

Экономика здравоохранения

Эволюция и перспективы системы обязательного медицинского страхования в России

Сергей Владимирович Шишкин

ORCID: 0000-0002-0807-3277

Доктор экономических наук, директор Центра политики в сфере здравоохранения
Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»
(РФ, 101000, Москва, Мясницкая ул., 20).
E-mail: shishkin@hse.ru

Аннотация

В работе проводится анализ трансформации российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС) за тридцать лет ее существования. Рассматриваются изменения в используемых механизмах государственного, общественного и рыночного регулирования для выполнения трех основных функций системы финансирования здравоохранения: формирования финансовых средств, объединения и распределения финансовых средств, покупки/оплаты медицинской помощи. Эти изменения анализируются как институциональные ответы на вызовы стабильному и эффективному функционированию системы финансирования здравоохранения. Российская система ОМС прошла путь от попытки ее создания на основе сочетания механизмов государственного, общественного и рыночного регулирования к почти полному доминированию первых. Изначально продекларированное создание конкурентной модели ОМС столкнулось с практическими трудностями в условиях несформированности рыночных институтов в экономике в целом и небольшого по времени окна возможностей для проведения рыночных реформ. Это обусловило изменение дизайна модели ОМС, замену институтов общественного и рыночного регулирования институтами государственного регулирования. Все последующие годы в политике государства по отношению к системе ОМС доминировала линия на усиление централизованного государственного регулирования. Развитие российской системы ОМС в будущем потребует разрешения ключевого институционального противоречия ее дизайна, и дилемма состоит в следующем: (а) продолжить замещение остающихся рыночных и общественных механизмов регулирования административным и за счет его инструментов обеспечить повышение устойчивости и эффективности ОМС или (б) попытаться развить рыночные и общественные механизмы в системе ОМС и, в частности, повысить роль страховых медицинских организаций и тем самым усилить их влияние на эффективность ее функционирования. В зависимости от выбора можно говорить о двух возможных сценариях дальнейшего развития ОМС в России.

Ключевые слова: здравоохранение, финансирование здравоохранения, ОМС, конкурентная модель.

JEL: I13.

В статье представлены результаты исследования, выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики».

Статья поступила в редакцию в сентябре 2022 года

Healthcare Economics

Evolution and Prospects of Compulsory Health Insurance in Russia

Sergey V. Shishkin

ORCID: 0000-0002-0807-3277

Dr. Sci. (Econ.), Director of the Centre for Health Policy, National Research University Higher School of Economics,^a shishkin@hse.ru

^a 20, Myasnitskaya ul., Moscow, 101000, Russian Federation

Abstract

The paper analyzes the transformation in Russian compulsory health insurance (CHI) over the thirty years of its existence and highlights the changes in the mechanisms of state, societal and market regulation used to perform the three main functions of the healthcare financing system: i) collection of financial resources, ii) pooling and allocation of financial resources, iii) purchasing of medical care. These changes are interpreted as institutional responses to challenges in making healthcare financing operate in a stable and efficient way. The Russian CHI system has evolved from an attempt to base it on a combination of state, societal and market regulation into almost complete dominance by the state. The initially heralded creation of a competitive CHI model succumbed to practical obstacles such as the lack of market institutions in the overall economy and the time-restricted window of opportunity for implementing market reforms. This led to modifications in the design of the CHI model and to replacement of regulation by societal and market institutions with regulation by state institutions. From that point on, the government policy toward CHI has been aimed at strengthening centralized state regulation of the CHI system. The future development of the Russian CHI system will require resolving this key institutional contradiction in its design. The choices are: a) continue replacing the remaining market and societal regulatory mechanisms with administrative regulation and using the tools of the latter to ensure more sustainability and efficiency in the CHI system; or b) try strengthening market and societal regulation of the CHI system, and especially the role of health insurers, and thereby increase their impact on the effectiveness CHI. These two alternatives point to two possible scenarios for the future implementation of CHI in Russia.

Keywords: health care, health care financing system, CHI, competitive model.

JEL: I13.

Acknowledgements

This article was produced as part of a research project implemented under the Basic Research Program at the National Research University Higher School of Economics (HSE University).

Article submitted September 2022

Введение

В большинстве посткоммунистических стран в 1990-е годы происходило реформирование систем финансирования здравоохранения и вместо бюджетного финансирования или в дополнение к нему были созданы системы обязательного медицинского страхования (ОМС) [Implementing Health Financing., 2010]. Причем в трех странах: России, Словакии и Чехии — попытались внедрить конкурентные модели ОМС, в которых граждане имеют возможность выбирать страховщиков, а медицинские организации — конкурировать друг с другом за объемы медицинской помощи, оплачиваемые страховщиками [Alexa et al., 2015; Popovich et al., 2011; Smatana et al., 2016]. Предполагалось, что создание этих систем финансирования будет содействовать более эффективному использованию финансовых, материальных и кадровых ресурсов в здравоохранении. В то время, тридцать лет назад, новые модели финансирования отражали скорее теоретические представления о дизайне эффективной системы общественного финансирования здравоохранения, чем реальный опыт функционирования таких систем.

По пути внедрения конкурентных моделей ОМС пошли в 1990–2000-х годах и некоторые западные страны: Германия, Израиль, Нидерланды, США, Швейцария [Busse, Blümel, 2014; European Observatory., 2000; Kroneman et al., 2016; Rice et al., 2020; Rosen et al., 2015]. Эффективность конкурентных моделей финансирования здравоохранения остается дискуссионным вопросом и активно обсуждается в научной литературе (см., например, [De Jong, Brabers, 2019; Dixon et al., 2004; Van de Ven et al., 2013; Van Ginneken et al., 2020]).

С самого начала процесс формирования новых конкурентных моделей в России, Словакии и Чехии столкнулся с целым рядом проблем. Реальность существенно разошлась с ожиданиями. И если в Словакии и Чехии возникшие проблемы избыточного назначения медицинских услуг застрахованным и роста долгов по их оплате оказались «детскими болезнями», которые были сравнительно быстро преодолены [Alexa et al., 2015; Smatana et al., 2016], то в России разрыв между ожиданиями от внедрения новой системы финансирования и реальностью оказался очень большим. Были созданы некоторые институты конкурентной модели: участие в ОМС частных страховщиков, заключение ими договоров со страхователями и медицинскими организациями, оплата медицинской помощи, оказываемой застрахованным, и контроль ее объемов и качества. Но той конкуренции, которая задумывалась, не получилось. На протяжении тридцати лет российская система ОМС подвергалась реформированию, последние существенные изменения произошли совсем

недавно, в 2021 году. По ряду параметров система ОМС стала похожей на систему бюджетного финансирования здравоохранения.

Изменения, происходившие в российской системе ОМС, рассматриваются в большом числе публикаций. Но, как правило, предметом обсуждения является содержание последних на момент публикации реформ. Эволюция, которую претерпела система ОМС за весь прошедший тридцатилетний период, изменения в сочетании применяемых механизмов государственного и рыночного регулирования пока не выступали предметом рассмотрения с единых теоретико-методологических позиций. А такой анализ необходим для лучшего понимания возможных направлений дальнейшего развития ОМС в нашей стране.

Все эти годы система ОМС подвергалась сильной критике, причем с диаметральных позиций. Одни авторы считают ее неэффективной из-за недостатка страховых институтов и призывают к развитию на основе рыночных принципов [Кравченко, Шаталин, 2014; Кузнецов, 2021; Назаров и др., 2019; Стародубов и др., 2020]. Другие критикуют ее за неэффективность, обусловленную как раз использованием рыночных институтов, и предлагают вернуться к принципам бюджетной системы финансирования здравоохранения [Гонтмахер, 2016; Основные положения..., 2013]. И те и другие, как правило, применяют схожий теоретико-методологический подход, при котором реальная система финансирования здравоохранения соотносится с той или иной теоретической моделью (рыночной либо бюджетной), фиксируются отклонения реальной системы от соответствующей модели, и причины проблем в функционировании сложившейся системы видятся именно в этих отклонениях. Такой подход является чрезвычайно ограниченным для понимания сложившейся системы ОМС, ее институциональной динамики и возможных перспектив. Альтернативный подход состоит в анализе эволюции системы ОМС как институциональных ответов на возникающие проблемы в обеспечении ее стабильного функционирования.

