, направленное на более широкое использование дженериков, введение системы лекарственных формуляров, усиление государственного регулирования цен и т.д.;

— широкое внедрение методов оценки медицинских технологий, что может способствовать значительному снижению высокого взноса новых медицинских технологий в рост расходов отрасли;

— совершенствование методов оплаты медицинских услуг, направленное на создание стимулов у производителей услуг для рационирования объемов и качества

предоставляемых услуг и достижения основных целей улучшения состояния здоровья населения.

По оценкам ВОЗ, в целом в мире от 20 до 40% расходов на здравоохранение можно отнести к потерям от неэффективного расходования средств. Эта оценка отражает величину потенциального выигрыша от повышения эффективности расходования средств. Снижая эти потери, можно перераспределить сэкономленные средства на более эффективные направления. К основным направлениям снижения этих потерь относят: более рациональное использование лекарственных средств и контроль за их потреблением (что может обеспечить потенциальную экономию в размере до 5% расходов на здравоохранение); повышение эффективности работы больниц; снижение распространенности медицинских ошибок; определение потребностей в медицинских услугах, основанное на четкой доказательной базе, и др. [19]

Источники доходов систем ОМС

Основным источником финансирования систем ОМС являются взносы, осуществляемые от лица работающего населения и исчисляемые на основе доходов. Вместе с тем в большинстве стран с системами ОМС (примерно 70%) в качестве источника финансирования используются также бюджетные трансферты, отражающие взносы из государственных бюджетов под обусловленные цели. В 2017 г. в 30 странах бюджетные трансферты составляли более 30% общих от доходов системы ОМС. С 2000 г. в 24 странах наблюдался рост доли бюджетных трансфертов в доходах системы ОМС, где в среднем этот показатель возрос с 15 до 21% [1].

В большинстве стран европейского региона ВОЗ, применяющих систему ОМС для финансирования здравоохранения (в 15 из 28 стран), доля бюджетных трансфертов в доходной базе ОМС составляет более 20%. В 2018 г. доля бюджетных трансфертов значительно колебалась по странам, составляя 25—35% в таких странах, как Бельгия, Болгария, Франция, Греция, Литва, Словакия, Турция, около 40% в таких странах, как Люксембург, Молдавия, и более 50% в таких странах, как Албания, Венгрия, Израиль [2].

К основным видам бюджетных трансфертов, определяющих их назначение, относятся:

— трансферты в виде взносов на страхование отдельных групп населения. Чаще всего к таким группам населения относятся экономически не активные и социально уязвимые группы (дети, пенсионеры, инвалиды, население с низкими уровнями доходов и др.);

— трансферты для субсидирования и поощрения участия в ОМС отдельных групп занятого населения (например, для поощрения участия в ОМС фермеров, самозанятых, работающих в частном секторе);

— трансферты для включения отдельных медицинских услуг в программы ОМС (например, отдельные услуги стоматологической помощи, экстракорпоральное оплодотворение);

— общие трансферты для поддержки финансовой устойчивости системы ОМС [1].

В практике стран применяются как отдельные виды бюджетных трансфертов, так и их сочетание. Назначение бюджетных трансфертов в систему ОМС значительно варьирует по странам и определяется действующей в стране нормативно-законодательной базой. Применение тех или иных видов бюджетных трансфертов, принципов и методов их расчета определяется сложившимися в стране экономическими и политическими реалиями.

В целях понимания всего разнообразия назначений бюджетных трансфертов в систему ОМС ниже приводятся примеры их использования в отдельных странах.

В Чехии бюджетные трансферты осуществляются в виде взносов за неработающих граждан [20].

В Сербии бюджетные трансферты осуществляются для страхования отдельных групп населения, в основном неработающего населения и населения с отдельными заболеваниями [21].

В Польше бюджетные трансферты осуществляются в виде взносов на страхование отдельных категорий населения, таких как безработные, не получающие пособий по безработице; фермеры, чьи хозяйственные угодья занимают менее 6 га; незастрахованные как члены семьи работающих — дети и др. категории [22].

В Австрии бюджетные трансферты осуществляются на страхование безработных, беженцев и получателей социальных пособий [23].

