

# Политэкономия здравоохранения: как выйти из кризиса

Гришин В.В., Рагозин А.В.

В результате реформ в сфере здравоохранения в России получена своеобразная модель финансирования медицинской помощи: от модели Семашко заимствована ведомственная и корпоративная медицина; от времен перестройки унаследован государственный рынок платных услуг; из опыта США взято корпоративное добровольное медицинское страхование, которое в России субсидируется государством льготами по налогу на прибыль предприятий и налогу на доходы работников (НДФЛ); у Канады заимствована идея делегировать финансирование помощи субъектам РФ. В статье перечислены основные причины, приведшие к этому, отмечена неизбежность проведения новых реформ и описаны ошибки старых. Также проведены разбор и сравнение системы здравоохранения США (финансирование дезинтегрировано на множество независимых друг от друга каналов, социального медицинского страхования нет), Израиля (социальное страхование) и Канады (используется британская модель). Кроме того сравниваются модели социального страхования в мире и в России. В статье представлены варианты выхода из кризиса, и основной из них – превратить систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в полноценное социальное страхование (описаны препятствия на пути к его достижению), исходя из которых ближайшей целью является необходимость превратить ОМС в общенациональную систему финансирования общедоступной медицинской помощи с годовым бюджетом не менее 6% внутреннего валового продукта, консолидировав в нем все бюджетные и внебюджетные источники. Также перечислены первые шаги на пути к достижению поставленной цели и даны альтернативы описанному пути.

---

## Ключевые слова:

обязательное медицинское страхование, социальное страхование, политэкономия здравоохранения, реформы, Россия, модели финансирования медицинской помощи

**Для цитирования:** Гришин В.В., Рагозин А.В. Политэкономия здравоохранения: как выйти из кризиса // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. 2019. Т. 5, № 1. С. 30–37. doi: 10.24411/2411-8621-2019-11003.

**Статья поступила** 15.12.2018. **Принята в печать** 04.02.2019.

## The political economy of healthcare system: how to get out of the crisis

Grishin V.V., Ragozin A.V.

As a result of reforms, Russia received chimerical healthcare financial model: institutional and corporate medicine was borrowed from the Semashko model; government market of commercial services was inherited from the setup time; from the USA experience corporate voluntary medical insurance was taken, which in Russia is backed by national government (business profits tax relief and personal income tax of employees); and the idea of delegating medical health care financing to the subject of the Russian Federation was borrowed from Canada. In the article key reason that led to this are listed, the inevitability of new reforms carrying out is confirmed and mistakes of the old ones are described. Also, the health care systems of USA (funding is disintegrated into many independent channels, there is no social medical insurance), Israel (social insurance) and Canada (the British model is used) were analyzed and compared. In addition, models of social insurance in the world and in Russia are compared. In the article variants for surmounting the crisis are represented, the main of which is to turn the compulsory health insurance system into fully realised social insurance (roadblocks on the way to achieving it are described), based on which the short-term goal is necessity to turn compulsory health insurance into a nationwide financial system of generally accessible medical aid with an annual budget of at least 6% of GDP (gross domestic product), by consolidating all budget and non-budgetary sources in it. Initial steps on the road to achieving the goal and alternatives to the described strategy are also listed.

### Keywords:

compulsory health insurance, social insurance, political economy of healthcare, reforms, Russia, healthcare financial models

**For citation:** Grishin V.V., Ragozin A.V. The political economy of health care: how to get out of the crisis. ORGZDRAV: novosti, mneniya, obuchenie. Vestnik VSHOUZ [HEALTH-CARE MANAGEMENT: News, Views, Education. Bulletin of VSHOUZ]. 2019; 5 (1): 30–7. doi: 10.24411/2411-8621-2019-11003. (in Russian)

**Received** 15.12.2018. **Accepted** 04.02.2019.

С конца 1980-х годов в России идут реформы здравоохранения, направленные на рост его финансирования и эффективности использования ресурсов за счет привлечения внебюджетного финансирования и перехода на страховые механизмы и рыночные принципы. Однако три десятилетия реформ привели к прямо про-

тивоположному результату. По эффективности здравоохранения Россия из года в год занимает последние места в рейтинге The Most Efficient Health Care агентства Bloomberg, а финансирование общедоступной медицинской помощи в 2–3 раза ниже, чем нужно, по опыту развитых стран, и ощутимо меньше, чем в СССР (табл. 1).