Цель настоящей работы — анализ институциональной трансформации созданной в России системы ОМС как изменений в сочетании механизмов государственного, общественного и рыночного регулирования, выявление причин этих изменений и определение их возможных будущих направлений.

1. Метод

Для исследования институциональной динамики системы ОМС в работе применяется сочетание двух теоретико-методологических подходов. Во-первых, это широко используемый функциональ-

ный подход к анализу систем финансирования здравоохранения, при котором предметом рассмотрения выступают механизмы (институты), обеспечивающие выполнение трех основных функций: (1) формирование финансовых средств; (2) их объединение и распределение; (3) покупка/оплата медицинской помощи [Kutzin, 2001]. Во-вторых, использован подход, предложенный Хайнцем Ротгангом с соавторами [Rothgang et al., 2005; Rothgang et al., 2010] для анализа систем здравоохранения, который выделяет три типа применяемого регулирования: государственное, общественное (социетальное), частное (рыночное); первый — посредством властного принуждения; второй — путем коллективных переговоров между общественными акторами, не являющимися органами власти (саморегулирование); третий — посредством обменных (рыночных) отношений. Изменения в системе финансирования здравоохранения рассматриваются как развитие механизмов регулирования указанных трех типов и замещение одних другими.

В качестве источников данных использованы нормативные документы системы ОМС, публикации отечественных и зарубежных авторов, в которых наиболее полно рассматриваются изменения в российском ОМС и обсуждаются его проблемы и перспективы, а также материалы интервью, проведенных автором с участниками системы ОМС на протяжении многих лет.

В работе выделены четыре основных этапа институциональной эволюции российской системы ОМС, на каждом из которых происходили качественные изменения в конфигурации трех типов регулирования. Рассмотрена связь этих изменений с проблемами в реализации основных функций системы финансирования, возникавшими при внедрении и реформировании ОМС.

2. Первоначальный дизайн модели ОМС, 1991 год

Первый шаг по созданию ОМС был сделан в 1991 году с принятием закона «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.1991 № 1499-I (далее — Закон 1991 года). Застрахованными по ОМС стали все граждане. Страхователями работающих граждан были определены их работодатели, страхователями неработающих — региональные и муниципальные органы власти. Дизайн системы ОМС был сформирован под сильным влиянием либеральных идей об эффективной конкурентной модели медицинского страхования с участием многих частных страховщиков [Семенов, 1996; Стародубов, 1992; Шейман, 1998; Шишкин и др., 2019]. Роль страховщиков в этой модели отводилась страховым медицинским организациям, которые могли быть созданы в любой правовой форме, в том числе как частные коммерческие организации.

Рассмотрим ключевые институты этой модели, которые предназначались для выполнения трех основных функций системы финансирования здравоохранения.

Для реализации функции *формирования средств* ОМС были предложены институты, воплощающие исключительно механизмы государственного регулирования с разделением полномочий между уровнями государственного управления. В качестве источников финансирования определены взносы работодателей за работающее население и взносы из бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов за неработающее население. Система ОМС создавалась обособленной от государственного бюджета в части сбора взносов работодателей. В части сбора взносов за неработающее население такого обособления не было, размер этих взносов федеральным законом не устанавливался, его определяли региональные и муниципальные органы власти при утверждении своих бюджетов.

Объединение и распределение финансовых средств: фонды для аккумулирования страховых взносов предусматривалось создавать непосредственно у страховщиков. Гражданам предоставлялось право выбора страховщика, но не напрямую, а через работодателей и органы власти, которые заключают со страховыми медицинскими организациями договоры страхования соответственно своих работников и неработающих жителей на своей территории. Первоначально не предусматривалось каких-либо специальных фондов или правил перераспределения взносов на ОМС между страховщиками для выравнивания финансовых рисков, обусловленных различиями в половозрастной структуре застрахованных. Таким образом, для выполнения функции объединения средств ОМС фактически прокламировалось доминирование рыночных механизмов регулирования.

Покупка/оплата медицинской помощи. Модель предусматривала отделение покупателей медицинской помощи от поставщиков медицинских слуг и от органов управления здравоохранением и использование рыночного механизма выбора первыми вторых. Роль покупателей отводилась страховым медицинским организациям. Они должны были выбирать медицинские учреждения и заключать с ними договоры об оказании медицинской помощи своим застрахованным. Застрахованные граждане также имели право выбора медицинского учреждения и врача, но только из списка тех медицинских учреждений, с которыми заключил договор их страховщик. Тарифы на медицинские услуги по ОМС должны были определяться соглашением между страховщиками, органами власти и профессиональными медицинскими ассоциациями. Этот механизм можно квалифицировать как сочетающий

элементы общественного регулирования (коллективное соглашение участников ОМС) и государственного регулирования (среди участников соглашения — органы власти). Таким образом, институциональное обеспечение выполнения функции закупки включало все три типа регулирования: государственное, общественное и рыночное с доминированием последнего.

Внедрение продекларированной конкурентной модели ОМС столкнулось с системными проблемами. Западные страны, которые внедряли конкурентные модели ОМС, делали это на основе уже существовавших в них систем социального или частного медицинского страхования. В отличие от этих стран в России новую систему финансирования пришлось формировать с чистого листа. Страховых медицинских организаций не существовало, их начали создавать только после принятия Закона 1991 года. Предполагалось, что система ОМС начнет функционировать в 1993 году. Но появилась неожиданная проблема: созданных страховых медицинских организаций оказалось недостаточно для охвата страхованием всех граждан [Герасименко, 1996]. С одной стороны, в целом ряде регионов власти препятствовали появлению частных страховщиков, а с другой — сами страховщики старались привлечь к себе прежде всего граждан с меньшими рисками заболеваемости и неохотно страховали неработающих граждан и жителей малых населенных пунктов [Жаркович и др., 1998]. Пришло также понимание наличия еще одной проблемы — неизбежных больших различий в уровне финансовой обеспеченности оказания медицинской помощи застрахованным у разных страховщиков из-за различий в рисках заболеваемости и размерах собираемых страховщиками взносов в регионах с разными уровнями экономического развития.

3. Изменение внедряемой модели ОМС, 1993 год

Закон 1991 года предусматривал, что система ОМС будет создана в 1993 году. Чтобы не упустить возможности получения нового источника финансирования здравоохранения и установить в 1993 году обязательные взносы работодателей на медицинское страхование их работников, надлежало быстро найти решение возникших проблем, и в начале 1993 года внедряемая модель ОМС была трансформирована¹. В ОМС ввели новых участников — федеральный фонд ОМС (ФОМС) и территориальные фонды ОМС (ТФОМС). Они были созданы как самостоятельные государственные некоммерческие финансово-кредитные учреждения.

¹ Закон РФ «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 02.04.1993 № 4741-1. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_1817/.

Организация управления деятельностью ФОМС и ТФОМС сочетает элементы государственного и общественного регулирования. Руководство каждым фондом осуществляется правлением и исполнительным директором. В правление входят представители органов государственной власти, страхователей, страховщиков, профессиональных медицинских ассоциаций, профессиональных союзов медицинских работников. Исполнительный директор назначается органами государственной власти.

ФОМС был наделен правами регулирования системы ОМС — утверждения типовых правил обязательного медицинского страхования. ТФОМС могли разрабатывать правила ОМС граждан на территории соответствующих субъектов РФ, а также выполнять функции страховщика в случае отсутствия в регионе страховых медицинских организаций или недостаточного охвата населения региона имеющимися страховщиками.

