

ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ НАРОДНЫМ ХОЗЯЙСТВОМ: СОЦИАЛЬНАЯ СФЕРА

УДК 368.9.06

Иванова Л. С.

К вопросу о взаимодействии систем обязательного и добровольного медицинского страхования в России в современных условиях

В статье проводится анализ финансирования и взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования до влияния кризиса и в условиях пандемии коронавируса. Дана оценка исполнения программы государственных гарантий в РФ в части медицинского обслуживания. Сделан вывод о необходимости более тесного взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования в современных условиях и предложены направления такой интеграции.

Ключевые слова: медицинское страхование, государственные гарантии, пандемия коронавируса, виды медицинского страхования, финансирование здравоохранения.

ГРНТИ: Экономика / Экономические науки 06.71.47 Экономика здравоохранения и социального обеспечения.

ВАК: 08.00.05

Ivanova L. S.

On the issue of interaction between the systems of compulsory and voluntary health insurance in Russia in modern conditions

The article analyses the financing and interaction of compulsory and voluntary health insurance systems before the impact of the crisis and in the context of the coronavirus pandemic. The implementation of the State Guarantee Programme in the Russian Federation with regard to medical care is assessed. It is concluded that the systems of compulsory and voluntary health insurance need to interact more closely in modern conditions and suggested directions for such integration.

Key words: health insurance, state guarantees, coronavirus pandemic, types of health insurance, healthcare financing.

JEL classifications: I 11, I 18

© Иванова Л. С., 2020

© Ivanova L. S., 2020

Средства на обязательное медицинское страхование в нашей стране поступают из государственных источников по территориальным программам государственных гарантий, которые каждый год утверждаются и реализуются всеми органами государственной власти субъектов РФ. Согласно нормам федерального закона № 326-ФЗ формирование и утверждение территориальных программ государственных гарантий осуществляется органами государственной власти субъектов РФ в соответствии с программой государственных гарантий, которая ежегодно утверждается Правительством РФ [1; 3; 4; 5]. Однако текущие оценки потребителей медицинских услуг [15], а тем более кризисные ситуации, указывают специалистам на определенные недостатки в данной сфере, проще говоря, на недостаточное финансирование [7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14]. Одновременно предприниматели, уплачивающие взносы на обязательное медицинское страхование, постоянно жалуются на «непосильную» налоговую нагрузку, что препятствует росту страховых тарифов обязательного государственного страхования всех видов. При этом абстрактный «пример развитых стран» постоянно муссируется, особенно неспециалистами, и предлагается как единственно возможный. Насколько же применим имеющийся мировой опыт организации финансирования медицинского страхования в России? И стоит ли возвращаться к этому вопросу?

В программе государственных гарантий [1; 2] установлены перечень видов, форм и условий медицинской помощи, которая осуществляется на бесплатной основе для жителей, список заболеваний и состояний, при которых осуществляется бесплатная медицинская помощь, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, а также средние нормативы объема и финансовых затрат на единицу объема предоставляемой медицинской помощи. По-

мимо этого, в программе установлены порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь, способы её оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по определению порядка и условий её предоставления.

Таким образом, ежегодно происходит актуализация нормативов оказания медицинской помощи.

Важно отметить, что в 2019 г. произошло расширение нормативных требований к объемам и финансовому обеспечению медицинской помощи по видам и условиям её оказания. Например, в рамках медицинской помощи в амбулаторных условиях были введены показатели средних нормативов на посещения при оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, включая посещения выездными патронажными бригадами (табл. 1 и 2, рассчитаны на основе [3; 4; 5]).

Таблица 1

Средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств соответствующих бюджетов по программам государственных гарантий 2017–2019 гг.

Вид и условия оказания	Единица измерения	Объем медицинской помощи на одного застрахованного, %		
		2017	2018	2019
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактической и иными целями	0,7	0,7	0,73
	Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи, в т.ч. на дому	-	-	0,008
	Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами	-	-	0,001
	Обращение по поводу заболевания	0,2	0,2	0,144

Продолжение табл. 1

Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	0,018	0,016	0,0146
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения	0,004	0,004	0,004
Паллиативная медицинская помощь	Койко-день	0,092	0,092	0,092

Таблица 2

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств соответствующих бюджетов по программам государственных гарантий 2017–2019 гг.