В Эстонии бюджетные трансферты предоставляются на страхование отдельных категорий граждан: лиц, находящихся в отпуске по уходу за ребенком в возрасте до 3 лет; зарегистрированных безработных; лиц, осуществляющих уход за инвалидами. В 1999 г. взнос на страхование этих групп населения определялся в процентах от средней заработной платы по стране. В следующем году принцип расчета взноса за эти категории был изменен — взнос проводился на основе ежегодно утверждаемой абсолютной величины подушевого взноса. На практике изменение принципа расчета взноса привело к тому, что уровень подушевого взноса оставался на уровне 1999 г. С 2009 г. взнос на ОМС указанных ранее категорий граждан стал вновь исчисляться в зависимости от заработной платы, но уже не от уровня средней заработной платы по стране, а от уровня минимальной заработной платы. С 2018 г. был расширен круг граждан, за которые бюджет осуществлял взнос на ОМС. С этого года бюджетные трансферты в систему ОМС стали осуществляться в виде взносов на страхование неработающих пенсионеров [24].

В Словакии бюджетные трансферты в систему ОМС осуществляются в виде страховых взносов за отдельные категории граждан: детей, студентов в возрасте до 26 лет; пенсионеров; лиц, осуществляющих уход за детьми до 3 лет; инвалидов. Ставка взноса за эти категории граждан устанавливалась в процентах от средней заработной платы, выплачиваемой за 2 предыдущих года. В 2012 г. ставка взносов составляла 4,2%, в ноябре—декабре 2015 г. ставка поднялась до 5,8%, что в значительной степени объяснялось ростом заработной платы врачей. Рост ставок взносов за экономически неактивное население используется для компенсации прогнозируемых объемов потерь взносов экономически активного населения [25].

В Бельгии в 2017 г. была принята программа реформирования финансирования программ социального страхования, включая программы ОМС. Реформа предусматривала, в частности, возможность увеличения бюджетных трансфертов на основе учета так называемого коэффициента старения, который может быть применен только при определенных условиях (например, при соблюдении одновременно двух условий: роста реального ВВП более чем на 1,5% и роста среднего возраста выхода на пенсию). Вместе с этой реформой проводилась налоговая реформа,

которая предусматривала снижение уплачиваемых работодателями взносов на социальное страхование. В результате реформ доля взносов на ОМС работающего населения сократилась, а доля бюджетных трансфертов правительства увеличилась [26].

В Германии больничные кассы получают фиксированную сумму из федерального бюджета на оказание отдельных медицинских услуг: экстракорпоральное оплодотворение, легальные аборты, стерилизацию в целях контрацепции и предоставление выписанных только по рецепту контрацептивов для людей в возрасте до 21 года. Общий объем трансфертов из федерального бюджета в систему ОМС составлял в 2012 г. 14 млрд евро, в 2013 г. сократился до 10,5 млрд евро, в 2017 г. вновь увеличился до 14,5 млрд евро [27].

В Таиланде в рамках ОМС для работающих в частном секторе бюджетные трансферты были направлены на субсидирование их взносов: работник, работодатель и правительство платят по $^1/_3$ взноса [28].

В Корее бюджетные трансферты осуществлялись в виде субсидирования взносов самозанятых и были направлены на поощрение их участия в системе ОМС; взносов за социально незащищенное население (больные с редкими заболеваниями, бедные и др.). В 2006 г. бюджетные трансферты составляли 12,8% от общих доходов системы ОМС. Также в систему ОМС поступали средства от налога на табачные изделия (составляли 4,3% от доходов системы ОМС) [29].

В Венгрии используются несколько видов бюджетных трансфертов. В 2015 г. осуществлялись следующие основные виды бюджетных трансфертов: трансферты для групп населения, не осуществляющих взносы в систему ОМС; трансферты для оплаты проведения абортов; трансферты для включения отдельного определяемого решением правительства списка медицинских услуг; поступления от налога на вредные для здоровья товары, включая налог на табак. Последний вид трансфертов был введен в 2015 г. [30].