В результате в созданной системе ОМС функции страховщиков выполняли два типа акторов:

- 1) страховые медицинские организации; среди них преобладали коммерческие организации, находящиеся в частной собственности; их максимальное число было достигнуто в 1996 году — 538, однако далее оно стало уменьшаться вследствие укрупнения компаний, и к 2010 году их осталось 95;
- 2) территориальные фонды ОМС; это государственные учреждения; их количество соответствует числу субъектов Российской Федерации, и отдельный ТФОМС создан в городе Байконуре. ТФОМС организовали страхование тех групп населения, которые не были охвачены страховыми медицинскими организациями.

Формирование финансовых средств. Тариф взноса работодателей на ОМС их работников был установлен в 1993 году в размере 3,6% от фонда оплаты труда, сбор взносов на ОМС включен в функционал ФОМС и ТФОМС. В ФОМС поступало 0,2% от фонда оплаты труда, а в ТФОМС — 3,4%.

Объединение и распределение финансовых средств включено в функционал ФОМС и ТФОМС. ФОМС распределяет собранные им средства между ТФОМС для выравнивания финансового обеспечения медицинской помощи застрахованным в разных регионах. ТФОМС распределяет средства ОМС между страховыми медицинскими организациями в соответствии с количеством застрахованных в них граждан и с учетом различий их социально-демографических характеристик. Таким образом, предполагавшиеся в первоначальной модели рыночные механизмы выполнения

функции объединения и распределения средств ОМС были заменены механизмами государственного регулирования, осуществляемого ФОМС и ТФОМС.

Покупка/оплата медицинской помощи. Порядок оплаты медицинской помощи из средств ОМС в каждом субъекте РФ, включая определение способов оплаты медицинских услуг, утверждался ТФОМС и региональным органом государственного управления в сфере здравоохранения после согласования с региональной профессиональной медицинской ассоциацией, региональной ассоциацией медицинских страховых организаций, региональным профсоюзом медицинских работников. Такой механизм включает элементы государственного и общественного регулирования.

Правила ОМС предоставили право региональным органам государственного управления и ТФОМС устанавливать порядок оказания населению медицинской помощи, которая оплачивается из средств ОМС. Это позволило ограничивать возможности страховых медицинских организаций по выбору поставщиков медицинских услуг для застрахованных граждан и определению объемов медицинской помощи, покупаемых у каждого поставщика. Так, например, в Кемеровской области порядок оказания населению медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС, устанавливался областным органом управления здравоохранением и ТФОМС по согласованию с региональной ассоциацией страховых организаций и региональной ассоциацией врачей². Этот порядок включал общую схему оказания медицинской помощи застрахованным, которая устанавливала, с какими медицинскими организациями страховая медицинская организация должна заключать договор на оказание застрахованным определенных видов медицинской помощи, и предопределяла объемы помощи, которые закреплялись в этих договорах.

Таким образом, функционал покупателя медицинской помощи в системе ОМС был разделен между страховыми медицинскими организациями, ТФОМС и органами управления здравоохранением. Страховые медицинские организации заключали договоры с медицинскими организациями, контролировали их выполнение, но содержание этих договоров определялось решениями органов управления здравоохранением и ТФОМС.

Страховым медицинским организациям дали право штрафовать медицинские организации за нарушение правил предоставления медицинских услуг застрахованным и неправильное оформление документов на оплату медицинской помощи. Часть сумм штраф-

² Правила обязательного медицинского страхования населения Кемеровской области. Утверждены распоряжением администрации Кемеровской области от 17.11.98 № 1202-р. <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=171013345&rdk=&backlink=1>.

ных санкций передавалась в доходы страховых медицинских организаций. Этот механизм включал элементы рыночного регулирования, но предмет этого регулирования оказался очень узок.

В итоге введенные в 1993 году институты государственного регулирования с элементами общественного регулирования дополнили и заместили часть рыночных механизмов, которые изначально предполагалось использовать для регулирования системы ОМС, но их не удалось выстроить или оказалось недостаточно, чтобы обеспечить полное покрытие страхованием всех граждан страны.

Российскую модель ОМС в начальный период ее функционирования отличала высокая степень децентрализации управления и свободы регулирования для региональных органов власти и ТФОМС. Они имели значительную самостоятельность в установлении размеров взносов на ОМС неработающего населения, распределении собранных средств между страховыми медицинскими организациями, выборе способов оплаты медицинской помощи, установлении тарифов в ОМС и других вопросах [Burger et al., 1998].

Очень быстро проявились изъяны созданной системы ОМС [Семенов, 1996; Шейман, 1998; Шишкин, 2000].

В части *формирования средств* ОМС главной проблемой стала недостаточность средств для возмещения расходов на оказание медицинской помощи, предусмотренной базовой программой ОМС. Тариф взносов на ОМС работающих граждан был установлен на невысоком уровне (3,6% от фонда оплаты труда), и при этом федеральный закон не определял однозначно размеры взносов на ОМС неработающего населения, которые обязаны платить региональные власти. Фактически они самостоятельно устанавливали размеры этих взносов, которые сильно различались по регионам страны.

В части *объединения и распределения средств* главным недостатком оказалась территориальная фрагментированность системы фондов для аккумулирования взносов на ОМС. Помимо того, масштабы проводимого ФОМС перераспределения средств ОМС между регионами были очень малы для сокращения межрегиональных различий в финансовом обеспечении прав застрахованных на медицинскую помощь.

В части выполнения функции *покупки/оплаты медицинской помощи* основным изъяном созданной системы ОМС стала эклектичность сочетания элементов государственного и рыночного регулирования.

В системе ОМС появилось множество частных страховщиков, но их возможности влиять на аллокационную эффективность распределения средств между медицинскими организациями и эффективность их работы оказались минимальными [Xu et al., 2011].

Ведущую роль в выполнении функции покупки/оплаты медицинской помощи играли региональные органы управления здравоохранением и ТФОМС. Они выбирали способы оплаты медицинской помощи, конкретизировали правила расчета тарифов на оплату медицинских услуг и устанавливали для медицинских организаций показатели объемов медицинской помощи и размеров их финансового возмещения из средств ОМС. Причем в каждом регионе это делали по-разному.

Региональные и местные власти сохранили бюджетное финансирование медицинских организаций помимо финансирования их из территориальных фондов ОМС. Вплоть до 2010 года объемы средств, аккумулируемые в системе ОМС, не превышали 40% расходов государства на здравоохранение [Шишкин и др., 2019. С. 45]. Из-за недостаточности средств для возмещения затрат на медицинскую помощь, предусмотренную базовой программой ОМС, пришлось использовать «неполные тарифы» для оплаты медицинских услуг в системе ОМС. В расчет этих тарифов включались затраты только на оплату труда, приобретение медикаментов, мягкого инвентаря и продуктов питания. Остальная часть затрат возмещалась посредством субсидий из региональных и местных бюджетов. Финансирование медицинских организаций стало «двухканальным» и производилось по разным правилам: из средств ОМС — по тарифам в соответствии с объемами оказываемой медицинской помощи, а из средств бюджетов — по смете на содержание медицинских учреждений безотносительно к объемным показателям их деятельности. Соотношение этих двух каналов финансирования для разных медицинских организаций зависело от политико-экономических условий в каждом субъекте РФ. Сформировавшаяся модель финансирования оказалась финансово неустойчивой и плохо управляемой, не создавала у страховщиков и медицинских организаций заинтересованности в более эффективном распределении и использовании финансовых и других ресурсов.

Внедрение ОМС плохо контролировалось федеральными властями и находилось в сильной зависимости от действий региональных властей. В результате характеристики ОМС в пределах каждого региона имели ярко выраженные различия [Besstremyannaya, Simm, 2012; Danishevski at al., 2006; Twigg, 2001]. Система финансирования здравоохранения представляла собой эклектичное совмещение двух составляющих — ОМС и бюджетного финансирования.

4. Реформа системы ОМС, 2010–2014 годы

Проблемы, порожденные выбранной моделью ОМС, требовали разрешения. Но вплоть до 2010 года институциональные изме-

нения в системе ОМС были незначительными и состояли в усилении унификации и централизации в государственном управлении системой ОМС. Доля взносов на ОМС работающих граждан, которая направлялась в ФОМС, увеличилась с 0,2 до 1,1% от фонда оплаты труда. В рамках проведения налоговой реформы полномочия сбора взносов работодателей на ОМС переданы от ФОМС и ТФОМС налоговой службе.