Вид и условия оказания	Единица измерения	Стоимость единицы объема медицинской помощи на одного застрахованного, р.		
		2017	2018	2019
Скорая медицинская помощь	Случай оказания медицинской помощи	-	-	6 111,3
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактической и иными целями	403,9	420,0	440,5
	Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи, в т.ч. на дому	-	-	396,0
	Посещение при оказании паллиативной медицинской помощи на дому выездными патронажными бригадами	-	-	1 980,0
	Обращение по поводу заболевания	1 171,6	1 217,9	1 277,3
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	69 276,8	72 081,3	75 560,8
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения	11 957,9	12 442,1	13 045,5
Паллиативная медицинская помощь	Койко-день	1 856,5	1 929,9	2 022,9

Следует отметить снижение значений нормативных показателей объемов медицинской помощи по обращениям по поводу заболевания

и специализированной медицинской помощи в стационарных условиях на 0,056 и 0,0034 пункта соответственно.

Анализ показателей нормативных объемов медицинской помощи позволяет определить динамику и выявить значительное расширение требований как к объемам медицинской помощи, так и к объему средних финансовых затрат на её обеспечение.

Объемы оказания медицинской помощи по программе государственных гарантий регламентировались установлением 14 средних нормативов объема медицинской помощи на одного жителя и одно застрахованное лицо в 2017 г. За два года объемы изменились и в 2019 г. регламентировались установлением 27 нормативов. Таким образом, число нормативных показателей, которые регламентируют объемы предоставляемой бесплатной медицинской помощи для населения по отдельным ее видам и условиях оказания, увеличилось практически в два раза за два года [3].

Стоит отметить, что наибольшее увеличение произошло в медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях: в 2019 г. дополнительно были введены показатели средних нормативов объемов и финансовых затрат на покрытие медицинской помощи на помещение при оказании паллиативной медицинской помощи, в том числе на дому, и посещения выездными патронажными бригадами. Помимо этого, в 2019 г. были введены нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи для случая оказания скорой медицинской помощи: 6,1 тыс. р. на единицу объема медицинской помощи для одного застрахованного (табл. 2).

За счет средств обязательного медицинского страхования, согласно программам государственных гарантий за 2019 г., были установлены средние нормативы объемов медицинской помощи и финансовых затрат на специализированную медицинскую помощь в стационарных

условиях, а именно по профилю «Онкология» и по медицинской реабилитации. Изменился расчет объемов медицинской помощи на одного застрахованного в случае медицинской реабилитации, т. е. объемы и финансовые затраты по этому нормативу с 2019 г. стали считаться не за день в стационарных условиях, а за случай госпитализации. Помимо этого, с 2019 г. предусмотрены нормативы по объемам и финансовым затратам на медицинскую помощь по профилю «Онкология» и на проведение экстракорпорального оплодотворения в условиях дневного стационара.

При анализе динамики значений нормативных показателей было выявлено, что ранее сохранялась тенденция по снижению нормативов объемов медицинской помощи при одновременном приросте нормативов финансовых затрат на оказание такой помощи. Однако сейчас можно отметить тенденцию по одновременному увеличению как объемов медицинской помощи, предоставляемой за счет средств ОМС, так и финансовых затрат на ее обеспечение. Об этом свидетельствуют данные табл. 3 и 4 (составлены по источникам [3; 4; 5]).

Таблица 3

Средние нормативы объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования по программам государственных гарантий 2017–2019 гг.

Вид и условия оказания	Единица измерения	Объем медицинской помощи на одного застрахованного, %		
		2017	2018	2019
1	2	3	4	5
Скорая медицинская помощь	Вызов	0,3	0,3	0,3
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактической и иными целями	2,35	2,35	2,88
	Посещение для проведения профилактического медицинского осмотра	-	-	0,79

Продолжение табл. 3

	Комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний	-	-	0,16
	Посещение в неотложной форме	0,56	0,56	0,56
	Обращение по поводу заболевания	1,98	1,98	1,77
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	0,018	0,17235	0,17443
	Случай госпитализации по профилю «Онкология»	-	-	0,0091
	Койко-день по профилю «Медицинская реабилитация»	0,39	0,48	-
	Случай госпитализации по медицинской реабилитации	-	-	0,004
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения	0,06	0,06	0,062
	Случай госпитализации по профилю «Онкология»	-	-	0,00631
	Случай экстракорпорального оплодотворения	-	-	0,0005

Таблица 4

Средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой за счет средств обязательного медицинского страхования по программам государственных гарантий 2017–2019 гг.