**Таблица 1.** Расходы на общественное здравоохранение

Страна	% валового внутреннего продукта
СССР (бюджет)	4,4*
Россия (бюджет + обязательное медицинское страхование)	3,4**
Развитые страны (бюджет и/или социальное страхование)	6–10**

\* Данные В.В. Гришина, 1991; \*\* Данные Всемирной организации здравоохранения, 2015.

Налицо провал реформ, которые привели к сочетанию дефицита ресурсов и их неэффективного использования, падению доступности медицинской помощи, обнищанию медицинских работников и превращению здравоохранения в очаг социальной напряженности. Причина – непонимание разницы политэкономии исходной (советской) модели Семашко и двух других распространенных в мире моделей финансирования общедоступной медицинской помощи населению – социального страхования и так называемой британской бюджетной модели. Их ключевое отличие от модели Семашко – отношение к медицинскому труду и создаваемой врачами добавленной стоимости. Эта новая стоимость восстановленного здоровья и трудоспособности пациентов, трудового долголетия работников, снижения трудопотерь из-за болезней и травм, а также мультипликативного эффекта здравоохранения приведет к созданию новой стоимости в сопряженных с медициной отраслях экономики.

Социальное страхование и британская бюджетная модель признают медицинский труд производительным, оплачивая медицинские услуги по полному тарифу, который рассчитывается как сумма фактической себестоимости (включая амортизационные отчисления за износ основных средств) с добавлением наценки, отражающей созданную новую стоимость. Тем самым становится возможным самофинансиро-

вание лечебных учреждений и их расширенное воспроизводство как за счет собственных ресурсов (амортизационных отчислений и формируемой из наценки прибыли), так и внешних источников: кредита и рыночных инвестиций, что определяет платежеспособный спрос на инновации. Поэтому здравоохранение в странах с социальным страхованием и британской бюджетной моделью – мощный производственный сектор экономики. За счет добавления наценки к себестоимости медицинской помощи прямой вклад здравоохранения в ВВП (без учета его инфраструктурного и мультипликационного эффекта) достигает 9–11% валового внутреннего продукта (ВВП), что примерно в 5 раз больше «оборонки» и в 2 раза выше цифровой экономики. Тем самым здравоохранение развивает всю экономику в целом и получает от ее роста увеличение собственного финансирования.

Однако гарантировать населению общедоступность медицинской помощи, оплачивая ее по полному тарифу с наценкой, можно, только консолидировав все ресурсы общества в одном канале по принципу социальной солидарности. Поэтому в странах с социальным страхованием и британской бюджетной моделью нет ведомственных и корпоративных больниц, а основной потребитель добровольного медицинского страхования (ДМС) и платных услуг – физические лица с высоким доходом и иностранцы. Разница лишь в том, что британская модель – институт постиндустриального государства всеобщего благосостояния, который обеспечивает одноканальную консолидацию средств за счет лично уплачиваемых налогов в условиях мощной и прозрачной экономики.

Напротив, социальное страхование – негосударственный институт индустриального общества, который доступен не только богатым, но и бедным странам со слабой экономикой и масштабным теневым сектором. Социальное страхование обеспечивает одноканальную консолидацию «окрашенных» (предназначенных только для оплаты помощи населению) ресурсов за счет социальной солидарности взносов, уплачиваемых каждым членом общества. Работники и работодатели платят взносы солидарно (по-

ровну). Взрослые неработающие и самозанятые солидарно со страхующим их государством платят фиксированный процент от своих пенсий, пособий и заработков. Пациенты вносят соплатежи, солидарные с системой социального страхования – интегрированные с его тарифами на медуслуги и клиническими рекомендациями.

