

УДК 614.2:364.32(470+571)

DOI: 10.33454/1728-1261-2020-3-22-28

Экономические проблемы медицинского страхования в Российской Федерации

В. Н. Кораблев¹, И. Д. Филимончикова²

¹ КГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения» МЗ ХК, 680009, г. Хабаровск, ул. Краснодарская, 9; тел. +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

² Министерство здравоохранения Хабаровского края, 680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 32; тел. +7 (4212) 40-23-22; e-mail: zdrav@adm.khv.ru

Economic problems of health insurance in the Russian Federation

V. N. Korablev¹, I. D. Filimonchikova²

¹ Postgraduate Institute for Public Health Workers under Health Ministry of Khabarovsk Krai, 9 Krasnodarskaya Street, Khabarovsk, Russia, zip code 680009; phone +7 (4212) 27-25-10; e-mail: zdravdv@ipksz.khv.ru

² Health Ministry of Khabarovsk Krai, 32 Muravyov-Amursky Street, Khabarovsk, Russia; zip code 680000, phone +7 (4212) 40-23-22; e-mail: zdrav@adm.khv.ru

С экономической точки зрения источником существующих проблем в здравоохранении России, по мнению авторов, является действующая «дефицитная» модель так называемого «медицинского страхования». За последние 30 лет в смешанной (бюджетно-страховой) экономической модели здравоохранения были сформированы только некоторые рыночные инструменты. Сформировать конкурентную рисковую модель обязательного медицинского страхования так и не удалось.

Авторы считают, что на Дальнем Востоке России следует по-прежнему сохранять государственную (бюджетную) модель здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение; медицинское страхование; экономика; проблемы.

From an economic point of view, the source of the existing problems in healthcare in Russia, according to the author, is the current "scarce" model of the so-called "health insurance". Over the past 30 years, only a few market instruments have been formed in the mixed (budgetary and insurance) economic model of health care. It was not possible to form a competitive risk model of compulsory health insurance.

The author believes that in the Russian Far East, the state (budgetary) model of health care should be preserved as before.

Key words: healthcare; health insurance; economy; problems.

Медицинское страхование – подотрасль личного страхования, предоставляющая страховую защиту интересов физических, юридических лиц и государства, связанных с необходимостью получения медицинской помощи гражданами, у которых возникли проблемы со здоровьем. По сути, медицинское страхование является формой социальной защиты населения в охране здоровья [3].

Обязательное медицинское страхование (далее – ОМС) – вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС [5].

С экономической точки зрения обязательное медицинское страхование представляет собой способ хозяйственной деятельности, в соответствии с которой решаются проблемы распределения ограниченных ресурсов для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах. Ключевыми понятиями здесь являются «ограниченность ресурсов» и «удовлетворение потребностей».

Принятие закона о медицинском страховании, вступившего в силу с 01.01.1993 года, ознаменовало в российском здравоохранении начало рыночных либеральных реформ в виде так называемой страховой медицины. В государственную (бюджетную, социальную) модель здравоохранения был «вживлен» бизнес в виде страховых медицинских организаций (далее – СМО) как предполагаемый локомотив развития рынка медицинских услуг. По замыслу рефор-

маторов, это должно было повысить качество и доступность предоставления медицинских услуг, привлечь дополнительные финансы, а также повысить эффективность расходов на здравоохранение.

Главным фактором, обусловившим выбор именно страховой системы в Российской Федерации, стало стремление расширить источники финансирования здравоохранения и получить новые каналы стабильного поступления дополнительных средств [8, 12]. Именно в это время был сформулирован принцип «деньги идут за человеком». Другими словами, есть больной – будут и деньги, и для СМО, и для медицинских организаций. Бизнесу не нужен здоровый человек. Следовательно, изначально ОМС стало носителем идеологии, чуждой для государственного здравоохранения как системы лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья населения.