Вызовы финансовой устойчивости системам ОМС и ответная реакция на них

Системы ОМС, в которых основным источником доходов являются взносы на страхование, исчисляемые в процентах от заработка, сталкиваются с долгосрочной проблемой финансовой устойчивости системы. На собираемые взносы должна оказываться медицинская помощь всему населению. При этом пересмотр размера страховых взносов не может проводиться часто и постоянно в силу экономических ограничений: рост накладывает дополнительное налоговое бремя, приводит к росту стоимости рабочей силы, к снижению конкурентоспособности производимых в стране товаров и услуг. При сложившейся тенденции роста средней продолжительности жизни и относительно постоянном возрасте выхода на пенсию, все большее число людей получают медицинскую помощь, не осуществляя взносов в систему ОМС. В силу этого в странах, где основным источником финансирования ОМС являются взносы, определяемые в процентах от заработка, финансовая устойчивость системы ОМС должна рассматриваться в качестве системной цели. Стратегия обеспечения финансовой устойчивости должна предусматривать расширение источников доходной базы системы, рассматривая возможность поступлений от налогообложения различных видов доходов [31].

Чаще всего в качестве такого расширения рассматриваются так называемые налоги «на грех» (sin tax), предусматривающие налогообложение вредных для здоровья товаров (таких как табак, алкоголь, сахаросодержащие напитки и др.). В отдельных странах поступления от таких налогов зачислялись в систему ОМС. Например, в Венгрии в 2015 г. в систему ОМС поступали доходы от налогов на табачные изделия и «нездоровые продукты питания» (в частности, от налогов на сахаросодержащие напитки) [30]. По оценке экспертов ОЭСР, налоги на вредные для здоровья товары могут способствовать улучшению состояния здоровья за счет снижения их потребления, но их влияние на финансирование здравоохранения достаточно ограничено [17]. Эксперты Всемирного банка считают, что пандемия COVID-19 является благоприятным моментом для введения или увеличения налогов на вредные для здоровья товары [32].

Страны с системами ОМС по-разному, в зависимости от сложившихся в странах реалий, реагируют на вызовы финансовой устойчивости их систем. Далее приводятся примеры предпринимаемых в отдельных странах ответных мер.

В ответ на постарение населения и сокращение доли работающих в общей численности населения в Корее были предприняты экономические и институциональные меры. В Корее наблюдался рост ставок взносов для работающих и самозанятых, в результате чего доля бюджетных взносов уменьшалась [33]. Начиная с 2006 г., в систему ОМС не осуществляются бюджетные взносы. Это связано с институциональными изменениями в финансировании здравоохранения. С 2007 г. вместо осуществления бюджетных взносов в систему ОМС за ряд категорий граждан (в основном за граждан с низкими доходами, больных с редкими заболеваниями и др. — около 3,7% населения) оказываемая им помощь стала финансироваться за счет бюджетных средств в рамках Программы медицинской помощи (Medical Aid Program). В настоящее время Национальная программа страхования частично финансирует Программу медицинской помощи [34].

Опыт Кореи может быть полезен для стран с высокими темпами постарения населения. В этой стране в 2008 г. была введена система страхования долгосрочной помощи для пожилых лиц. Источниками финансирования этой системы являются взносы работающих, бюджеты и соплатежи граждан [33]. Введение системы страхования долгосрочной помощи позволило снизить нагрузку на систему ОМС, а также финансовую нагрузку на домохозяйства.

Примером влияния экономических факторов на изменение структуры доходов системы ОМС является опыт Венгрии. В силу экономической ситуации в стране, сложившейся налоговой нагрузки на работодателей и работников, правительство страны не могло принять решение о росте тарифа взносов на ОМС. Вместе с тем увеличение численности населения старших возрастных групп и рост расходов на программу страхования привели к необходимости увеличения взносов бюджета на страхование неработающего населения. В этой стране доля бюджетных взносов в систему ОМС возросла с 44,0% в 2000 г. до 57,0% в 2018 г. Ставка страховых взносов, уплачиваемых работодателями, с 2000 г. (составляла 11% от фонда заработной платы) постоянно сокращалась. Эта политика была направлена на борьбу с неформальным сектором на рынке труда и снижение безработицы, на борьбу с результатами экономического кризиса 2008—2009 гг. Предполагалось, что снижение налоговой нагрузки на работодателей будет способствовать созданию рабочих мест и повышению заня-