Таким образом, как социальное страхование, так и британская бюджетная модель являются:

а) производительными – оплачивают медицинскую помощь с наценкой;

б) общенациональными (одноканальными), практически безальтернативными для населения;

в) социально солидарными – финансируются налогами или взносами, лично уплачиваемыми каждым членом общества, и обеспечивают равенство медицинских гарантий каждому.

Напротив, советская модель Семашко была, с одной стороны, лишена социальной солидарности. Деньги на медицину не были «окрашены», поступали из разных источников народного хозяйства без личного участия граждан и не обеспечивали равенства медицинских гарантий. Помощь, оказываемая ведомственной и промышленной медициной, ощутимо отличалась от общедоступной помощи. С другой стороны, здравоохранение СССР было непроизводительным, затратным. Оно работало как государственная служба, подобно милиции или пожарной охране, оплачивая помощь населению в форме содержания лечебных учреждений. Их текущие затраты финансировались по нормированной смете, а инвестиции в основные средства и возмещение их износа поступали централизованно из бюджета. Иначе говоря, медицинская помощь оплачивалась по ее нормативной себестоимости, без наценки. Тем самым, в отличие от социального страхования и британской бюджетной модели, система Семашко отрицала производительный характер медицинского труда, обнуляя созданную врачами добавленную стоимость.

Причина – идеология. Политэкономическая доктрина советского коммунизма признавала лишь материальное производство: его продукция оплачивалась с наценкой. Оказание не-

материальных услуг (не только медицинских, но и любых других – торговых, бытовых, финансовых или транспортных) в СССР не считалось производством, не учитывалось в ВВП и оплачивалось по нормативной себестоимости.

Таким образом, в модели Семашко созданная врачами добавленная стоимость обесценивается, а клиники заинтересованы потратить все выделенные по смете деньги – иначе срежут финансирование на следующий год. В этих условиях вклад здравоохранения в ВВП ограничен себестоимостью медицинской помощи, на инновации нет платежеспособного спроса, а любые вложения в медицину превращаются в безвозвратные затраты. Тем самым здравоохранение в СССР оказалось затратным (впрочем, как и весь сектор услуг – торговля, финансовый сектор, транспорт и т.д.), а его финансирование – остаточным. Отсюда отставание СССР в медицинских технологиях и синтезе лекарств. Все эффективное закупалось за рубежом или копировалось. Собственные изобретения превращались в инновации личным везением энтузиастов. Например, С.Н. Федоров сделал советскую офтальмологию узнаваемой во всем мире и поставил ее на экспорт, лишь лично получив от руководства СССР эксклюзивное право на оплату услуг своего центра с наценкой. Из-за затратности и остаточного финансирования советского здравоохранения и выросла неизбежность его реформ. В чем была их ошибка?

Вместо перехода к одной из проверенных мировым опытом одноканальных производительных солидарных моделей (социальное страхование или британская модель) начались эксперименты: к советской модели начали добавлять «кусочки» других систем. Сначала в 1988 г. государственным лечебным учреждениям разрешили оказывать платные (хозрасчетные) услуги. После распада СССР в 1991 г. к разработке реформ были привлечены эксперты Всемирного банка из США, Израиля и Канады. Важно учесть, что это страны с очень разными системами здравоохранения. В Израиле работает социальное страхование. Канада использует британскую модель, которая финансируется за счет налогов и делегирована провинциям:

в каждой своя программа медицинских гарантий. Наконец, финансирование медицинской помощи в США дезинтегрировано на множество независимых друг от друга каналов. Социально-медицинского страхования там нет. Лечение пенсионеров и неимущих оплачивают бюджетные программы Medicare и Medicaid. Наемные работники получают от работодателя полис ДМС как часть оплаты труда. Если нет полиса ДМС или имеет место его нестраховой случай, американцы покупают лечение на рынке платных услуг или получают его по линии хорошо развитой благотворительности.