Затем был унифицирован порядок закупки медицинской помощи в системе ОМС³ и предусмотрено, что в каждом регионе орган управления здравоохранением создает специальную комиссию, в состав которой включаются представители органов государственного управления и ТФОМС. Комиссия разрабатывает задания медицинским организациям, которые утверждает орган управления здравоохранением.

В 2010 году был принят новый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ (далее — Закон 2010 года). Он предусматривал существенные изменения в дизайне системы ОМС.

Формирование финансовых средств. Подушевой размер страховых взносов за неработающее население, которые должны уплачивать субъекты Российской Федерации, стал устанавливаться на федеральном уровне, предусматривались финансовые санкции за их неуплату в надлежащем размере — в этом случае финансирование ТФОМС из средств ФОМС приостанавливалось. Произведенные изменения привели к усилению централизованного регулирования государством этой функции. Ставка взносов на ОМС для работодателей выросла до 5,1% от фонда оплаты труда.

Базовая программа ОМС была расширена: скорая медицинская помощь и часть видов так называемой высокотехнологичной медицинской помощи, которые ранее полностью финансировались из бюджетной системы, включены в базовую программу ОМС.

В новой модели ОМС для эффективного выполнения функции *объединения и распределения средств* все взносы ОМС (от работодателей и субъектов Российской Федерации) стали перечисляться напрямую в ФОМС, минуя территориальные фонды ОМС, для последующего финансирования территориальных программ ОМС по единым подушевым нормативам финансовых затрат, дифференцированным с учетом различий в половозрастной структуре населения.

Для повышения управляемости системой ОМС ФОМС получил новые административные рычаги — права согласования назначения директоров ТФОМС и утверждения сметы их расходов.

³ Постановление Правительства Российской Федерации «О разработке и финансировании выполнения заданий по обеспечению государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и контроле за их реализацией» от 06.05.2003 № 255. <https://docs.cntd.ru/document/901861192>.

В Законе 2010 года четко сформулирован принцип паритетности представительства акторов ОМС в органах управления этой системой, то есть продекларировано, что ОМС осуществляется с использованием механизмов общественного регулирования. Но если ранее в положениях о ТФОМС было указано, представители каких организаций входят в состав их правлений, то новый закон не предусматривал никаких конкретных требований к составу правления ТФОМС. Он определяется руководителем субъекта РФ.

Закон 2010 года усилил централизацию государственного управления системой ОМС. Изменения роли общественных механизмов оказались неоднозначными, и скорее можно говорить о ее фактическом сокращении.

Гражданам дали возможность самостоятельного прямого выбора страховой медицинской организации. Это можно рассматривать как шаг в сторону внедрения рыночных механизмов в систему ОМС.

Покупка/оплата медицинской помощи. Функционал покупателя медицинской помощи в системе ОМС был распределен между создаваемой в каждом регионе комиссией по разработке территориальной программы ОМС (далее — комиссия) и страховыми медицинскими организациями. Комиссия формально отделена от регионального органа управления здравоохранением. В нее на паритетной основе должны были входить представители регионального органа исполнительной власти, ТФОМС, страховых медицинских организаций, медицинских организаций, профессиональных союзов медицинских работников. Но возглавляли такие комиссии, как правило, руководители органов управления здравоохранением субъектов РФ, и работа комиссий, принимающих решения о распределении и перераспределении объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, фактически контролируется этими органами. Институт комиссии воплощает сочетание элементов государственного регулирования и общественного регулирования, осуществляемого субъектами самой ОМС.

Новая модель ОМС предусматривала усиление экономической заинтересованности страховых медицинских организаций в выполнении отведенной им роли в финансировании медицинской помощи: были увеличены размеры отчислений от сумм штрафов, которые страховые медицинские организации налагают на медицинские организации за нарушения в оказании медицинской помощи застрахованным, а также предусмотрена возможность аккумулирования на их счетах 10% сэкономленных средств, выделенных на оплату медицинской помощи, по итогам эффективной деятельности. Эти изменения представляют собой попытку развития механизмов рыночного регулирования.

Следует также отметить ограничение полномочий ФОМС в регулировании системы ОМС. Полномочия утверждения типовых правил ОМС были переданы федеральному органу управления здравоохранением. Ранее это делал ФОМС, которому теперь разрешалось издавать нормативные правовые акты и методические указания, конкретизирующие эти правила.

Таким образом, Закон 2010 года обусловил усиление централизации в государственном регулировании системы ОМС при незначительном развитии общественных и рыночных механизмов регулирования.

5. Изменения в системе ОМС, 2015–2021 годы

Предусмотренная новым законом реформа системы ОМС была проведена в 2011–2014 годах. Она стала ответом на проблемы, с которыми столкнулась система финансирования здравоохранения, созданная в 1990-е годы. В результате этой реформы были решены проблемы сбора и перераспределения средств ОМС. Аккумуляция страховых взносов на ОМС на федеральном уровне способствовало стабилизации поступления доходов в систему ОМС и сократило различия в подушевых величинах государственного финансирования медицинской помощи гражданам в различных субъектах Российской Федерации. Возросшие в связи с увеличением размеров этих взносов доходы системы ОМС обеспечили возможность перехода с 2015 года на одноканальное финансирование (из средств ОМС) медицинских организаций и на «полный тариф» для оплаты медицинской помощи гражданам. Были также расширены возможности выбора гражданами медицинских организаций.

Вместе с тем внедрение новой модели ОМС породило ряд новых проблем в финансировании медицинских организаций. Усиление экономических стимулов для страховых медицинских организаций к проведению контроля за предоставлением медицинской помощи застрахованным привело не к тем результатам, которые ожидали от этого нововведения. Страховые медицинские организации действительно увеличили свою активность в выполнении такого контроля, но приоритет они отдавали выявлению нарушений, связанных с оформлением документации на оплату медицинской помощи. Так, в 2015 году сумма санкций за указанные нарушения составила 82% общей суммы санкций, предъявленных страховщиками медицинским организациям⁴. Эти санкции не оказывали влияния на качество медицинской помощи застрахо-

⁴ Письмо Федерального фонда обязательного медицинского страхования «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации за 2015 год» от 29.06.2016 № 5820/30-3/и. <http://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=666533#NmJFtUT0szauIOAR1>.

ванным и выполняли вспомогательную роль в обеспечении движения финансовых потоков в системе ОМС.

Реакцией на эту проблему стала не дальнейшая спецификация механизма стимулирования страховых медицинских организаций и правил осуществления ими контроля за работой медицинских организаций, а ограничение действия этого механизма. С 2016 года сужен круг штрафных санкций, отчисления от сумм которых страховые медицинские организации могут включить в свой доход, и уменьшены размеры таких отчислений⁵. А в 2020 году было отменено правило, разрешающее страховым медицинским организациям зачислять в свой доход 10% средств, сэкономленных благодаря эффективному выполнению функции покупки медицинской помощи⁶. У страховых медицинских организаций больше нет стимулов к экономии средств ОМС путем содействия медицинским организациям в изменении структуры их деятельности (сокращении объемов дорогостоящей стационарной помощи и развитии амбулаторно-поликлинической помощи, частично замещающей стационарную помощь, и т. д.).

Расширение базовой программы ОМС, включение в нее ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи, ранее финансируемых из бюджетной системы, породило новые проблемы в финансировании ведущих поставщиков этих видов медицинской помощи — федеральных медицинских учреждений. Ранее они получали средства на свою деятельность из федерального бюджета, а в роли покупателя их услуг выступало федеральное министерство здравоохранения. С 2015 года источником финансирования ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи стал не федеральный бюджет, а средства ТФОМС. Функции покупателя стали выполнять указанные комиссии и страховые медицинские организации. Предполагалось, что это создаст условия для эффективного использования потенциала федеральных учреждений и рационального распределения объемов оплачиваемой высокотехнологичной медицинской помощи между федеральными и региональными медицинскими организациями, способными оказывать такие же виды помощи. Но новые покупатели, получив такие права, не спешили выделять средства на покупку услуг федеральных медицинских учреждений, а отдавали предпочтение своим региональным медицинским организациям. Выбор определялся

⁵ Федеральный закон «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 30.12.2015 № 432-ФЗ. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191478/.