тости населения. Снижение доходов от страховых взносов работодателей было частично компенсировано незначительным ростом ставки взносов на ОМС, уплачиваемых работниками, и повышением бюджетных трансфертов центрального правительства в систему ОМС [30]. Опыт этой страны показывает, что необходимо находить оптимальное соотношение между возможными источниками доходов системы ОМС, способствующее обеспечению долгосрочной финансовой стабильности системы и повышению уровня достижения всеобщего охвата населения услугами здравоохранения. При этом для каждой страны нахождение оптимального соотношения определяется макроэкономической ситуацией в стране, налоговой политикой и ситуацией на рынке труда.

Другим примером влияния экономических факторов на формирование доходов ОМС и повышение финансовой устойчивости системы является Эстония. В этой стране наблюдается рост доли бюджетного участия в формировании доходов ОМС. Взносы на ОМС работающих рассчитываются от заработной платы. До конца 2010-х годов в Эстонии доля граждан, не осуществляющих взносы на ОМС (дети, пенсионеры и др.), превышала 50% застрахованных [24, 35]. В этой стране на протяжении длительного времени наблюдались проблемы с финансовой устойчивостью системы ОМС, обусловленные низкой доходной базой, зависящей от заработной платы, и постарением населения. Длительный дефицит бюджета фонда привел к изменению законодательства, направленного на расширение доходной базы фонда. Начиная с 2018 г., в соответствии с законодательством государство постепенно увеличивало ставку взносов с 7% от государственной пенсии в 2018 г. до 13% к 2022 г. (что соответствует ставке взносов на ОМС работающего населения). При этом государство учитывало, что работающие пенсионеры уже уплачивают с заработной платы взносы на ОМС. По расчетам, внедрение такого механизма определения взносов позволит увеличить доходы фонда на 11%.

Германия является ярким представителем стран, которые внедряют разнообразные механизмы, направленные на повышение финансовой устойчивости системы ОМС. В начале 2000-х годов доходы системы ОМС от взносов работников и работодателей росли более медленными темпами, чем ВВП и общие расходы на здравоохранение. Это привело к ежегодно повторяющемуся дефициту системы ОМС. В ответ на дефицит системы ОМС росли взносы, осуществляемые за работающее население. В 2001 г. средний размер взносов на ОМС составлял 13,5% от заработка, в 2003 г. — 14,3% от заработка. К 2015 г. средняя ставка взносов на ОМС составляла уже 15,5% [36]. Необходимость сдерживания роста взносов на ОМС, с одной стороны, и дефицит, с другой стороны, вызвали необходимость внедрения новых механизмов поддержания финансовой устойчивости системы. Одним из таких механизмов являлось принятие решения об определении уровня личных страховых взносов в зависимости от участия в программах «консультаций по здоровью», имеющих профилактическую направленность [36].

В Германии базовая программа ОМС в течение последних лет также претерпевала некоторые изменения. До реформ 2007 г. в связи с более быстрым (по сравнению с ростом поступлений в систему ОМС) ростом расходов на здравоохранение из программы исключались не обоснованные с медицинской точки зрения вмешательства. Так, например, в 2004 г. из программы были исключены безрецептурные медикаменты для лечения отдельных «несерьезных» заболеваний и возмещение затрат на приобретение очков, выписанных по рецепту врача. Эти меры позволили сократить расходы ОМС на лекарственное страхование с 22,9 млрд евро в 2003 г. до 20,5 млрд евро в 2004 г. [37]. В то же время в целях сдерживания расходов системы ОМС была внедрена система оценки медицинских технологий. После реформ 2007 г. правительство Германии стало больше уделять внимание внедрению механизмов контроля за сдерживанием расходов на здравоохранение, нежели чем сокращению базовой программы ОМС. С 2007 г. базовая программа была расширена за счет включения реабилитационной помощи для пожилых, паллиативной помощи, а также возмещения застрахованным затрат на прививки, рекомендованные институтом Роберта Коха (Robert Koch Institute) [38]. Несмотря на право больничных касс на относительную свободу формирования программ ОМС, на 95% эти программы идентичны во всех страховых кассах [39].