С точки зрения экономики в здравоохранении в России в тот период и до настоящего времени была создана и функционирует смешанная экономическая модель переходного периода – от государственной (социальной) административно-командной экономической модели в виде программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи к страховой (рыночной) экономической модели капитализма (программа ОМС).

Государственная (социальная) административно-командная экономическая модель гарантирована статьей 41 Конституции РФ. Признаками данной модели здравоохранения являются:

- государственная собственность на средства производства;
- распределение ограниченных ресурсов осуществляется по указанию центральных органов управления в соответствии с планами.

В данной модели с точки зрения экономики государство полностью определяет: что производить, как производить и для кого производить. Ответы на эти вопросы находятся в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, которую ежегодно принимает правительство РФ. При этом государство гарантирует населению в расчете на одного жителя нормативный объем медицинской помощи и нормативное финансовое обеспечение.

Страховая (рыночная) экономическая модель капитализма (программа ОМС) должна характеризоваться следующими признаками:

- частная собственность на средства производства, экономическая свобода;
- ограниченные ресурсы распределяются на основе базовых рыночных инструментов

(спрос, предложение, равновесная цена и конкуренция).

Основные положения страховой (рыночной) экономической модели здравоохранения включают в себя:

- конкуренцию за государственное задание;
- конкуренцию по цене;
- осознанный выбор СМО страхователем и застрахованным;
- дополнительные взносы застрахованных (соплатежи);
- разделение финансовых рисков и пр.

Ничего этого в отечественном здравоохранении не было, нет и не предвидится.

В действующей ныне смешанной модели здравоохранения спрос, предложение и цена (тарифы) на медицинские услуги в регионах по-прежнему определяются централизованно государством в лице органов управления, уполномоченных в сфере здравоохранения. Управление базируется на государственном задании (заказе), которое имеет директивный характер для всех медицинских организаций. Страховщики в лице СМО не несут финансовые риски. При этом тарифы на медицинские услуги, исходя из уровня медицинской организации и видов медицинской помощи, являются равнозначными. Величина тарифа определяется не риском наступления страховых случаев, а потребностями в финансировании деятельности медицинской организации. Особенно это актуально для медицинских организаций, расположенных на селе, в малых городах и в северных районах, а также при выполнении некоторых видов медицинской помощи, например скорая медицинская помощь, неотложная помощь и высокотехнологичная медицинская помощь. Отсутствуют и соплатежи на медицинские услуги. Это исключает конкуренцию за государственное задание, ценовую конкуренцию, необходимость осознанного выбора медицинской организации и страховой медицинской организации.

В 2018 году в Российской Федерации при численности населения 146,8 млн человек функционировало 43 страховые медицинские организации. Для сравнения: в Германии на тот же период при численности населения 83,0 млн человек функционировало 118 страховых медицинских компаний [4]. Кроме того, низкий уровень оплаты труда медицинских работников подрывает их материальную заинтересованность в результатах своего труда, способствует оттоку специалистов в коммерческий сектор.

По сути, с принятием закона о медицинском страховании в 1991 году был создан конфликт между двумя моделями развития здравоохранения России – социальной (социа-

лизмом) и рыночной (капитализмом), который ежегодно (с 1998 года) воспроизводится в программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и сохраняется до настоящего времени.

Результатами этого конфликта стали:

- 1) сохраняющийся дефицит финансирования отрасли;
- 2) уменьшение численности и дефицит медицинских работников;
- 3) сокращение сети медицинских организаций под флагом оптимизации;
- 4) снижение доступности и качества медицинской помощи.