Вид и условия оказания	Единица измерения	Объем медицинской помощи на одного застрахованного, р.		
		2017	2018	2019
Скорая медицинская помощь	Вызов	1 819,5	2 224,6	2 314,0
Медицинская помощь в амбулаторных условиях	Посещение с профилактической и иными целями	376,2	452,5	473,8
	Посещение для проведения профилактического медицинского осмотра	-	-	1 021,5

Продолжение табл. 4

	Комплексное посещение для проведения диспансеризации, включающей профилактический медицинский осмотр и дополнительные методы обследований, в том числе в целях выявления онкологических заболеваний	-	-	11 885,6
	Посещение в неотложной форме	481,6	579,3	601,4
	Обращение по поводу заболевания	1 054	1 267,7	1 314,8
Специализированная медицинская помощь в стационарных условиях	Случай госпитализации	24 273,7	29 910,7	32 082,2
	Случай госпитализации по профилю «Онкология»	-	-	76 708,5
	Койко-день по профилю «Медицинская реабилитация»	1 654	2 326,4	-
	Случай госпитализации по медицинской реабилитации	-	-	34 656,6
Медицинская помощь в условиях дневного стационара	Случай лечения	13 640,7	14 619,5	19 266,1
	Случай госпитализации по профилю «Онкология»	-	-	70 586,6
	Случай экстракорпорального оплодотворения	-	-	113 907,5

Можно заметить, что некоторые статьи нормативов также сокращаются по объемам предоставляемой помощи, например, обращения за медицинской помощью в амбулаторных условиях по поводу заболевания, однако нормативы финансовых затрат на такое обращение выросли на 20 %.

В 2019 г. прирост среднего норматива объема специализированной медицинской помощи в стационарных условиях, а именно по случаю госпитализации, составил 1,2 % и сопровождался приростом среднего норматива финансовых затрат на этот вид медицинской помощи на 7,2 %.

Прирост средних нормативов объема медицинской помощи на посещение амбулатории с профилактическими и иными целями составил 22,5 % и сопровождался приростом нормативных значений средних финансовых затрат на 4,7 % за год. Норматив объема медицинской помощи не изменился с 2017 г., однако норматив финансовых затрат увеличился на 25,9 %.

Таким образом, в сфере обязательного медицинского страхования наблюдается *тенденция опережающего роста объемов финансового обеспечения по определенным видам и условиям оказания медицинской помощи.*

Темпы прироста описанных выше показателей свидетельствуют о значительном расширении ёмкости рынка в данном сегменте медицинского страхования.

Как видно из табл. 5 (составлена по источникам [3; 4; 5]), размеры средних подушевых нормативов финансирования увеличивались.

Таблица 5

Подушевые нормативы финансирования по программам государственных гарантий 2017–2019 гг.

Источник финансового обеспечения	В расчете	Средние подушевые нормативы финансирования, р.		
		2017	2018	2019
Бюджетные ассигнования соответствующих субъектов	на 1 жителя	3 488,6	3 488,6	3 488,6
Средства ОМС	на 1 застрахованное лицо	8 896	10 812,7	11 800,2

Стоит отметить, что не наблюдается изменений средних подушевых нормативов финансирования за счет бюджетных ассигнований соответствующих субъектов, этот норматив остался на прежнем месте в отличие от норматива из средств ОМС.

Формирование территориальных программ государственных гарантий, на основе анализа которых приведены данные, осуществляется в соответствии с постановлениями Правительства Российской Федерации, а именно № 1403 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.» от 19.12.2016 [12], № 1492 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и плановый период 2019 и 2020 гг.» от 08.12.2017 [11] и № 1506 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и плановый период 2020 и 2021 гг.» от 10.12.2018 [3].