В результате эклектического смешения собственного и чужого опыта получился не имеющий аналогов в мире по своей запутанности промежуточный институт российского здравоохранения. От модели Семашко заимствована ведомственная и корпоративная медицина. От времен перестройки унаследован государственный рынок платных услуг. Из опыта США взято корпоративное ДМС, которое в России субсидируется государством льготами по налогу на прибыль предприятий и НДФЛ работников. У Канады заимствована идея делегировать финансирование помощи субъектам Федерации. В результате система ОМС стала лишь одним из многих каналов финансирования, не имеющим ничего общего с настоящим социальным страхованием (табл. 2).

Таким образом, в результате реформ Россия получила модель финансирования медицинской помощи, сшитую из «кусков» разных систем. Ее ключевые характеристики – отсутствие социальной солидарности, многоканальная дезинтеграция и непроизводительный (затратный) характер. Многоканальная дезинтеграция приводит к крайне низкой эффективности. Точно так же многоканальное здравоохранение США расходует рекордные 17% ВВП, но не гарантирует доступность помощи значительной части населения и в рейтинге The Most Efficient Health Care агентства Bloomberg занимает предпоследнее 54-е место – хуже России.

Из-за отсутствия социальной солидарности заметен дефицит Программы государственных гарантий, который покрывается падением до-

ступности помощи (платность и оптимизация), обнищанием медработников и заведомо убыточными для клиник эрзац-тарифами ОМС. Они ниже себестоимости медицинских услуг, не покрывают ряд текущих затрат (например, обслуживание и ремонт оборудования), в нем нет амортизационных отчислений и нет наценки. Из-за отсутствия наценки в тарифах ОМС здравоохранение осталось такой же затратной и финансируемой по остаточному принципу отраслью, как и в СССР.

Хуже того: если в СССР проблема износа основных средств решалась централизованно за счет бюджета, то в России уже три десятилетия за амортизацию не платит ни ОМС, ни бюджет. Отсюда «убитая» материально-техническая база большинства учреждений. При этом честная (без приписок) работа клиник в ОМС оказалась планово убыточной, и даже простое воспроизводство невозможно без внешних затрат бюджета на покрытие текущих расходов и восстановление основных средств. Соответственно кредит недоступен, рыночные инвестиции связаны с высоким риском, а за инновации некому платить.

В этих условиях центральной фигурой становится не потребитель (пациенты), а производитель – лечебные учреждения. Из-за дефицита средства ОМС приходится распределять между клиниками административно, без страховых или рыночных механизмов. Поэтому страховщики превратились в посредников, их возможности по защите застрахованных сведены к минимуму, а вместо принципа «деньги следуют за пациентом» работает принцип «деньги идут перед пациентом или вместо пациента». Отсюда подушевое финансирование амбулаторно-поликлинической помощи, госзакупка лекарств вместо лекарственного страхования, прикрепление пациентов к поликлиникам и финансирование здравоохранения не через увеличение бюджета ОМС и его тарифов на медицинскую помощь, а через инвестиции в инфраструктуру.

В свою очередь по сравнению с СССР увеличился уровень неравенства медицинских гарантий. Если модель Семашко обеспечивала достаточно равную доступность помощи по всей территории страны, сегодня налицо колоссальная