⁶ Федеральный закон «О признании утратившим силу пункта 5 части 4 статьи 28 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 28.01.2020 № 3-ФЗ. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_343990/.

не сравнением качества оказываемой помощи, а соображениями поддержания работы в первую очередь учреждений, которые находились в собственности регионов. Федеральные учреждения стали испытывать недостаток средств для сохранения сложившихся ранее объемов их деятельности и содержания персонала.

Для решения этой проблемы прибегли к усилению механизмов централизованного государственного регулирования. С 2021 года полномочия оплаты указанных видов высокотехнологичной медицинской помощи переданы ФОМС, который сам, без участия страховых медицинских организаций, заключает договоры с федеральными медицинскими учреждениями на ее оказание. Полномочия определения объемов оплачиваемой высокотехнологичной медицинской помощи для каждого федерального медицинского учреждения и размеров такой оплаты возвращены федеральному министерству здравоохранения, как это было до реформы⁷. Таким образом, в системе ОМС для выполнения функции закупки в определенном сегменте медицинской помощи (высокотехнологичная медицинская помощь, включенная в базовую программу ОМС) используется механизм, фактически представляющий собой элемент системы бюджетного финансирования.

Важно отметить еще одно изменение в регулировании системы ОМС. С 2021 года ФОМС лишился последних полномочий самостоятельного утверждения правил деятельности субъектов ОМС. Теперь это могут делать только органы государственной власти. Пространство для установления самой системой ОМС правил регулирования деятельности ее субъектов исчезло.

6. Дискуссия

В начале 1990-х годов российское государство продекларировало курс на создание конкурентной модели ОМС. Система ОМС была создана, но внедрение конкурентной модели, по сути, ограничилось включением множества частных страховщиков. Не были созданы институты, необходимые для развития конкуренции между ними и конкуренции между поставщиками медицинских услуг. Российская модель ОМС не предусматривала возможностей для страховщиков дополнять страховые программы и конкурировать друг с другом по их составу, размеру страхового взноса и набору медицинских организаций, в которых застрахованные у этого страховщика могли получить медицинскую помощь. Между тем такие возможности имелись в конкурентных

⁷ Федеральный закон «О внесении изменений в Федеральный закон “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”» от 08.12.2020 № 430-ФЗ. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001202012080105>.

моделях ОМС в западных странах: Германии, Израиле, Нидерландах, Швейцарии [Шейман, 2018]. Страховые медицинские организации не получили полноценных прав покупателя медицинской помощи; они не имели возможности самостоятельно выстраивать селективные договорные отношения с медицинскими организациями — договариваться с ними об объемах оплачиваемой медицинской помощи застрахованным с учетом ее качества.

Причины такого дизайна ОМС заключались в сложности решения задачи построения конкурентной модели в короткий период имевшегося окна возможностей для проведения масштабных реформ в социальной сфере. Такие возможности существовали в 1991–1993 годах — в начале переходного периода от плановой к рыночной экономике в России. Внедрение ОМС лоббировалось Министерством здравоохранения и лидерами медицинского сообщества. Стремление не упустить возможности получения нового источника финансирования отрасли — взносов на ОМС — побудило инициаторов реформы изменить внедряемую модель ОМС, с тем чтобы ввести новую систему финансирования в 1993 году. Целый ряд механизмов рыночного и общественного регулирования, внедрение которых не привело к ожидаемым результатам или не было проведено в полном объеме во всех субъектах РФ, заменили институтами государственного регулирования. Но в организации этого регулирования выявились значительные изъяны. Именно для их устранения в 2010–2014 годах проводилась модернизация системы ОМС, главным содержанием которой явилось усиление централизованного государственного управления этой системой. Но при этом была также сделана попытка активизации остававшихся механизмов рыночного регулирования. Это привело к новым проблемам, решение которых стали искать не на пути коррекции внедренных элементов рыночного регулирования, а посредством ограничения их действия.

Эволюция российской системы ОМС показывает, что попытки внедрения новых механизмов, отличных от привычных институтов административного управления системой здравоохранения, заканчиваются полным или частичным замещением элементов общественного и рыночного регулирования централизованным государственным управлением.

Доминирующая роль государства отличает российскую модель от систем ОМС в Западной Европе, в которых ведущую роль играет общественное (социетальное) регулирование [Hassenteufel, Palier, 2007; Social Health Insurance., 2004]. Особенности созданной в России системы ОМС породили даже утверждения некоторых авторов, что она фактически является бюджетной моделью финансирования [Назаров и др., 2019]. Однако такая оценка представляется необоснованной. Российская система ОМС является системой финанси-

рования медицинской помощи, четко обособленной от бюджетной системы в части выполнения функций формирования и объединения/распределения финансовых средств. Что же касается функции покупки/оплаты медицинской помощи, то здесь решающую роль играют органы государственного управления здравоохранением. В части выполнения этой функции созданную в России систему ОМС можно квалифицировать как гибридную, сочетающую элементы страховой и бюджетной систем [Шишкин, 2022].

Дизайн созданной в итоге в России системы ОМС характеризуется следующим институциональным противоречием: она сохраняет элементы (страховые медицинские организации, их функционал, механизмы их взаимодействия с ТФОМС и медицинскими организациями), обусловленные исходной ориентацией на построение конкурентной модели ОМС с высокой ролью рыночного регулирования, а функционирует эта система не как конкурентная: в ней абсолютно доминирует государственное регулирование, и роль страховых медицинских организаций в обеспечении эффективного использования средств ОМС неочевидна.

Оценка результативности функционирования такой модели ОМС не входит в задачи настоящей статьи. Детальный анализ этого предмета содержится в двух недавних публикациях [Отчет о результатах..., 2021; Шишкин и др., 2019]. В них показано, что российская система ОМС повлияла на улучшение финансового обеспечения отрасли и уменьшение межрегиональных различий в размерах государственного финансирования здравоохранения. Система ОМС внесла свой вклад в развитие экономических методов управления здравоохранением, повышение его структурной эффективности. Были созданы условия для расширения возможностей выбора медицинских организаций, а также получения гражданами медицинской помощи вне места их постоянного жительства.

Что же касается страховых медицинских организаций, то они играют определенную позитивную роль в системе ОМС. Они экономически заинтересованы в осуществлении контроля за предоставлением медицинской помощи застрахованным, этот интерес не совпадает с интересами медицинских организаций и органов государственного управления ими. Поэтому такой контроль является сдерживающим фактором нарушений прав пациентов.

Вместе с тем сложившаяся в России система ОМС характеризуется недостаточной финансовой устойчивостью и недостаточной эффективностью [Отчет о результатах..., 2021]. Среди главных ее проблем можно выделить:

- нестабильность финансового обеспечения гарантий оказания медицинской помощи застрахованным;

- отсутствие или очень слабую мотивацию участников системы ОМС к повышению эффективности использования ее финансовых средств и ресурсов системы здравоохранения;
- наличие барьеров для конкуренции между страховщиками и конкуренции между поставщиками медицинских услуг, в том числе барьеров для участия в ОМС частных медицинских организаций;
- порождаемые существующими механизмами покупки/оплаты медицинской помощи высокие риски неэффективного распределения средств ОМС между медицинскими организациями;
- «мягкая» тарифная политика: правила установления тарифов на медицинскую помощь в системе ОМС благоприятствуют их индивидуализации для разных медицинских организаций и обуславливают их значительную межрегиональную и внутрирегиональную дифференциацию для одинаковых медицинских услуг [Отчет о результатах..., 2021; Шишкин, Понкратова, 2021], что способствует сохранению неэффективных способов организации медицинской помощи застрахованным.