На основании п. 2 каждого постановления Правительства РФ о программах государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи ежегодно Министерство здравоохранения РФ дает разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий, включая подходы к определению дифференцированных нормативов объемов медицинской помощи [3; 4; 5]. Также согласно п. 3 органам государственной власти субъектов РФ рекомендуется до 30 декабря каждого текущего года утвердить территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на следующий год и на плановый период последующих двух лет [3; 4; 5].

После проведенного анализа нормативных правовых актов субъектов РФ за 2017–2019 гг. по утверждению территориальных программ государственных гарантий нами был сделан вывод об их соответствии требованиям, установленным постановлениями Правительства РФ, а также методическим рекомендациям и разъяснениям Министерства здравоохранения РФ и ФОМС по определению объемов финансового

обеспечения территориальных программ. Однако стоит отметить следующие отклонения:

- сроков утверждения программ по некоторым субъектам РФ от рекомендованных в п. 3 постановлений Правительства РФ,
- установленных субъектами плановых объемов от требований определения объемов финансового обеспечения территориальных программ по источникам, видам и условиям оказания медицинской помощи.

Далее в табл. 6 представлены данные о сводной стоимости территориальных программ, сводная структура финансового обеспечения и динамика изменения объемов стоимости. Показатели были сформированы на основе анализа территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по субъектам Российской Федерации [3; 4; 5].

Таблица 6

Объем и структура финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий 2017–2019 гг. по источникам финансирования расходов

Показатель	2017		2018		2019	
	млрд р.	%	млрд р.	%	млрд р.	%
Сводная стоимость территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ	2 219,5	100	2 640,9	100	2 909,0	100
Средства консолидированных бюджетов субъектов РФ	574,9	25,9	688,5	26,1	763,3	26,2
Средства территориальных программ ОМС субъектов РФ	1 644,6	74,1	1 952,4	73,9	2 145,7	73,8

Как видим, сводная стоимость территориальных программ государственных гарантий субъектов РФ в 2019 г. составила 2909 млрд р. и увеличилась на 268,1 млрд р. по сравнению с предыдущим годом. Прирост за два года составил 31 %. Стоит отметить ежегодное снижение темпов прироста, в 2019 г. прирост по отношению к предыдущему году составил 10 %, а в 2018 г. – 18,9 %. Это, по мнению экспертов, объясняется тем, что наблюдается тенденция к снижению прироста величины средних подушевых нормативов финансирования по программам государственных гарантий из-за того, что за два года норматив финансирования за счет бюджетных ассигнований остался на прежнем уровне.

Объемы финансового обеспечения территориальных программ за счет средств консолидированных бюджетов субъектов РФ в 2019 г. увеличились на 10,8 %, а в 2018 г. прирост составил 19,8 % или 113,6 млрд р. При рассмотрении прироста финансового обеспечения за счет средств территориальных программ ОМС субъектов РФ наблюдается та же тенденция: прирост в 2019 г. по отношению к 2018 г. составил 9,9 % и был ниже, чем прирост в 2018 г., – 18,7 %. Таким образом, можно сделать вывод о том, что по источникам финансирования изменение объемов финансового обеспечения характеризуется ежегодным приростом, но происходит снижение темпа прироста к 2019 г.

В результате мы можем констатировать, что на протяжении представленного периода структура финансового обеспечения территориальных программ сохраняется. Средства территориальных программ ОМС субъектов РФ составляют большую часть от сводной стоимости территориальных программ – около 74 %. Но наблюдается небольшая динамика увеличения средств консолидированных бюджетов субъектов РФ в суммарном объеме финансового обеспечения территориальных программ, а также динамика снижения средств территориальных про-

грамм ОМС. За счет того, что темпы прироста средств консолидированных бюджетов субъектов РФ были выше, их доля в общем объеме финансового обеспечения территориальных программ субъектов РФ возросла и составила 26,2 % в 2019 г., увеличившись по сравнению с 2017 г. на 0,3 %. И, соответственно, доля средств ОМС в общей структуре финансового обеспечения снизилась на эту же величину и составила 73,8 % от общего объема.

Финансирование системы здравоохранения в России за счет государственных источников еще с конца 1990-х гг. было переведено на программно-целевые основы управления. В настоящее время свыше 85 % средств из тех, что выделяются в данную отрасль, ежегодно финансируются по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, большая часть которых – около 60 % – поступает по территориальным программам государственных гарантий по обязательному медицинскому страхованию, которые ежегодно утверждаются и реализуются всеми органами власти субъектов Российской Федерации.