Таблица 2. Социальное страхование в мире и в России

Социальное страхование во всем мире	ОМС в России
Социальная солидарность: работники платят взносы солидарно с работодателями, неработающие и самозанятые – солидарно с государством, соплатежи пациентов интегрированы с тарифами социального страхования и клиническими рекомендациями	Социальное иждивенчество: взносы платят только работодатели и государство, вместо солидарных взносов работников и соплатежей пациентов – дублирующие ОМС платные услуги
Общественный безальтернативный канал финансирования медицинской помощи. Ведомственной медицины нет, потребители ДМС и платных услуг – физические лица с высоким доходом и иностранцы	Один из многих каналов: помимо ОМС, население получает медицинскую помощь по линии федерального бюджета (в том числе Минздрава и других министерств и ведомств), бюджетов субъектов Федерации и муниципалитетов, в рамках ведомственной и госкорпоративной медицины, массового корпоративного ДМС и рынка платных услуг, которым вынуждены пользоваться лица со средним и низким доходом
Автономия от бюджета	Зависимость от бюджета
Полный тариф на медицинские услуги: себестоимость (включая амортизацию) + наценка	Эрзац-тариф: ниже себестоимости, без амортизации, без наценки
Самофинансирование клиник; расширенное воспроизводство обеспечено собственными ресурсами	Плановая убыточность клиник; даже простое воспроизводство требует затрат бюджета
Медицинский труд производителен	Медицинский труд убыточен
Созданная добавленная стоимость увеличивает ВВП	Созданная добавленная стоимость обнуляется
Здравоохранение – сектор производства (оказания услуг)	Здравоохранение – затратная «социалка»
Страховые принципы	Нестраховой характер ОМС
«Деньги следуют за пациентом»	«Деньги следуют перед пациентом или вместо пациента»
Разделение плательщика и провайдера медицинских услуг	На уровне регионов плательщик (ТФОМС) и провайдер (региональные ЛПУ) по сути одно и то же лицо с одним учредителем
Договорные механизмы управления	Командно-административное управление
Коллегиальное самоуправление профсоюзами, работодателями и государством	Административное управление государством
Страховщик управляет рисками	Страховщик – посредник
Врач – субъект права, полноправный участник страховых отношений	Врач – бесправный бюджетник, которому не гарантирована даже занятость
Врачи получают лицензию (право на личную практику) и несут личную экономическую ответственность за свои клинические решения и манипуляции	Врачи проходят аккредитацию, а ЛПУ (обезличенные юридические лица) получают лицензию: за качество медицинской помощи никто не несет личной ответственности
Осложнения лечения – предмет гражданских исков	Осложнения лечения – предмет уголовных дел

**Примечание.** ОМС – обязательное медицинское страхование; ДМС – добровольное медицинское страхование; ВВП – валовый внутренний продукт; ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования; ЛПУ – лечебно-профилактическое учреждение.

разница в доступности медицинской помощи между городом и деревней, между развитыми и депрессивными регионами. Наконец, в ситуации, когда медицинская помощь оплачивается не только без наценки, но и ниже себестоимости, труд врача оказался убыточным. Поэтому экономия на труде (низкие зарплаты медработников, увеличение их норм обслуживания, увольнение) – такой же важный инструмент баланса дефицитной системы ОМС, как и снижение доступности медицинской помощи: оптимизация и рост платности.

Как выйти из кризиса? Британская бюджетная модель сегодня России недоступна: уровень производства невысок, экономика непрозрачна, а государственное управление не отличается эффективностью. Поэтому единственная возможность обеспечить сегодняшние гарантии государства населению – превратить систему ОМС в полноценное социальное страхование, принципы которого проверены вековой мировой практикой и доказали свою эффективность в странах с очень разной культурой и экономикой: в Германии и Японии, Чили и Польше, Южной Корее и Мексике.

Ближайшая цель – превратить ОМС в общенациональную систему финансирования общедоступной медицинской помощи с годовым бюджетом не менее 6% ВВП, консолидировав в нем все бюджетные и внебюджетные источники. Этот уровень соответствует минимальному (рекордно низкому для развитых стран) уровню расходов Австралии, схожей с Россией по размеру заселенной территории, ее демографическому развитию и сети городов. Какими должны быть первые шаги?

**Во-первых**, превратить ОМС в общенациональный институт, обеспечив коллегальность его управления. Это означает реальное равноправие представителей государства, работодателей и профсоюзов, принятие только согласованных всеми сторонами решений.