7. Перспективы дальнейшего развития системы ОМС

Развитие российской системы ОМС требует разрешения ключевого институционального противоречия ее дизайна, и дилемма состоит в следующем: (а) продолжить замещение остающихся элементов рыночного и общественного регулирования административным управлением и только за счет последнего обеспечить повышение устойчивости и эффективности ОМС или (б) попытаться усилить рыночные и общественные механизмы в системе ОМС и, в частности, роль страховых медицинских организаций и тем самым повысить их влияние на эффективность ее функционирования.

В зависимости от выбора можно говорить о двух возможных сценариях дальнейшего развития ОМС в России.

Сценарий «Упрощение» включает демонтаж части институтов системы ОМС. Страховые медицинские компании выводятся из нее, или в лучшем случае им оставляют функции выдачи полисов ОМС, информационного сопровождения застрахованных лиц и защиты их прав. Функции покупателя медицинской помощи в системе ОМС передаются территориальным фондам ОМС. Усиливается их административное подчинение Федеральному фонду ОМС и Министерству здравоохранения России. Обособленность системы ОМС от системы бюджетного финансирования здраво-

охранения остается практически лишь в части формирования средств ОМС. Выполнение функций объединения средств и покупки/оплаты медицинской помощи будет находиться под полным административным контролем федерального и региональных органов управления здравоохранением.

Сценарий «Преобразование» предусматривает, что в системе ОМС проводится сбалансированное развитие механизмов как государственного, так и общественного и рыночного регулирования, которые должны обеспечить:

- четкость и прозрачность правил распределения объемов медицинской помощи между медицинскими организациями;
- развитие конкуренции за пациентов между медицинскими организациями разных форм собственности в тех населенных пунктах и сегментах оказания медицинской помощи, где это возможно;
- создание механизма разделения между субъектами системы ОМС (ТФОМС, страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями) финансовых рисков, связанных с оплатой медицинской помощи застрахованным (рисков превышения плановых объемов медицинской помощи);
- увеличение возможностей для конкуренции между страховыми медицинскими организациями в системе ОМС, в том числе разрешение расширять страховое покрытие сверх базовой программы ОМС за счет дополнительных взносов застрахованных.

Эти преобразования обеспечат изменение направленности экономических интересов страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сторону повышения доступности и качества медицинской помощи.

Первый сценарий развития системы финансирования здравоохранения в нашей стране более вероятен. Его реализация даст небольшую экономию расходов на управление системой ОМС, успокоит часть медицинской общественности, которая проблемы российского здравоохранения сводит к проблемам взаимодействия медицинских организаций со страховыми медицинскими организациями. Но демонтаж системы ОМС окажет сильное сдерживающее влияние на эффективность использования государственных средств в российском здравоохранении.

Реализация второго сценария создаст условия для устойчивого роста эффективности использования средств ОМС и увеличения ее вклада в эффективное функционирование всей системы

здравоохранения. Но для этого потребуется последовательная государственная политика развития механизмов регулирования, альтернативных административному управлению здравоохранением.

Заключение

Продекларированное в период либерального романтизма создание в России конкурентной модели ОМС столкнулось с практическими трудностями в условиях несформированных рыночных институтов в экономике в целом и небольшого по времени окна возможностей для проведения рыночных реформ в социальной сфере. Это обусловило изменение дизайна модели ОМС, замену несозданных институтов рыночного и общественного регулирования институтами государственного управления. Последующая эволюция российской системы ОМС показывает, что она прошла путь почти полного замещения институтами государственного управления элементов рыночного и общественного регулирования.

Проведенный анализ эволюции российской системы ОМС позволяет сформулировать уроки для будущих реформ в нашей стране и для стран, рассматривающих возможности замещения своих бюджетных систем финансирования здравоохранения страховыми системами.

1. Дизайн системы ОМС, включая охват контингентов застрахованных и гарантируемых им видов медицинской помощи, должен строго соответствовать планируемым размерам ее доходов.
2. Создание конкурентной модели ОМС не обеспечивается автоматически включением в систему финансирования множества покупателей и разрешением заключать селективные контракты с поставщиками медицинской помощи, а требует создания институтов выбора состава страховых программ, размера страхового взноса, состава поставщиков медицинских услуг и объемов медицинской помощи, которые будут оплачены каждому из них.
3. Дизайн создаваемой или модернизируемой системы ОМС следует выбирать таким, чтобы новые институты финансирования можно было ввести в период окна возможностей реформирования здравоохранения. Это требует реалистичной оценки временных размеров такого окна возможностей и способности государства в это время разработать новые правила финансирования, принять соответствующее законодательство и внедрить эти правила в практику.

4. Реализация потенциала влияния механизмов общественного и рыночного регулирования на эффективность функционирования системы финансирования здравоохранения требует внимательного анализа проблем, неизбежно возникающих в процессе и в результате их внедрения, и длительной отладки новых механизмов.
5. При возникновении проблем с финансовой устойчивостью и эффективностью внедряемых систем ОМС нужно ясное понимание того, что государство будет склонно решать возникающие проблемы путем замены или дополнения институтов общественного и рыночного регулирования системы ОМС институтами ее государственного регулирования. Такие решения способны привести к позитивным результатам в краткосрочном периоде, но влияние их на повышение эффективности системы ОМС в более длительной перспективе может оказаться сдерживающим.

Литература

1. Герасименко Н. Блеск и нищета медицинского страхования в России // Экономика здравоохранения. 1996. Специальный выпуск. С. 2–3.
2. Гонтмахер Е. Ш. Охрана здоровья: мировые тенденции и опыт России // Социальный контекст экономического развития в XXI веке / Отв. ред. Е. Ш. Гонтмахер, И. В. Гришин, И. П. Цапенко. М.: ИМЭМО РАН, 2016. С. 78–92. <https://www.imemo.ru/publications/info/sotsialnyiy-kontekst-ekonomicheskogo-razvitiya-v-xxi-veke>.
3. Жаркович Г., Затцингер В., Милк А., Джон Ю., Гришин В. В., Семенов В. Ю. Вопросы политики в области здравоохранения в бывших социалистических странах. Стратегии улучшения систем здравоохранения в бывших социалистических странах. М.: Федеральный фонд ОМС, 1998.
4. Кравченко В. В., Шаталин Е. В. Итоги реформирования системы ОМС в 2010–2013 гг. Анализ недостатков существующей системы ОМС // Менеджер здравоохранения. 2014. № 3. С. 6–19. <https://cyberleninka.ru/article/n/itogi-reformirovaniya-sistemy-oms-v-2010-2013-gg-analiz-nedostatkov-suschestvuyushey-sistemy-oms>.
5. Кузнецов Д. ОМС на перепутье: 30 лет спустя // Современные страховые технологии. 2021. № 3. <https://consult-cct.ru/strahovanie/oms-na-pereput-e-30-let-spustya.html>.
6. Назаров В. С., Авксентьев Н. А., Сисигина Н. Н. Основные направления развития системы здравоохранения России: тренды, разработки, сценарии. М.: Дело, 2019.
7. Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы / Под ред. Ю. М. Комарова. М.: Комитет гражданских инициатив, 2013.
8. Отчет о результатах экспертно-аналитического мероприятия «Анализ эффективности функционирования системы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации». М.: Счетная палата Российской Федерации, 2021. <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vp04vyii4ppk4fxcx.pdf>.
9. Семенов В. Ю. Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом // Экономика здравоохранения. 1996. № 4. С. 8–15.
10. Стародубов В. И. О проблемах введения медицинского страхования граждан в России // Медицинское страхование. 1992. № 1. С. 7–9.
11. Стародубов В. И., Кадыров Ф. Н., Обухова О. В., Базарова И. Н., Ендовицкая Ю. В., Несветайло Н. Я. Влияние коронавируса COVID-19 на ситуацию в российском здра-