Можно предположить, что в этом и следующем году одним из ключевых направлений оказания медицинской помощи станет реабилитация людей после коронавируса, поскольку заболевание имеет отложенный негативный эффект для здоровья и требует длительного восстановления, особенно для перенесших его в среднетяжелой и тяжелой форме. Правовая основа для создания системы медицинской реабилитации есть, поскольку с 2017 г. в рамках госпрограммы «Развитие здравоохранения» во всех регионах работает подпрограмма «Развитие медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения». Соответствующие программы приняты во всех 85 субъектах. Однако для преодоления последствий такой инфекции, как COVID-19, требуется ком-

плексная поддержка на уровне государства с подключением всех ресурсов профилактической и реабилитационной медицины. Поэтому нужно будет оперативно принять ряд системных решений: сформировать нормативно-правовую базу в регионах, разработать образовательные программы по реабилитации, поэтапно восстановить профильную деятельность медучреждений, организовать применение телемедицины.

Недостатки, присущие обязательному медицинскому страхованию, по мнению многих могут быть исправлены развитием добровольного медицинского страхования.

Сегодня системы обязательного и добровольного страхования функционируют в России отдельно друг от друга. Подходы к определению стоимости медицинских услуг в системах обязательного и добровольного медицинского страхования сильно различаются. В ОМС применяются единая тарифная система и единые способы оплаты медицинской помощи, они устанавливаются государством. А в ДМС тарифы на оплату действуют на основе соглашения между страховой компанией и медицинским учреждением исходя из интересов каждой стороны. Тарифы в ОМС на один и тот же вид оказываемой медицинской помощи может сильно отличаться в разных регионах, и так как законодательно не ограничено право территориальных фондов менять стоимость медицинских услуг, тарифы на одну и ту же медицинскую услугу могут изменяться в течение года. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2013 г.¹ основными источниками финансирования системы здравоохранения в России являлись частные средства, которые составили 51,9 % от общего объема средств. Из них всего 3,9 % составили средства добровольного медицинского страхования, а 48,0 % – оплата медицинских услуг за счет личных средств пациентов. Общественные

¹ Данные за 2013 г. являются самыми актуальными из доступных данных в открытых источниках.

средства составили 48,1 %, в том числе 18,7 % пришлось на финансирование за счет средств фонда социального страхования, а прямые государственные расходы составили 29,4 % [16; 17; 18].

По нашему мнению, взаимодействие систем обязательного и добровольного страхования в РФ следует оптимизировать с тем, чтобы пациент, застрахованный в обеих системах, одновременно (по ситуации) мог получить как можно более полный набор медицинских услуг, но не дублируя их и не требуя дополнительных усилий.

Так, часто возникают ситуации, когда человек, застрахованный по ДМС, получает медицинскую помощь в рамках программы ОМС. Например, пациент первоначально госпитализируется в связи с кардиологическим заболеванием по ДМС. Затем у него выявляется патология, которая требует проведения кардиохирургической операции с выделением квоты, оплачиваемой за счет средств ОМС. Таким образом, до постановки диагноза оплата лечения осуществляется за счет ДМС, а затем используется в полной мере программа ОМС. Кроме того, работник, находясь на лечении по программе ОМС, может воспользоваться своим полисом ДМС при оплате сервисных услуг (например, отдельная палата).

Отметим, что в системе добровольного медицинского страхования преобладает корпоративное страхование, т. е. работодатель, заинтересованный в улучшении качества здоровья своих сотрудников, дополнительно к ОМС предоставляет им полисы ДМС. По полису ДМС сотрудники могут получить дополнительные медицинские услуги, не покрываемые за счет полиса ОМС, но на практике часто встречается ситуация, когда работники обращаются за любой медицинской помощью сразу по полису ДМС, либо же удваивают получение медицинской помощи, т. е. сначала получают медицинское обслуживание по полису ОМС, а затем прибегают к услугам расширенной страховки.

Поскольку выбор в пользу повторного медицинского обслуживания чаще всего объясняется неудовлетворенностью пациентами качеством оказываемой медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования, недоверием к государственной медицинской помощи, то такая ситуация не только свидетельствует о недостаточном качестве услуг ОМС, но и о неоптимальном расходовании ресурсов в этой системе: люди все равно воспользуются услугами ДМС, но перед этим потратят и ресурсы ОМС, уменьшая возможности тех, кто не имеет полиса ДМС.