По данным Г. Улумбековой, в структуре общих расходов на здравоохранение средства ФОМС составляют 60 %, региональных бюджетов – 26 %, федерального бюджета – 16 % [10]. Все государственные расходы на здравоохранение с 2012-го по 2018 год в текущих ценах возросли на 45 %, но в постоянных ценах снизились на 4 %. Из них расходы федерального бюджета, без учета расходов на высокотехнологичную медицинскую помощь, с 2012-го по 2018 год в текущих ценах снизились на 4 %, а в постоянных ценах – на 37 %. Расходы бюджета ФОМС (с учетом расходов на ВМП) с 2012-го по 2018 год в текущих ценах возросли в 2,1 раза, а в постоянных ценах – в 1,4 раза. Однако расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ в этот же период в текущих ценах остались на одном уровне, а в постоянных ценах – снизились на 34 %. По мнению Г. Улумбековой, в ситуации тотального дефицита ресурсов система финансирования здравоохранения должна быть нормируемой и распределительной [9].

Государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 году составили 3,2 % ВВП, что в 1,6 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС, имеющих близкий к РФ уровень экономического развития (5,0 %), и в 2,5 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (7,9 %). Подушевые государственные расходы на здравоохранение в РФ в 2018 году составили 88 \$ППС в год, что в 1,9 раза ниже, чем в «новых-8» странах ЕС (1665 \$ППС), и в 4,1 раза ниже, чем в «старых» странах ЕС (3585 \$ППС). В большинстве стран ЕС основная часть расходов на здравоохранение (в процентах от ВВП) приходится на государственные расходы (Франция, Швейцария, Австрия, Португалия, Дания, Бельгия, Италия, Великобритания, Нидерланды, Финляндия, Польша и др.). Эти расходы колеблются от 10 % в Польше до 16 % в Великобритании [11].

Таким образом, в здравоохранении РФ, спустя более четверти века после введения системы ОМС, сохраняется проблема

нехватки финансовых ресурсов. В этих условиях в РФ отмечается высокая доля личных расходов населения на здравоохранение – она составляет 35 %, что в 1,3 раза выше, чем в «новых» странах ЕС (27 %).

Следует отметить, что часть 7 статьи 35 «Базовая программа обязательного медицинского страхования» Федерального закона от 29.11.2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» не содержит нормы, по которой страховые медицинские организации в пределах установленных тарифов были бы обязаны возмещать расходы медицинских организаций в полном объеме и обеспечивать их рентабельность. Наоборот, в системе ОМС тарифы находятся ниже равновесного уровня, что противоречит рыночным механизмам ценообразования. Такой подход к формированию тарифов был ранее зафиксирован в Федеральном законе Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года № 1499-1 (ред. от 24.07.2009). Статья 24 закона гласила: «...тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи».

По мнению А. Рагозина, система ОМС станет банкротом, если начнет честно (хотя бы по себестоимости) оплачивать услуги медицинских организаций [7].

Следовательно, в 2010 году частью 7 статьи 35 326-ФЗ была принята норма, которая не гарантирует финансирования медицинских организаций хотя бы на уровне простого возмещения затрат на медицинскую деятельность.

Зададимся вопросом: что будет с организмом человека, если его недокармливать? Ответ очевиден: организм будет медленно истощаться вплоть до смертельного исхода. Таким образом, как минимум в 2010 году под государственное здравоохранение была заложена мина замедленного действия, которая может рвануть в случае необходимости принятия мер мобилизационного характера.

Всё вышеотмеченное означает, что в здравоохранении России так и не был создан организационно-экономический механизм системы обязательного медицинского страхования.

Рассмотрим некоторые экономические механизмы. На рынке медицинских услуг в соответствии с законом спроса существует обратная зависимость между уровнем цены (P) и величиной спроса (Q) на услуги. Наклонная спроса показывает, какое количество услуг готовы приобрести покупатели при каждом уровне цен в конкретный период при неизменных прочих факторах. Так, при стоимости услуг 20 руб. за единицу потребитель хотел

бы купить 20 единиц услуг, а при стоимости 50 руб. за единицу – только 5 единиц. Очевидно желание потребителей купить большее количество услуг при меньшей цене (рис. 1).