В целом в мире при формировании программ ОМС для сдерживания роста стоимости страховых программ все более широкое распространение получает практика введения систем оценки медицинских технологий. В данном случае интерес может представлять опыт Израиля. В 1997 г. в этой стране был введен механизм определения приоритетов при изменении программы ОМС. Этот механизм подразумевает проведение оценки медицинских технологий для новых вмешательств при рассмотрении возможности их включения в программу ОМС. При этом не предусматривается исключение уже использующихся технологий. Как показал опыт этой страны, бóльшая часть вновь включаемых медицинских технологий была направлена на спасающие жизнь технологии и лишь немногие из вновь включенных технологий были направлены только на улучшение качества жизни без ее продления [40].

На современном этапе на все системы здравоохранения, вне зависимости от применяемых систем финансирования, в наибольшей степени влияют эпидемиологические факторы, например, пандемия COVID-19, которая оказала разрушительное воздействие на системы здравоохранения во всем мире. Точная оценка и прогнозирование влияния разразившегося в мире кризиса на финансовую устойчивость систем ОМС на сегодняшний день невозможна. Однако уже понятно, что негативные прямые и косвенные последствия для финансовой устойчивости систем здравоохранения будут значительными. Пандемия привела к значительному росту расходов на здравоохранение и ощутимому сокращению доходной базы страховых систем за счет вызванного пандемией экономического кризиса.

Расходы на оказание медицинской помощи значительно возросли в разгар пандемии, что обусловлено необходимостью лечения многочисленных больных COVID-19 и лечением последствий этого заболевания. Вместе с тем в будущем расходы на оказание медицинской помощи могут также значительно возрастать за счет отложенного спроса на медицинские услуги больным с хроническими заболеваниями, роста заболеваемости за счет снижения темпов раннего выявления новых тяжелых хронических заболеваний. Большее выделение государственных средств на систему здравоохранения должно быть поддержано в течение дальнейших лет в целях лечения COVID-19 и предотвращения его распространения, для устранения последствий прерванного предоставления медицинских ус-

луг, для нейтрализации негативных эффектов отложенной помощи, роста безработицы и бедности, усиления готовности для будущих шоков.

COVID-19 привел к одному из самых серьезных экономических кризисов за последние десятилетия. Влияние пандемии на мировую экономику оказалось значительно сильнее, чем влияние глобального экономического кризиса 2008—2009 гг. По оценкам Международного валютного фонда (МВФ), падение подушевого ВВП в 2020 г. составило более 5%, в то время как в период глобального финансового кризиса в 2009 г. падение этого показателя составляло менее 2% [41]. По прогнозам МВФ, мировую экономику ожидает относительно длительный период восстановления, а темпы выхода из текущего кризиса будут также относительно низкими. Такое соотношение наблюдается по всем странам вне зависимости от уровня экономического развития. При этом в наибольшей степени пандемия негативно сказалась на странах с высоким уровнем доходов [41].

Падение темпов экономического роста будет приводить к снижению доходов бюджетов. При этом, по оценкам МВФ, налоговые поступления в бюджеты стран будут сокращаться более высокими темпами, чем сокращение номинального ВВП [41].

Обусловленный пандемией тяжелейший экономический кризис привел и будет еще достаточно долго приводить к относительному сокращению доходной базы систем ОМС за счет роста безработицы, сокращения времени работы, снижения заработков.