Для совершенствования взаимодействия двух систем медицинского страхования в России специалисты предлагают проведение стандартизации системы медицинского страхования, а именно приведение качества оказываемых услуг в ОМС и ДМС на одинаковый уровень. Например, рассматривается возможность включения частных клиник в реестр лечебно-профилактических учреждений, оказывающих услуги по предоставлению медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования (ЭКО и пр.).

Применение цифровых технологий также может способствовать улучшению медицинского обслуживания. Сопутствующим направлением является совершенствование и объединение информационных ресурсов медицинских организаций, ведь в системе медицинского страхования зарегистрировано более 140 млн чел. Из-за того, что существует множество медицинских организаций, оказывающих услуги по полисам ОМС и ДМС одновременно, а информационные ресурсы их не объединены, возможны как потери качества диагностики пациентов (доп. исследования, время и пр.), так и мошенничества. Известно, что недобросовестные медицинские организации выставляют счета на оплату медицинских услуг по одному случаю как по ОМС, так и по ДМС в разные СМО, получая оплату сначала из средств ФОМС, а затем из

средств страховой компании, в которую были уплачены взносы за полис добровольного медицинского страхования. Такие действия влекут за собой рост убыточности страхования и увеличение стоимости страховых услуг без дополнительного качества услуги.

На наш взгляд, необходимо было бы законодательно разграничить объемы и условия предоставления медицинской помощи, финансируемой за счет средств обязательного и добровольного медицинского страхования для исключения ситуаций с повторным оказанием медицинской помощи. Однако и создание единой информационной системы, в которой будет вестись учет оказанной медицинской помощи и всех источников ее оплаты при каждом обращении пациента, может способствовать решению данной проблемы.

Неудивительно, что в настоящее время медицинские учреждения активно внедряют в процесс своей деятельности электронные медицинские карты пациентов. С их помощью доступ к истории болезни пациента и списку его обращений для получения медицинской помощи в рамках данного медицинского учреждения получают врачи любого направления в этой клинике. Это позволяет быстро оценить состояние пациента, собрать необходимый анамнез и иметь представление о том, какие лекарственные препараты ему назначены. Однако если пациент обратится за медицинской помощью в другую клинику, то доступа к такой электронной медицинской карте у других врачей нет. Пациенту необходимо самостоятельно передавать информацию о своих заболеваниях, а также дополнительно сдавать анализы, необходимые для диагностики заболевания. Результаты исследования могут быть представлены прежним медицинским учреждением, но это влечет за собой лишние действия пациента. Некоторыми исследователями сферы здравоохранения предлагается внедрить такую систему электронных медицинских карт, которая будет доступна в удаленном формате для всех

врачей и клиник, действующих на территории Российской Федерации. Таким образом, врач сможет без труда восстановить всю информацию о процессе лечения пациента, оказавшегося в другом городе или помещенного в другое лечебное учреждение. Также это может быть активно использовано врачами, совершающими выезд на дом к пациенту: доктор сможет ознакомиться с историей болезни пациента в процессе движения на место осмотра.

Федеральный закон от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» допускает передачу медицинской организацией сведений о состоянии здоровья с письменного согласия застрахованного, при этом в соответствии с федеральным законом от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам [2]. Из-за того, что в перечне допустимых субъектов для разглашения специальной категории сведений не перечислены страховые медицинские организации, происходит неопределенная ситуация, которая ведет к снижению эффективности исполнения страховыми компаниями функций по контролю качества оказанной медицинской помощи, увеличивает расходы страховщиков и ограничивает развитие добровольного медицинского страхования.

Условия доступа к информации, находящейся в системе, должны различаться в зависимости от задач, которые стоят перед лицами, запрашивающими доступ, а также определяться ответственным органом в сфере медицинского страхования. Так, например, врачам будет открыт доступ исключительно к истории болезни пациента, результатам исследований.