И наоборот, в соответствии с законом предложения существует прямая зависимость между уровнем цены (P) и величиной спроса (Q) на услуги (рис. 2).

Всё это вызывает асимметрию рынка медицинских услуг. Поэтому его относят к рынкам несовершенной конкуренции преимущественно в виде монополии и олигополии. Существенные ограничения для развития реального рынка медицинских услуг в системе государственного здравоохранения вносят централизация управления, планирования, ресурсного обеспечения, тарифы на медицинские услуги, которые, как уже отмечалось, находятся ниже равновесного уровня и не только не обеспечивают рентабельность, но и не возмещают в полном объеме затраты учреждений (рис. 3).

Из рисунка следует, что пересечение кривых спроса и предложения соответствует рыночному равновесию (O) при цене P_0 и объеме услуг Q_0 .

В случае снижения цен на услуги до P_2 спрос (D) увеличивается с Q_0 до уровня Q_{2D} . В этом случае кривая предложения должна сместиться вправо вниз до точки D_2 , что поддержит спрос, но будет невыгодно производителю, т.к. он не сможет возместить свои затраты на производство услуг. Для снижения расходов, в случае падения цены услуги до P_2 производитель будет вынужден снизить объемы производства до уровня Q_{2S} , что будет невыгодно уже потребителю. Возникает дефицит услуг. В этом случае кривая спроса должна сместиться влево вниз до точки S_2 . Однако в реальности в действующей организационно-экономической модели страховой медицины всё в точности до наоборот. При дефицитных тарифах в системе ОМС (P_2) органы, уполномоченные в сфере здравоохранения для обеспечения доступности услуг населению (спроса), формируют избыточные объемы (Q_{2D}) медицинской помощи, не соответствующие их финансовому обеспечению.

Таким образом, в ситуации, когда тарифы на медицинские услуги ниже равновесного уровня, в выигрыше находятся покупатели медицинских услуг (страховые медицинские организации), а в проигрыше – производители услуг (медицинские организации). По сути, страховые медицинские организации перекладывают свои финансовые риски (дефицит финансирования) на медицинские организации. Данный дефицит является их «скрытым» доходом. При этом они в полном объеме требуют от медицинских организаций обеспечения доступности и качества медицинских услуг.

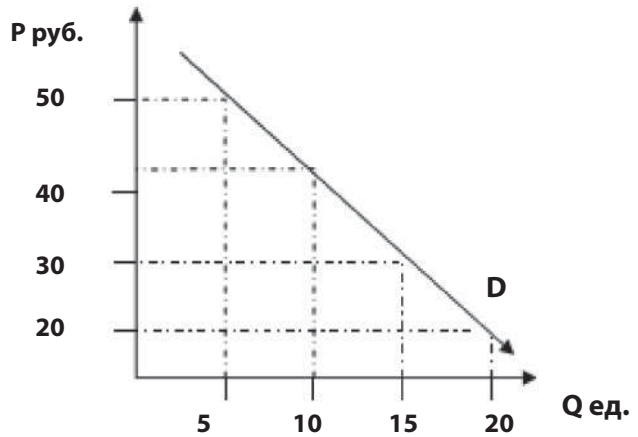


Рис. 1. Зависимость спроса на услуги от цены
P – цена на услуги; D – кривая спроса (от англ. demand – спрос);
Q – количество услуг

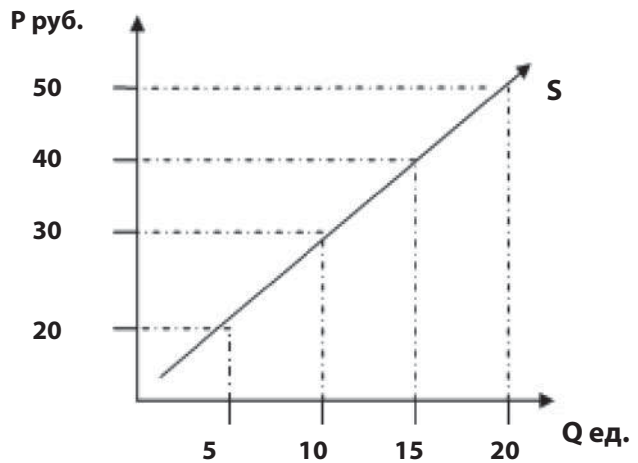


Рис. 2. Зависимость предложения на услуги от цены
P – цена на услуги; S – кривая предложения
(от англ. supply – предложение); Q – количество услуг