Пандемия привела к необходимости выделения дополнительных государственных средств на борьбу с COVID-19 и его последствиями, включая выделение дополнительных средств на систему здравоохранения. Вместе с выделением дополнительных средств на здравоохранение в период пандемии происходили изменения в структуре расходов здравоохранения. В отдельных странах наблюдалось снижение расходов на оказание медицинской помощи в рамках стандартных программ, финансируемых за счет государственных средств. Например, в Бельгии расходы ОМС на амбулаторную помощь упали на 6% за первые 5 мес 2020 г. по сравнению с 2019 г., расходы на больничную помощь упали на 4% за первые 4 мес. При этом расходы на другие медицинские вмешательства, включая тестирование, финансирующиеся в основном за счет бюджетных средств, могли увеличиться. В других странах расходы на оказание медицинской помощи в рамках стандартных страховых программ увеличились. Например, в Германии расходы ОМС в первой половине 2020 г. увеличились примерно на 3% по сравнению с аналогичным периодом 2019 г. Помимо этого федеральное правительство Германии увеличило бюджет здравоохранения, который также предоставляет субсидии больницам[41].

Проведенный в мае—июле 2020 г. ВОЗ опрос в 105 странах показал, что почти все страны (более 90%) сообщили о сбоях (прекращении или сокращении) в оказании многих основных видов медицинских услуг, не связанных с COVID-19. При этом ситуация по странам значительно колебалась — от значительных сбоев до отсутствия таковых. Сбои в предоставлении основных видов медицинской помощи были более заметными в странах с низким уровнем доходов, чем в странах с высоким уровнем доходов. Сбои затронули все сферы предоставления услуг, но были особенно серьезными в сферах лечения неинфекционных заболеваний, психического здоровья и репродуктивного здоровья, здоровья матери и ребенка. Сбои были вызваны сочетанием факторов спроса и предложения.

В качестве основных причин сбоев со стороны спроса отмечались следующие:

— сокращение обращений за амбулаторной помощью (76%);

— блокировка или ограничение движения общественного транспорта, приводящие к сокращению физического доступа к медицинским услугам (48%);

— финансовые трудности во время пандемии повлияли на посещаемость медицинских учреждений (33%).

В ряде стран указывались такие причины, как страх и недоверие, повлиявшие на изменения в потреблении медицинских услуг.

Среди факторов предложения к основным относились следующие:

— отмена плановой медицинской помощи (66%);

— проблемы с кадровым обеспечением, а именно необходимость перераспределения клинического персонала для оказания помощи больным с COVID-19 (49%) и нехватка персонала для оказания услуг (29%);

— недоступность услуг, а именно закрытие программ скрининга (41%), закрытие специализированных амбулаторных клиник по отдельным заболеваниям (35%), закрытие амбулаторных клиник в соответствии с постановлением правительства (33%), отсутствие стационарных коек (9%);

— отсутствие необходимых медицинских изделий и товаров, а именно сокращение запасов необходимых медицинских товаров (30%) и недостаточность защитных средств для медицинского персонала (44%);

— изменения в тактике лечения (33%) [42].

Влияние вызванного пандемией COVID-19 кризиса на финансовую устойчивость систем ОМС в среднесрочной и долгосрочной перспективе будет зависеть от более широких макроэкономических и фискальных показателей, а также меняющихся моделей спроса и предложения на медицинские услуги.

Обсуждение

Как показал приведенный выше анализ публикаций, угрозы финансовой устойчивости системам ОМС более значимые в странах, где ОМС в большей степени зависит от поступлений страховых взносов за работающее население, что обусловлено более сильным влиянием циклических экономических кризисов на доходную базу. В этих странах политика сдерживания расходов должна быть дополнена мерами нахождения дополнительных новых источников финансирования систем ОМС.

Как показал анализ, в развитых странах растет роль бюджетных трансфертов в формировании доходной базы системы ОМС. Бюджетные трансферты могут и должны играть роль смягчающего буфера при сокращении в периоды экономических кризисов объемов поступающих взносов, исчисляемых на основе заработка. Бюджетные трансферты могут выступать в качестве обусловленных автоматических стабилизаторов, предусматривающих осуществление бюджетных трансфертов в системы ОМС при определенных условиях и в заранее определяемых размерах. Наглядным примером в данном случае является Бельгия. В этой стране предусмотрена возможность увеличения размеров бюджетных трансфертов в систему ОМС на основе учета

коэффициента старения населения при одновременном наступлении определенных условий.