Для страховых компаний следует рассмотреть возможность сделать разные уровни доступа. Несомненно, важнейшей информацией

для них является история обращений застрахованного, а именно наступившие страховые случаи и стоимость оказанных услуг. Однако застрахованный при заключении договора ДМС может не всегда честно ответить на вопросы для того, чтобы к стоимости полиса не применялся повышающий коэффициент в зависимости от состояния здоровья. Это приводит к повышению расходов страховой компании, однако в случае единой ЭБД все страховые случаи будут отмечаться и, соответственно, страховщик может в будущем при пролонгировании менять условия заключения договора, анализируя данные о страховых случаях по конкретному застрахованному. Кроме того, отражение в единой ЭБД медицинской и страховой истории застрахованных поможет страховой компании упростить оценку рисков при заключении договоров и лучше ориентироваться в статистике, тем самым снизить выплаты по полисам ДМС, а следовательно, снизить их стоимость, что приведет к привлечению большего количества страхователей.

Информация, собранная в едином источнике, может стать эффективным инструментом для анализа и мониторинга здоровья населения в целом по стране, давая достоверную основу для принятия государственных решений в этой сфере.

Стоит также отметить, что в условиях распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, улучшение взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования является одним из важнейших моментов организации предоставления необходимой медицинской помощи в полном объеме. Как было отмечено ранее, медицинская помощь при установлении факта заболевания новой коронавирусной инфекцией предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования, однако медицинские услуги по реабилитации могут быть оказаны также и за счет полиса ДМС. Помимо этого, некоторые страховщики уже предлагают страховые программы на случай наступления страхового риска заболевания COVID-19.

В заключение можно добавить, что комбинированная система медицинского страхования страны в современных условиях наиболее распространена и вполне может быть эффективной, однако с позиции интересов нации не может считаться оптимальной при фактически разном качестве оказания медицинской помощи, поскольку в этом случае не все граждане страны могут получить одинаковую помощь в типовых ситуациях. Решение же данной проблемы потребует скорее политико-экономических решений, чем организационных изменений.

Список литературы

1. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
2. Об организации страхового дела в Российской Федерации: федер. закон РФ от 27.11.1992 № 4015-1 // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
3. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 г. и на плановый период 2020 и 2021 гг.: постановление Правительства РФ от 10 декабря 2018 г. № 1506. // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
4. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг.: постановление Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492. // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
5. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2017 г. и на плановый период 2018 и 2019 гг.: постановление Правительства РФ от 19.12.2016 № 1403 // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
6. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования: приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 108н // Официальный интернет-портал правовой информации КонсультантПлюс [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.consultant.ru/>
7. Антипенко Э.С., Антипенко А.Э. Аспекты понятий и закономерностей формирования и развития системы здравоохранения (размышления) / Моск. гос. мед.-стоматол. ун-т им. А.И. Евдокимова МЗ РФ. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Спутник+, 2015. – 167 с.
8. Архипов А.П. Будущее медицинского страхования в России: больше ясности не становится // Финансы. – 2016. – № 11. – С. 54–58.
9. Бондарь Ю.В. Развитие медицинского страхования в России // Известия Байкал. гос. ун-та. – 2007. – № 7. – С. 30–34.

10. Бородин А. Ф. О медицинском страховании // Финансы. – 2014 – № 15. – С. 40–42.
11. Иванова Л. С. Проблемы развития системы медицинского страхования в Российской Федерации // Проблемы и пути социально-экономического развития: город, регион, страна, мир: IX всерос. науч.-практ. конф. аспирантов и студентов, 11 июня 2020 г.: сб. ст. / отв. ред. Н.М. Космачева. – СПб.: ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2020. – С. 32–39.
12. Тимомнина Е. Н. Проблема выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник // Страховые интересы современного общества и их обеспечение. – 2013. – С. 346–349.
13. Фурман Е. В. Конкуренция между страховыми медицинскими организациями, работающими в системах обязательного медицинского страхования зарубежных стран // Финансы и кредит. – 2016. – № 8 (680). – С. 35–43.
14. Шарифьянова З. Ф., Минигазимова Л. Ф., Мухаметьянова Л. Р. Добровольное медицинское страхование (ДМС) и обязательное медицинское страхование (ОМС): сравнительный анализ // Инновационная наука. – 2016. – № 5-1 (17). – С. 198–201.
15. Всероссийский центр изучения общественного мнения (ВЦИОМ) [Электронный ресурс]. – URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236>.
16. Официальный сайт Федерального фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.ffoms.ru/>
17. Поступление и расходование средств территориальных фондов обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. – URL: www.gks.ru/free_doc/new_site/finans/gfi28.doc
18. Поступление и расходование средств федерального фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс]. – URL: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/6-4.doc