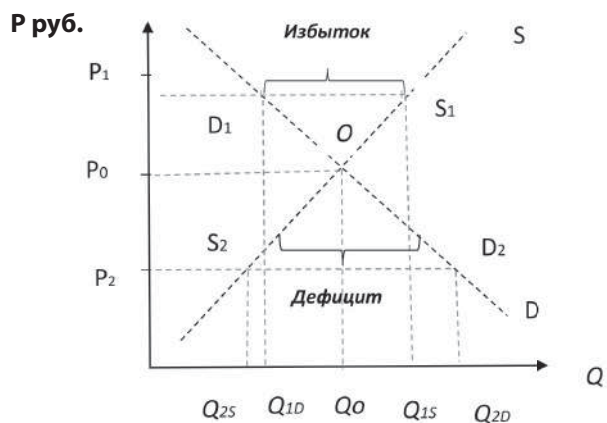


Рис. 3. Рыночное равновесие

Более того, СМО применяют штрафные санкции при выявлении у медицинских организаций нарушений в ходе контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи!

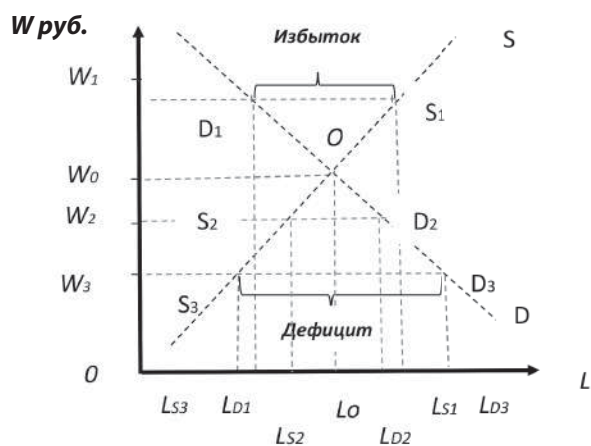


Рис. 4. Рынок труда

Подобная «дефицитная» практика финансирования медицинских организаций в системе ОМС становится источником проблем для оплаты труда работников и ресурсного обеспечения организаций. Следствием является дефицит кадров, нежелание молодых врачей трудиться в государственной системе здравоохранения, нехватка оборотных средств, снижение доступности, качества и безопасности оказываемых медицинских услуг и др. Заложниками стали медицинские организации и медицинские работники. Ситуация усугубляется нарастающим конфликтом между медицинским и пациентским сообществами, агрессией и даже потребительским экстремизмом.

Дефицитные тарифы являются и препятствием для вхождения в медицинское страхование негосударственных медицинских организаций, т.к. они не обеспечивают получение прибыли.

Можно сделать вывод, что источником существующих проблем в здравоохранении России с экономической точки зрения является действующая «дефицитная» модель так называемого «медицинского страхования». Логическим решением здесь может быть увеличение средств в системе ОМС. Однако доходы системы ОМС напрямую связаны с уровнем занятости населения в сфере производства, оплатой труда, размерами тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения. Учитывая сохраняющиеся структурные диспропорции в экономике, отсутствие реального экономического роста, как следствие – снижение реального уровня оплаты труда и, наоборот, расширение теневого рынка труда и, соответственно, «серых» зарплат, можно предположить, что проблемы финансового обеспечения системы ОМС в существующей организационно-экономической модели здравоохранения будут сохраняться и даже усугубляться, продолжая постепенно

разрушать сложившуюся еще в Советском Союзе систему здравоохранения.