**Во-вторых**, это консолидация в ОМС всех источников бюджетного и внебюджетного финансирования медицинской помощи, включая:

а) запрет на оказание платных услуг государственными ЛПУ с их заменой на соплатежи

пациентов, интегрированные с тарифами ОМС и клиническими рекомендациями. Если назначение признано обязательным, оно должно полностью оплачиваться страховщиком. Соплатеж за желательное назначение (доплата пациентом разницы между ценой медуслуги и тем, сколько за нее платит страховщик) должен зависеть от клинически доказанной эффективности. Точно так же солидарно нужно ввести соплатежи за более комфортное пребывание в стационаре, за замену дженерика патентованным препаратом или за выбор более качественного имплантата. Методы с недоказанной эффективностью должны полностью оплачивать сами пациенты;

б) солидарно (поровну) уплачиваемые работниками и работодателями взносы на ОМС;

в) солидарные с государством обязательные для всех взносы неработающих и самозанятых;

г) отмену налоговых льгот для корпоративного ДМС;

д) ревизию расходов бюджетов всех уровней, ведомств и госпредприятий, их консолидацию и направление в бюджет ОМС. Опыт такой ревизии, проведенной одним из авторов статьи в СССР в конце 1980-х гг., позволил найти дополнительно 0,5% ВВП. Финансовая дисциплина в СССР была жестче, это дает основания полагать, что сегодня Минфин России, Минздрав России и Счетная палата РФ «не видят» до 1,5% ВВП таких скрытых расходов;

е) ревизию ведомственной и госкорпоративной медицины, сокращение прикрепленного контингента, приватизацию избыточных мощностей;

ж) перенос страхования неработающих из региональных бюджетов на федеральный. В ситуации, когда медицинское обслуживание детей, стариков и инвалидов обходится примерно в 2 раза дороже, чем трудоспособных, сегодня финансовое состояние регионов таково, что они платят за страхование неработающего россиянина в 2 раза меньше, чем за работающего.

**В-третьих**, наполнив систему ОМС деньгами, добиться экономически обоснованных полных тарифов ОМС на медицинские услуги, рассчитанных с учетом их фактической себестоимости, с включением амортизационных отчислений

и добавлением наценки. Есть готовый аналог – гособоронзаказ. Цена военной продукции определяется как ее фактическая себестоимость с включением амортизационных отчислений с добавлением наценки, которая начисляется на собственные затраты на труд и составляет до 20%.

**В-четвертых**, обеспечить переход клиник государственных форм собственности сначала на самоокупаемость, затем – на самофинансирование.

**В-пятых**, после перехода клиник на самофинансирование выполнить поручение Президента РФ о переводе системы ОМС на страховые принципы.

Есть ли альтернативы этому пути? *Первый вариант* – возврат к затратной советской модели Семашко с ежегодным выделением на нее не менее 6% ВВП из бюджета. Даже если эти деньги сегодня есть у государства, не факт, что бюджет сможет выполнять данные обязательства хотя бы через несколько лет. *Второй вариант* – привести медицинские гарантии населению в соответствие с фактическим финансированием (3,4% ВВП). Сегодня этот уровень соответствует странам третьего мира, а из стран с высоким ВВП – нефтяным государствам Персидского залива, где значительную часть населения составляют

гастарбайтеры, лишенные медицинских гарантий. По факту этот путь уже реализуется – по доступности медицинской помощи в ряде районов Россия близка к странам третьего мира. Поэтому в недавнем рейтинге Bloomberg по показателю здоровья населения наша страна заняла лишь 95-е место, после Кабо-Верде, которая расходует на медицину почти как Россия – 3,3% ВВП.

Хочется верить, что превращение в страну третьего мира – не наш путь. Поэтому единственный реальный шанс для выхода нашего здравоохранения из кризиса – социальное страхование. Каково главное препятствие на пути его создания? За 30 лет работы химерной модели сложились мощные группы интересов и влияния. Они являются выгодоприобретателями своих каналов финансирования медицинской помощи и поэтому боятся проиграть в случае создания общенациональной консолидированной системы. Поэтому как для создания социального страхования Германии был нужен Бисмарк, так и для вывода нашего здравоохранения из кризиса необходимы консолидация и политическая воля ответственной элиты.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Гришин Владимир Вадимович** – профессор, доктор экономических наук

E-mail: medmag57@yandex.ru

**Рагозин Андрей Васильевич** – кандидат медицинских наук, независимый эксперт

E-mail: aragozin@mail.ru