- вохранении: аналитический доклад. М.: ЦНИИОИЗ, 2020. https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_cniioiz_po_COVID-19-2020_04_26.pdf.
12. Шейман И. М. Квазирыночные отношения в системе общественного здравоохранения // Экономика здравоохранения / Под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина. 2-е изд. М.: Гэотар-Медиа, 2018. С. 337–357.
 13. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения М.: Русь, 1998.
 14. Шишкин С. В. Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: Институт экономики переходного периода, 2000.
 15. Шишкин С. В. Является ли страховой российской системой обязательного медицинского страхования? // Вопросы экономики. 2022. № 8. С. 32–47.
 16. Шишкин С. В., Понкратова О. Ф. Территориальная дифференциация тарифов на оплату медицинской помощи в ОМС // Вопросы государственного и муниципального управления. 2021. № 1. С. 75–99.
 17. Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития. М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2019. <https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/direct/266095696.pdf>.
 18. Alexa J., Rečka L., Votápková J., Van Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F. Czech Republic: Health System Review // Health Systems in Transition. 2015. Vol. 17. No 1.
 19. Besstremyannaya G., Simm J. The Impact of Private Health Insurers on the Quality of Russian Regional Health Systems. Center for Economic and Financial Research at New Economic School. Working Paper No 177. 2012.
 20. Busse R., Blümel M. Germany: Health System Review // Health Systems in Transition. 2014. Vol. 16. No 2.
 21. Danishevski K., Balabanova D., McKee M., Atkinson S. The Fragmentary Federation: Experiences With the Decentralized Health System in Russia // Health Policy and Planning. 2006. Vol. 21. No 3. P. 183–194.
 22. De Jong J., Brabers A. Switching Health Insurer in the Netherlands: Price Competition but Lacking Competition on Quality // Eurohealth. 2019. Vol. 25. No 4. P. 22–25.
 23. Dixon A., Pfaff M., Hermesse J. Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries // Social Health Insurance Systems in Western Europe / Ed. by R. B. Saltman, R. Busse, J. Figueras. Maidenhead: Open University Press, 2004. P. 170–186. https://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf.
 24. Hassenteufel P., Palier B. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems // Social Policy & Administration. 2007. Vol. 41. No 6. P. 574–596.
 25. Health Care Systems in Transition. Switzerland. European Observatory on Health Systems and Policies, 2000.
 26. Implementing Health Financing Reform. Lessons From Countries in Transition / Ed. by J. Kutzin, Ch. Cashin, M. Jakab. World Health Organization. Regional Office for Europe. Observatory Studies Series. 2010. No 21.
 27. Kroneman M., Boerma W., Van den Berg M., Groenewegen P., De Jong J., Van Ginneken E. The Netherlands: Health System Review // Health Systems in Transition. 2016. Vol. 18. No 2.
 28. Kutzin J. A. Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements // Health Policy. 2001. Vol. 56. No 3. P. 171–204.
 29. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. Russian Federation: Health System Review // Health Systems in Transition. 2011. Vol. 13. No 7.
 30. Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J., Van Ginneken E. United States of America: Health System Review // Health Systems in Transition. 2020. Vol. 22. No 4.
 31. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. Israel: Health System Review // Health Systems in Transition. 2015. Vol. 17. No 6.
 32. Rothgang H., Cacace M., Frisina L., Grimmeisen S., Schmid A., Wendt C. The State and Healthcare: Comparing OECD Countries. London: Palgrave Macmillan, 2010.
 33. Rothgang H., Cacace M., Grimmeisen S., Wendt C. The Changing Role of the State in Healthcare Systems // European Review. 2005. Vol. 13. No 1. P. 187–212.

34. Sheiman I. Forming the System of Health Insurance in the Russian Federation // *Social Science and Medicine*. 1994. Vol. 39. No 10. P. 1425–1432.
35. Social Health Insurance Systems in Western Europe / R. B. Saltman, R. Busse, J. Figueras (eds.). Maidenhead: Open University Press, 2004.
36. Twigg J. L. Russian Health Care Reform at the Regional Level: Status and Impact // *Post-Soviet Geography and Economics*. 2001. Vol. 42. No 3. P. 202–219.
37. Van de Ven W., Beck K., Buchner F., Schokkaert E., Schut F. T. E., Shmueli A., Wasem Yu. Preconditions for Efficiency and Affordability in Competitive Health Markets: Are They Fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? // *Health Policy*. 2013. Vol. 109. No 3. P. 226–245.
38. Van Ginneken E., Waitzberg R., Barnes A., Quentin W., Smatana M., Rice T. Choosing Pay-ers: Can Insurance Competition Strengthen Person-Centred Care? // *Achieving Person-Centred Health Systems. Evidence, Strategies and Challenges*. WHO Observatory on Health Systems and Health Reforms / E. Nolte, S. Merkur, A. Anell (eds.). Cambridge: Cambridge University Press, 2020. P. 229–258.
39. Xu W., Sheiman I., Van de Ven W., Zhang W. Prospects for Regulated Competition in the Health Care System: What Can China Learn From Russia's Experience? // *Health Policy and Planning*. 2011. Vol. 26 No 3. P. 199–209.

References

1. Gerasimenko N. Blesk i nishcheta meditsinskogo strakhovaniya v Rossii [The Splendor and Poverty of Health Insurance in Russia]. *Ekonomika zdavookhraneniya [Healthcare Economics]*, 1996, special issue, pp. 2–3. (In Russ.)
2. Gontmakher E. Sh. Okhrana zdorov'ya: mirovye tendentsii i opyt Rossii [Health Protection: World Trends and the Experience of Russia]. In: Gontmakher E. Sh., Grishin I. V., Tsapenko I. P. (eds.). *Sotsial'nyy kontekst ekonomicheskogo razvitiya v XXI veke [Social Context of Economic Development in the 21st Century]*. Moscow, IMEMO RAN, 2016, pp. 78–92. <https://www.imemo.ru/publications/info/sotsialnyiy-kontekst-ekonomicheskogo-razvitiya-v-xxi-veke>. (In Russ.)
3. Zharkovich G., Zattsinger V., Milk A., John U., Grishin V. V., Semenov V. Yu. *Voprosy politiki v oblasti zdavookhraneniya v byvshikh sotsialisticheskikh stranakh. Strategii uluchsheniya sistem zdavookhraneniya v byvshikh sotsialisticheskikh stranakh [Health Policy Issues in Former Socialist Countries. Strategies for Improving Healthcare Systems in Former Socialist Countries]*. Moscow, Federal Fund for CHI, 1998. (In Russ.)
4. Kravchenko V. V., Shatalin Ye. V. Itogi reformirovaniya sistemy OMS v 2010–2013 gg. Analiz nedostatkov sushchestvuyushchey sistemy OMS [Outcomes of Reforming the CHI System in 2010–2013. Analysis of the Shortcomings of the Existing CHI system]. *Menedzher zdavookhraneniya [Health Manager]*, 2014, no. 3, pp. 6–19. <https://cyberleninka.ru/article/n/itogi-reformirovaniya-sistemy-oms-v-2010-2013-gg-analiz-nedostatkov-suschestvuyushchey-sistemy-oms>. (In Russ.)
5. Kuznetsov D. OMS na pereput'e: 30 let spustya [CHI at a Crossroad: 30 Years Later]. *Sovremennye strakhovyye tekhnologii [Modern Insurance Technologies]*, 2021, no. 3. <https://consult-cct.ru/strahovanie/oms-na-pereput-e-30-let-spustya.html>. (In Russ.)
6. Nazarov V. S., Avksentiev N. A., Sisigina N. N. *Osnovnye napravleniya razvitiya sistemy zdavookhraneniya Rossii: trendy, razvilki, stsenarii [The Main Directions of Development of the Healthcare System in Russia: Trends, Choices, Scenarios]*. Moscow, Delo, 2019. (In Russ.)
7. Komarov Yu. M. (ed.). *Osnovnye polozheniya strategii okhrany zdorov'ya naseleniya RF na period 2013–2020 gg. i posleduyushchie gody [The Main Provisions of the Strategy for Protecting the Health of the Population of the Russian Federation for the Period 2013–2020 and Subsequent Years]*. Moscow, Civil Initiatives Committee, 2013. <https://polit.ru/media/files/2013/12/25/81c8aa58d07e0615f49bd9778e4d0a34.pdf>. (In Russ.)
8. *Otchet o rezul'tatakh ekspertno-analiticheskogo meropriyatiya "Analiz effektivnosti funktsionirovaniya sistemy obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya v Rossiyskoy Federatsii"*