Так, по данным рейтингового агентства «Национальные кредитные рейтинги» от декабря 2019 года, потери бюджетной системы из-за неформальной (теневой) занятости составляют около 3 трлн руб., или почти 3 % ВВП. Не менее 25 % трудовых доходов россиян невидимы государству, налоги с зарплат не платят 13 млн человек [13].

Следует также отметить, что система ОМС в соответствии с 326-ФЗ не несет в себе инвестиционной составляющей для здравоохранения в части капитальных вложений. Финансирование в системе ОМС направлено лишь на поддержание текущей деятельности медицинских организаций. Это одно из самых слабых мест медицинского страхования в РФ. Основным инвестором для здравоохранения России по-прежнему является государство в виде федерального и региональных бюджетов. Для предупреждения технологической деградации здравоохранения государство вынуждено с периодичностью примерно в 5–7 лет реализовывать проекты. Примером тому является Национальный проект «Здоровье» 2006–2007 годов, проект модернизации здравоохранения – 2011–2012 годы, Национальный проект «Здравоохранение» – 2019–2024 годы, который продлен до 2030 года.

В сложившейся ситуации государство может принять решение об увеличении объема финансирования здравоохранения за счет средств ОМС, например, для повышения оплаты труда медицинским работникам. Данный механизм можно наглядно проследить на примере функционирования рынка труда (рис. 4).

Из рисунка следует, что с позиции рыночного равновесия (O) на рынке совершенной конкуренции при уровне оплаты труда W_0 готовы трудиться L_0 работников. Однако в случае, когда уровень оплаты труда снижен и находится ниже равновесного уровня W_3 , работодатель в лице руководителей медицинских организаций инициирует спрос на труд D_3 в количестве L_{D3} работников. Однако низкая цена труда (заработная плата) не мотивирует работников, поэтому предложение труда S_3 составляет L_{S3} . Возникает дефицит кадров ($L_{D3} - L_{S3}$). В государственной системе здравоохранения остается часть работников в диапазоне $0 - L_{S3}$. Это, как правило, работники, у которых нет выбора в силу возраста, ограничений по специальности, возможности трудоустройства и др.

Для ликвидации дефицита кадров предпринимаются меры по увеличению заработной платы работникам до уровня, например, W_2 ,

Это находит отклик у медицинских работников. Предложение труда увеличивается с L_{S3} до L_{S2} . Однако при этом уменьшается спрос на труд с L_{D3} до L_{D2} . Это означает, что работодатель готов платить больше, но меньшему числу работников при выполнении сохраняющихся объемов медицинской помощи, что ведет к повышению интенсивности труда и пр. Это также негативно отражается на качестве, доступности и безопасности медицинской деятельности. Именно несоответствие затрат труда и оплаты труда в рамках действующей модели здравоохранения и является важнейшей причиной хронического кадрового дефицита.

Оплата труда может и далее повышаться и в конечном итоге достичь равновесного уровня (O). В этом случае величина заработной платы покрывает издержки упущенных возможностей альтернативного использования труда работников на другом производстве либо в домашнем хозяйстве.

К признакам равновесной заработной платы в медицинской организации можно отнести:

- высокий уровень укомплектованности – не менее 80–85 % без учета совместительства;
- низкую текучесть кадров;
- увеличение качества медицинских услуг и др.

Ограничения для развития реального рынка медицинских услуг в значительной степени обусловлены сложившейся еще в Советском Союзе и сохраняющейся до настоящего времени организационной структурой здравоохранения Российской Федерации. Так, на уровне сельского муниципального образования структура здравоохранения районов представлена вертикалью от ФАПов до центральной районной больницы, в которой каждый субъект на своей территории обслуживания является монополистом. В последние годы ФАПы, врачебные амбулатории, участковые больницы входят в структуру районных больниц, что также исключает какую-либо конкуренцию. Аналогично и в условиях городского округа, где территориальные поликлиники имеют свое прикрепленное население, получают на него гарантированное государственное задание и финансирование. Стационары, которые, как правило, оказывают специализированные виды медицинских услуг, также можно отнести к рынкам несовершенной конкуренции.