References

1. *Ob obyazatel'nom medicinskom strahovanii v Rossijskoj Federacii: feder. zakon ot 29.11.2010 № 326-FZ*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>
2. *Ob organizacii strahovogo dela v Rossijskoj Federacii: feder. zakon RF ot 27.11.1992 № 4015-1*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>
3. *O programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshchi na 2019 g. i na planovyj period 2020 i 2021 gg.: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 10 dekabrya 2018 g. № 1506*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>
4. *O programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshchi na 2018 g. i na planovyj period 2019 i 2020 gg.: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 08.12.2017 № 1492*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>
5. *O programme gosudarstvennyh garantij besplatnogo okazaniya grazhdanam medicinskoj pomoshchi na 2017 g. i na planovyj period 2018 i 2019 gg.: postanovlenie Pravitel'stva RF ot 19.12.2016 № 1403*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>
6. *Ob utverzhdenii pravil obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya: prikaz Minzdrava Rossii ot 28.02.2019 № 108n*. Oficial'nyj internet-portal pravovoj informacii Konsul'tantPlyus. URL: <http://www.consultant.ru/>

7. Antipenko E.S., Antipenko A.E. *Aspekty ponyatij i zakonomernostej formirovaniya i razvitiya sistemy zdavoohraneniya (razmyshleniya)*. Mosk. gos. med.-stomatol. un-t im. A.I. Evdokimova MZ RF. 3-e izd., ispr. i dop. Moscow: Sputnik+ Publ., 2015. 167 p.
8. Arhipov A.P. *Budushchee medicinskogo strahovaniya v Rossii: bol'she yasnosti ne stanovitsya*. Finansy. 2016. № 11. PP. 54–58.
9. Bondar' Yu.V. *Razvitie medicinskogo strahovaniya v Rossii*. Izvestiya Bajkal. gos. un-ta. 2007. № 7.S. 30–34.
10. Borodin A. F. *O medicinskom strahovanii*. Finansy. 2014 № 15. PP. 40–42.
11. Ivanova L. S. *Problemy razvitiya sistemy medicinskogo strahovaniya v Rossijskoj Federacii*. Problemy i puti social'no-ekonomicheskogo razvitiya: gorod, region, strana, mir: IX vseros. nauch.-prakt. konf. aspirantov i studentov, 11 iyunya 2020 g.: sb. st. St. Petersburg: LGU im. A.S. Pushkina Publ., 2020. PP. 32–39.
12. Timomnina E. N. *Problema vybora: obyazatel'noe medicinskoe strahovanie, dobrovol'noe medicinskoe strahovanie ili uslugi chastnyh klinik*. Strahovye interesy sovremennogo obshchestva i ih obespechenie. 2013. PP. 346–349.
13. Furman E. V. *Konkurenciya mezhdru strahovymi medicinskimi organizacijami, rabotayushchimi v sistemah obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya zarubezhnyh stran*. Finansy i kredit. 2016. № 8 (680). PP. 35–43.
14. Sharif'yanova Z. F., Minigazimova L. F., Muhamet'yanova L. R. *Dobrovol'noe medicinskoe strahovanie (DMS) i obyazatel'noe medicinskoe strahovanie (OMS): sravnitel'nyj analiz*. Innovacionnaya nauka. 2016. № 5-1 (17). PP. 198–201.
15. Vserossijskij centr izucheniya obshchestvennogo mneniya (VCIOM). URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236>.
16. Oficial'nyj sajt Federal'nogo fonda obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya. URL: <http://www.ffoms.ru/>
17. Postuplenie i raskhodovanie sredstv territorial'nyh fondov obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya. URL: www.gks.ru/free_doc/new_site/finans/gfi28.doc
18. Postuplenie i raskhodovanie sredstv federal'nogo fonda obyazatel'nogo medicinskogo strahovaniya. URL: www.gks.ru/free_doc/new_site/population/urov/6-4.doc