- [Report on the Results of the Expert-Analytical Event "Analysis of the Effectiveness of the Functioning of the System of Compulsory Medical Insurance in the Russian Federation"]. Moscow, Accounts Chamber of the Russian Federation, 2021. <https://ach.gov.ru/upload/iblock/432/wjvi2beix796z4vpn04vyii4ppk4fxcr.pdf>. (In Russ.)
9. Semenov V. Yu. Obyazatel'noe meditsinskoe strakhovanie i reformirovanie zdravookhraneniya v Rossii i za rubezhom [Compulsory Health Insurance and Healthcare Reform in Russia and Abroad]. *Ekonomika zdravookhraneniya [Healthcare Economics]*, 1996, no. 4, pp. 8-15. (In Russ.)
 10. Starodubov V. I. O problemakh vvedeniya meditsinskogo strakhovaniya grazhdan v Rossii [On the Problems of Introducing Health Insurance for Citizens in Russia]. *Meditsinskoe strakhovanie [Health Insurance]*, 1992, no. 1, pp. 7-9. (In Russ.)
 11. Starodubov V. I., Kadyrov F. N., Obukhova O. V., Bazarova I. N., Yendovitskaya Yu. V., Nesvetaylo N. Ya. Vliyaniye koronavirusa COVID-19 na situatsiyu v rossiyskom zdravookhranении: analiticheskiy doklad [The Impact of the COVID-19 Coronavirus on the Situation in Russian Healthcare: Analytical Report]. Moscow, Russian Research Institute of Health, 2020. https://mednet.ru/images/materials/news/doklad_cniioiz_po_COVID-19-2020_04_26.pdf. (In Russ.)
 12. Sheiman I. M. Kvazirynochnye otnosheniya v sisteme obshchestvennogo zdravookhraneniya [Quasi-Market Relations in the Public Health System]. In: Kolosnitsyna M. G., Sheiman I. M., Shishkin S. V. (eds.). *Ekonomika zdravookhraneniya [Economics of Healthcare]*, 2nd ed. Moscow, Geotar-Media, 2018, pp. 337-357. (In Russ.)
 13. Sheiman I. M. Reforma upravleniya i finansirovaniya zdravookhraneniya [Healthcare Management and Financing Reform]. Moscow, Rus', 1998. (In Russ.)
 14. Shishkin S. V. Reforma finansirovaniya rossiyskogo zdravookhraneniya [Reform of Russian Healthcare Financing]. Moscow, Institute for the Economy in Transition, 2000. (In Russ.)
 15. Shishkin S. V. Yavlyaetsya li strakhovoy rossiyskaya sistema obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya? [Is the Russian System of Compulsory Health Insurance a Form of Insurance?]. *Voprosy ekonomiki*, 2022, no. 8, pp. 32-47. (In Russ.)
 16. Shishkin S. V., Ponkratova O. F. Territorial'naya differentsiatsiya tarifov na oplatu meditsinskoy pomoshchi v OMS [Territorial Differentiation of Tariffs for Payment of Medical Care in Compulsory Medical Insurance]. *Voprosy gosudarstvennogo i munitsipal'nogo upravleniya [Public Administration Issues]*, 2021, no. 1, pp. 75-99. (In Russ.)
 17. Shishkin S. V., Sheiman I. M., Potapchik E. G., Ponkratova O. F. Analiz sostoyaniya strakhovoy meditsiny v Rossii i perspektiv ee razvitiya [Analysis of the State of Health Insurance in Russia and the Prospects for Its Development]. Moscow, HSE Publishing House, 2019. <https://publications.hse.ru/books/266095705>. (In Russ.)
 18. Alexa J., Rečka L., Votápková J., Van Ginneken E., Spranger A., Wittenbecher F. Czech Republic: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2015, vol. 17, no. 1.
 19. Besstremyannaya G., Simm J. The Impact of Private Health Insurers on the Quality of Russian Regional Health Systems. *Center for Economic and Financial Research at New Economic School*. Working Paper, no. 177, 2012.
 20. Busse R., Blümel M. Germany: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2014, vol. 16, no. 2
 21. Danishevski K., Balabanova D., McKee M., Atkinson S. The Fragmentary Federation: Experiences With the Decentralized Health System in Russia. *Health Policy and Planning*. 2006, vol. 21, no. 3, pp. 183-194.
 22. De Jong J., Brabers A. Switching Health Insurer in the Netherlands: Price Competition But Lacking Competition On Quality. *Eurohealth*, 2019, vol. 25, no. 4, pp. 22-25.
 23. Dixon A., Pfaff M., Hermesse J. Solidarity and Competition in Social Health Insurance Countries. In: Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (eds.). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004, pp. 170-186. https://www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf.
 24. Hassenteufel P., Palier B. Towards Neo-Bismarckian Health Care States? Comparing Health Insurance Reforms in Bismarckian Welfare Systems. *Social Policy & Administration*, 2007, vol. 41, no. 6, pp. 574-596.

25. *Health Care Systems in Transition. Switzerland*. European Observatory on Health Systems and Policies, 2000.
26. Kutzin J., Cashin Ch., Jakab M. (eds.). *Implementing Health Financing Reform. Lessons From Countries in Transition*. World Health Organization, Regional Office for Europe. *Observatory Studies Series*, 2010, No 21.
27. Kroneman M., Boerma W., Van den Berg M., Groenewegen P., De Jong J., Van Ginneken E. The Netherlands: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2016, vol. 18, no. 2.
28. Kutzin J. A. Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements. *Health Policy*, 2001, vol. 56, no. 3, pp. 171-204.
29. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., and Mathivet B. Russian Federation: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2011, vol. 13, no. 7.
30. Rice T., Rosenau P., Unruh L. Y., Barnes A. J., Van Ginneken E. United States of America: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2020, vol. 22, no. 4.
31. Rosen B., Waitzberg R., Merkur S. Israel: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 2015, vol. 17, no. 6.
32. Rothgang H., Cacace M., Frisina L., Grimmeisen S., Schmid A., Wendt C. *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*. London, Palgrave Macmillan, 2010.
33. Rothgang H., Cacace M., Grimmeisen S., Wendt C. The Changing Role of the State in Healthcare Systems. *European Review*, 2005, vol. 13, no. 1, pp. 187-212.
34. Sheiman I. Forming the System of Health Insurance in the Russian Federation. *Social Science and Medicine*, 1994, vol. 39, no. 10, pp. 1425-1432.
35. Saltman R. B., Busse R., Figueras J. (eds). *Social Health Insurance Systems in Western Europe*. Maidenhead, Open University Press, 2004.
36. Twigg J. L. Russian Health Care Reform at the Regional Level: Status and Impact. *Post-Soviet Geography and Economics*, 2001, vol. 42, no. 3, pp. 202-219.
37. Van de Ven W., Beck K., Buchner F., Schokkaert E., Schut F. T. E., Shmueli A., Wasem Yu. Preconditions for Efficiency and Affordability in Competitive Health Markets: Are They Fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy*, 2013, vol. 109, no. 3, pp. 226-245.
38. Van Ginneken E., Waitzberg R., Barnes A., Quentin W., Smatana M., Rice T. Choosing Payers: Can Insurance Competition Strengthen Person-Centred Care? In: Nolte E., Merkur S., Anell A. (eds.). *Achieving Person-Centred Health Systems. Evidence, Strategies and Challenges*. WHO Observatory on Health Systems and Health Reforms. Cambridge, Cambridge University Press, 2020, pp. 229-258.
39. Xu W., Sheiman I., Van de Ven W., Zhang W. Prospects for Regulated Competition in the Health Care System: What Can China Learn From Russia's Experience? *Health Policy and Planning*, 2011, vol. 26, no. 3, pp. 199-209.