Существующие экономические проблемы системы ОМС в России явились основанием для принятия Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Реализация указанных законов позволила «запустить» в смешанной (бюджетно-страховой) экономической модели здравоохранения только некоторые рыночные инструменты. К ним можно отнести:

1. Право выбора пациентом врача и медицинской организации (ст. 19 и 21 323-ФЗ).
2. Право реализации программы государственных гарантий оказания населению бесплатной медицинской помощи негосударственными медицинскими организациями, ограничение монополизма государственных и муниципальных медицинских организаций.
3. Разделение функций между субъектами обязательного медицинского страхования (застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд ОМС) и участниками обязательного медицинского страхования (территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации, медицинские организации) (ст. 9 326-ФЗ).

Однако в целом речь идет о встраивании в организационно-экономическую модель государственного здравоохранения только некоторых элементов рынка с формированием в конечном итоге квазирынка.

В таких условиях обязательное медицинское страхование в России трудно представить как саморегулируемую рыночную систему, а следовательно, на этой основе сформировать конкурентную рисковую модель обязательного медицинского страхования.

Вследствие указанных факторов в сфере государственного здравоохранения России до настоящего времени отмечается как слабая конкуренция, так и низкая конкурентоспособность отрасли, что свидетельствует об отсутствии реального рынка медицинских услуг. Преобладает так называемая неценовая конкуренция, в основе которой лежит доступность, качество и безопасность предоставляемых медицинских услуг.

Всё вышеотмеченное означает, что здравоохранение России по-прежнему функционирует на основе государственной административно-командной экономической модели, сохранившейся от Советского Союза. Признаков страховой (рыночной) медицины в государственной модели здравоохранения не просматривается. Страховая медицина в России – это миф. Вместо страховой медицины создан механизм перераспределения финансовых ресурсов, в котором выгодоприобретателем является бизнес – страховые медицинские организации.

В настоящее время единственным существенным полномочием СМО, за исключением финансового посредничества, является вневедомственный контроль за качеством оказания медицинской помощи. Данная норма установлена статьей 40 «Организация контроля объемов,

сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи» Федерального закона № 326-ФЗ.

Каковы успехи системы ОМС в России?

По результатам опроса Фонда общественного мнения, проведенного в апреле 2019 года, 53 % опрошенных считают, что дела в российском здравоохранении обстоят плохо, 35 % считают ситуацию удовлетворительной, 7 % – хорошей [1]. Для сравнения в 2015 году: соответственно 39 %, 43 % и 11 % [6]. Остальные затруднились ответить.

Это означает, что большинство населения не удовлетворены качеством здравоохранения.

Следует помнить, что над медицинской организацией и врачом еще дополнительно стоят государственный, ведомственный и многоуровневый внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности. В итоге четыре вида контроля!

В условиях Дальнего Востока России попытка создать рисковую конкурентоспособную модель ОМС наталкивается на дополнительные проблемы. К ним можно отнести:

- отрицательные медико-демографические тенденции, низкую плотность населения, разобщенность и отдаленность населенных пунктов, слабую транспортную связь, низкие доходы населения;
- недостаточную сеть учреждений здравоохранения всех форм собственности, как

следствие – ограничение потребительского выбора и конкуренции;

- сохраняющийся дефицит программы государственных гарантий, неполные тарифы на медицинские услуги, низкий уровень заработной платы медицинских работников, как следствие – сохраняющийся теневой рынок в здравоохранении;

- ограничение экономической свободы деятельности хозяйствующих субъектов и пр.