Растет роль поиска инновационных источников финансирования систем ОМС. К таким инновациям можно отнести использование так называемых механизмов «социальных бондов» (social impact bonds), или проектов социального воздействия. Этот механизм предусматривает возможность привлечения частных инвесторов для обеспечения достижения устанавливаемых показателей состояния здоровья на условиях заключения обусловленных контрактов. Такие контракты предусматривают возмещение расходов на проведенные мероприятия только при условии достижения запланированных показателей. Успешным примером применения такого механизма является опыт Японии. В этой стране проекты социального воздействия успешно применялись для программ скрининга колоректального рака и профилактики тяжелого течения диабета [43].

Поиск дополнительных источников финансирования систем ОМС не должен приводить к снижению доступности медицинской помощи. Как показывают исследования, введение системы соплатежей в качестве дополнительного источника может негативно сказываться на доступности помощи и финансовой защите граждан, особенно социально уязвимых групп населения и лиц с множественными хроническими заболеваниями [44, 45]. В силу отсутствия однозначных доказательств обоснованности введения системы соплатежей, экспертами ВОЗ не рекомендуется ее введение [2]. В тех странах, в которых уже существует система соплатежей, она должна периодически пересматриваться в целях снижения финансовых барьеров для получения необходимой медицинской помощи [46].

Заключение

Сочетание растущей потребности в услугах здравоохранения с ограниченной средой формирования ресурсов для ее покрытия представляет собой серьезную угрозу для поддержания финансовой устойчивости систем ОМС и достигнутого уровня всеобщего охвата населения медицинскими услугами. Это в большей степени заставляет искать инновационные подходы к формированию доходной базы системы ОМС. В абсолютном большинстве развитых стран растет значимость бюджетных трансфертов в систему ОМС, выполняющих роль смягчающего буфера при сокращении в периоды экономических кризисов объемов поступающих страховых взносов от лица работающего населения.

Финансирование. Исследование осуществлено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ «ВШЭ».

Acknowledgments. The study was implemented in the framework of the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE University).

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.
The author declares no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. World Health Organization. Global spending on health: a world in transition. Geneva: WHO; 2019.
2. *Spending on health in Europe: entering a new era*. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2021.
3. OECD. Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers? *Economics Department Working Papers.* 2006;477:1-81.
4. Dormont B, Grignon M, Huber H. Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics.* 2006;15(9):947-963.
5. Seshamani M, Gray A. *Age, proximity to death and future demands on the NHS.* London: Office of Health Economics; 2004.
6. Seshamani M, Gray A. Time to death and health expenditure: an improved model for the impact of demographic change on health care costs. *Age and Ageing.* 2004;33:556-561.
7. Congress of the United States Congressional Budget Office. The long-term outlook for health care spending. Washington DC; 2007.
8. Breyer F, Felder S. Life expectancy and health care expenditures: a new calculation for Germany using the costs of dying. *Health Policy.* 2006;75(2):178-186.
9. Breyer F, Costa-Font J, Felder S. Ageing, health, and health care. *Oxford Review of Economic Policy.* 2010;26(4):674-690.
10. Hall RE, Jones CI, The Value of Life and the Rise in Health Spending. *The Quarterly Journal of Economics.* 2007;122(1):39-72.
11. Steinmann L, Telser H, Zweifel P. Aging and Future Health Care Expenditure: a Consistent Approach. *Forum for Health Economics & Policy.* 2007; 10(2):1-30.
12. Pedersen KM, Bech M, Vrangbek K. *The Danish Health Care System: An analysis of strengths, weaknesses, opportunities and threats (SWOT analysis).* DaCHE discussion papers. Denmark: University of Southern Denmark; 2011.
13. Przywara B. *European Economy. Projecting Future Health Care Expenditure at European Level: Drivers, methodology and main results. Economic papers 417.* Brussels: European Commission; 2010.
14. The 2009 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008—2060) Joint Report prepared by the European Commission and the Economic Policy Committee Working Document. Luxembourg. 2009.
15. Busse R, van Ginneken E, Normand C. Re-examining the cost pressures. In: Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
16. Busse R, Valentine N, Lessof S, Prasad A, Van Ginneken E. Responding to citizens' expectations? The role of health services in responsiveness. In: Figueras J, McKee M, Lessof S, Duran A, Menabde N. *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
17. Fiscal Sustainability of Health Systems. Bridging health and finance perspectives. Paris: OECD; 2015.
18. De La Maisonneuve C, Martins JO. A Projection Method for Public Health and Long-term Care Expenditures. *OECD Economics Department Working Papers.* 2013;1048:1-74.
19. World Health Organization. Health System Financing: The Path to Universal Coverage. Geneva: WHO; 2010.
20. Alexa J, Rečka L, Votápková J, van Ginneken E, Spranger A, Wittenbecher F. Czech Republic: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2015; 17(1):1-165.
21. Bjegovic-Mikanovic V, Vasic M, Vukovic D, Jankovic J, Jovic-Vranes A, Santric-Milicevic M, Terzic-Supic Z, Hernández-Quevedo C. Serbia: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2019;21(3):1-211.
22. Sowada C, Sagan A, Kowalska-Bobko I. Poland: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2019;21(1):1-235.
23. Bachner F, Bobek J, Habimana K, Ladurner J, Lepuschutz L, Ostermann H, Rainer L, Schmidt AE, Zuba M, Quentin W, Winkelmann J. Austria: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2018;20(3):1-256.
24. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Sikkut R, Aaben L, Van Ginneken E. Estonia: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2018;20(1): 1-193.
25. Smatana M, Pažitný P, Kandilaki D, Laktišová M, Sedláková D, Palušková M, van Ginneken E, Spranger A. Slovakia: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2016;18(6):1-210.
26. Gerkens S, Merkur S. Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition.* 2020;22(5):1-237.

27. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2020;22(6):1-273.
28. Tangcharoensathien V, Witthayapipopsakul W, Panichkriangkrai W, Patcharanarumol W, Mills A. Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*. 2018;391(10126):1205-1223.
29. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*. 2009;24:63-71.
30. Szigeti S, Evetovits T, Kutzin J, Gaál P. Tax-funded social health insurance: an analysis of revenue sources, Hungary. *Bulletin of the World Health Organization*. 2019;97(5):335-348.
31. World Health Organization. New Perspectives on Global Health Spending for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2017.
32. Dutta A. *Health policy decision-making around taxes on alcohol, tobacco, and unhealthy foods in the COVID-19 era*. Background note. Asian Development Bank. 2022.
33. Sunju L. *Social Security System of South Korea*. Korea: IDB Technical Note; 2015.
34. Song YJ. The South Korean Health Care System. *JMAJ*. 2009;52(3):206-209.
35. Habicht T, Reinap M, Kasekamp K, Habicht J, van Ginneken E, Webb E. The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base. *Health Policy*. 2019;123(8):695-699. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.05.019
36. Oosenbrug A, Zoon A. *Ageing and insurance: The opportunities of an older Europe*. London: Insurance digest PricewaterhouseCoopers; 2008.
37. Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*. 2017;390:882-897.
38. Lisac M, Reimers L, Henke KD, Schlette S. Access and choice — competition under the roof of solidarity in German health care: an analysis of health policy reforms since 2004. *Health Economics, Policy and Law*. 2010;5:31-52.
39. Von Maydell BK, Borchardt K, Henke K-D, Leitner R, Muffels R, Quante M, Rauhala P-L, Verschraegen G, Zukowski M. *Enabling Social Europe*. Berlin: Springer Verlag; 2006.
40. Rosen B, Waitzberg R, Merkur S. The Health System and Policy Monitor. Profile of Israel. *Health System in Transition*. 2015;17(6):1-243.
41. World Health Organization. Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: WHO; 2020.
42. World Health Organization. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
43. The rise of social impact bonds in Japan. *ESG Consortium*. 2019.
44. Chandra A, Flack E, Obermeyer Z. *The Health Costs of Cost-Sharing*. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2021.
45. Chernew M, Cooper Z, Hallock EL, Morton FS. Physician agency, consumerism, and the consumption of lower-limb MRI scans. *J Health Econ*. 2021;76:102427.
46. WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019.

Поступила 20.01.2023
Received 20.01.2023
Принята к печати 13.02.2023
Accepted 13.02.2023