Это те условия, которые трудно переломить и которые создают ограничения для развития реального рынка медицинских услуг, а следовательно, и для реализации указанных выше законов, в первую очередь 326-ФЗ.

Можно сделать вывод о том, что на Дальнем Востоке России в силу указанных проблем следует по-прежнему сохранять государственную (бюджетную) модель здравоохранения со всеми характерными для нее атрибутами. А это означает, что, начиная с 2011 года, здравоохранение Дальнего Востока вступило в перманентный конфликт между государственной и страховой моделями развития отрасли.

Сегодня приходится констатировать, что в конце XX – начале XXI века реальных реформ в здравоохранении России не было. И это время упущенных возможностей. Здравоохранение Российской Федерации по-прежнему функционирует на основе административно-командной экономической модели с элементами квазирыночных отношений [2] и квазистраховой медицины.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Здравоохранение глазами россиян. Апрель-2019. – URL: <https://zdrav.fom.ru/post/zdravooxranenie-glazami-rossiyan-v-aprele-2019-goda> (дата обращения: 05.11.2020). – Текст : электронный.
2. Кораблев, В. Н. Организационно-экономические и правовые аспекты модернизации здравоохранения в современных условиях: моногр. / В. Н. Кораблев, В. М. Савкова, Д. С. Савков. – Хабаровск : Изд-во Дальневост. гос. мед. ун-та, 2012. – 96 с.
3. Медицинское страхование. – URL: https://studme.org/1727101219200/strahovoe_delo/meditsinskoe_strahovanie (дата обращения : 29.06.2020). – Текст: электронный.
4. Немецкие медицинские страховые компании. – URL: <https://www.tura-germania.ru/meditsina/meditsinskieskassy-germanii.html> (дата обращения: 29.06.2020).
5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон № 326-ФЗ от 29.11.2010: ред. от 30.12.2015 : с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016 // Собр. законодательства Рос. Федерации. – 2010. – № 49. – Ст. 6422; 2011. – № 25. – Ст. 3529, № 49. – Ст. 7047, 7057.
6. ОНФ презентовал общественный доклад по вопросам здравоохранения. – URL: <https://onf.ru/2015/09/06/onf-prezentoval-obshchestvennyy-doklad-po-voprosam-zdravooxraneniya/> (дата обращения : 05.11.2020). – Текст: электронный.
7. Рагозин, А. Подмена экономики счетоводством. – URL: <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/08/12/604432-podmena-ekonomiki-schetovodstvom> (дата обращения: 24.08.2020). – Текст: электронный.
8. Стародубов, В. И. О проблемах введения медицинского страхования граждан в России / В. И. Стародубов // Мед. страхование. – 1992. – № 1. – С. 7–90.
9. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение между мифом и реальностью. – URL: <https://www.vedomosti.ru/opinion/articles/2015/08/05/603511-sistema-zdravooxraneniya-mezhdu-mifom-i-realnostyu> (дата обращения: 14.07.2020). – Текст: электронный.
10. Финансирование здравоохранения в России (2021–2024 гг.) / Г. Э. Улумбекова, А. Б. Гинойн, А. В. Калашникова, Н. В. Альвианская. – URL: <https://www.vshouz.ru/journal/2019-god/finansirovanie-zdravooxraneniya-v-rossii-2021-2024-gg/> (дата обращения: 14.07.2020). – Текст: электронный.
11. Финансирование здравоохранения в Европейском союзе. Проблемы и стратегические решения. – Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения. – Женева, 2010. – 241 с.
12. Шейман, И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения / И. М. Шейман. – М.: Издатцентр, 1998. – С. 140–210.
13. Экономисты оценили число россиян с теньвыми зарплатами. – URL: <https://www.rbc.ru/economics/10/12/2019/5dee50109a79474ae5293e3d> (дата обращения: 14.07.2020). – Текст: электронный.