

# МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Козлова А.Д.<sup>1</sup>

Самарский национальный исследовательский университет имени академика  
С.П. Королева, г. Самара

**Ключевые слова:** модели финансирования здравоохранения, бюджетное финансирование здравоохранения, рыночное финансирование здравоохранения, страховая медицина, обязательное медицинское страхование, многоканальное финансирование здравоохранения, реформа здравоохранения.

В настоящее время в России большое внимание уделяется финансированию здравоохранения, так как здоровье населения – это основной показатель, который характеризует уровень социально - экономического развития страны. Здоровье общества, кроме того – важный показатель ресурсного потенциала страны, качества его рабочей силы. Безопасность страны, а также качество и эффективность трудовой деятельности напрямую связаны с состоянием здоровья ее граждан.

На сегодняшний день показатели здоровья населения России ухудшаются. Обостряются проблемы доступности и качества медицинской помощи, что может привести к серьезным социальным и экономическим проблемам. Гарантированность медицинских услуг и их качество, оснащенность медучреждений современной техникой, возможности привлечения с данную отрасль квалифицированных кадров и работа по регулярному повышению их квалификации во многом определяются финансовыми возможностями здравоохранения, действующими механизмами финансирования медицинских услуг.

Поскольку Россия в последние десятилетия прошла путь радикальных рыночных преобразований во всех секторах социально-экономической системы, включая финансирование здравоохранения, и продолжает реформирование этой сферы, актуальным является анализ опыта других стран по финансовому обеспечению данной деятельности и выявление сравнительных преимуществ и недостатков разных механизмов финансирования медицинских услуг.

Принято считать, что существует три основных (базовых) модели финансирования системы здравоохранения, названия которых до конца не устоялись в современной литературе и поэтому для их обозначения используется ряд наименований [3, с. 149-151]:

1. Преимущественно государственная (или государственно-бюджетная, система национальных медицинских услуг, бевериджская);
2. Преимущественно частная (или платная, рыночная, самофинансирование услуг получателями, частное медицинское страхование);

---

<sup>1</sup>Студент 1 курса Института экономики и управления Самарского университета. Научный руководитель: Кононова Е.Н., кандидат экономических наук, доцент, доцент кафедры экономики инноваций Самарского университета.

### 3. Преимущественно страховая (бисмарковская).

Практика показывает, что в современных развитых странах мира здравоохранение не базируется только на одной модели финансирования, а применяются смешанные системы [5, с. 582, 586]. К примеру, во всех странах и, в том числе, странах с преимущественно государственной моделью финансирования здравоохранения, существуют также учреждения, предоставляющие платные медицинские услуги и частное медицинское страхование [8, с.3-8]. Исключением являются только США, где существует только частное добровольное медицинское страхование или же организации, предоставляющие платные медицинские услуги.

В зарубежных странах государственная модель финансирования системы здравоохранения наиболее полно представлена в Великобритании, где существует с 1948 г. Интересным фактом является то, что система здравоохранения Великобритании создавалась с учетом опыта СССР. Преимущественно государственная модель финансирования системы здравоохранения развивалась как направление социальной политики государства, результатом чего являлось усиление государственного влияния и контроля над деятельностью медицинских и страховых организаций. Эту модель также называют бюджетной или госбюджетной. В данной модели финансирование здравоохранения осуществляется в основном из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны может получать медицинскую помощь бесплатно, за исключением определенного перечня медицинских услуг [6, с. 12]. В данной модели главным «поставщиком» медицинской помощи для населения является государство: оно обеспечивает удовлетворение наибольшей части потребности общества в услугах здравоохранения.

Главным достоинством государственной модели финансирования системы здравоохранения является ориентация на профилактику заболеваний населения в целом. Это связано с тем, что раз медицинские услуги оплачиваются в основном из госбюджета, то государство заинтересовано в уменьшении заболеваемости и укреплении здоровья населения, что ведет к снижению объемов медицинских услуг и затрат на здравоохранение как следствие.

К недостаткам чисто государственной модели финансирования системы здравоохранения по опыту СССР, нередко относят наличие монополии государства на оказание услуг, ограничение свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или врача и ряд других [3, с.150]. Однако, изначально именно благодаря этому медицинская помощь могла стать доступной для всего населения страны.

В последнее время во многих странах, где используют государственную модель, стараются уменьшить или совсем убрать этот недостаток. К примеру, в Швеции в 1991 г. после экспериментальной апробации было принято решение о предоставлении каждому гражданину страны права свободного выбора медицинского учреждения или же врача по всей территории страны. Позже подобное решение приняли и в Дании, где государственная модель

финансирования системы здравоохранения используется с 1973 г. В Финляндии же, в отличие от Швеции и Дании, пациент может выбрать любого врача общей практики или специалиста только в определенном медицинском центре или больнице.

В Израиле также используется во многом государственная модель финансирования системы здравоохранения при которой каждый гражданин, который платит налог на здравоохранение, может получить весь необходимый ему спектр медицинских услуг, вне зависимости от их стоимости. Однако этот механизм обладает многими чертами страховой медицины. Все необходимые лекарства и медицинские услуги включены в базисную страховку каждого израильтянина. Медицинские услуги в Израиле осуществляются посредством одной из четырех больничных касс: «Клалит», «Меухедет», «Леумит» или «Макаби». Больничные кассы – это общественные организации, которые практически являются страховой компанией, так как от каждого застрахованного получают определенный законом взнос, а за тех, кто не работает – платит государство. Каждый гражданин Израиля платит за обязательную, установленную государством медицинскую страховку от 3,1% до 5% от его заработной платы. Гражданин Израиля может присоединиться к любой из этих касс на свое усмотрение, обычно выбор происходит по принципу удобства и близости поликлиники к месту проживания [1].

Государственная модель финансирования системы здравоохранения также используется в таких странах, как: Ирландия с 1971 г., Португалия с 1979 г., Италия с 1980 г., Греция с 1983 г., Испания с 1986 г., Норвегия и Бельгия [2, с. 16-17].

Преимущественно частная (или платная) модель финансирования системы здравоохранения функционирует в США. Здесь основой организации здравоохранения является частный рынок медицинских услуг, который дополняется некоторыми вспомогательными государственными программами медицинского обслуживания, предназначенными для малообеспеченных слоев населения, пенсионеров, безработных [3, с. 151-152]. Эту модель обычно называют платной, рыночной, американской, частной, моделью самофинансирования, и нередко в нее включают и систему добровольного частного страхования, которая наблюдается в этой стране. В данной модели медицинская помощь предоставляется по большей части на платной основе за счет самих потребителей медицинских услуг, а единая система обязательного государственного медицинского страхования в принципе отсутствует [7 с.22-34]. Основным инструментом для удовлетворения потребностей населения в медицинских услугах в этой модели является рынок медицинских услуг

Главными недостатками платной модели финансирования системы здравоохранения являются: отсутствие обеспечения социальных гарантий населения в получении медицинских услуг, а также неравномерный доступ для всех слоев населения к медицинской помощи. Существует высокая дифференциация в потреблении медицинских услуг населением, которая связана с уровнем доходов.

Преимущественно страховая модель финансирования системы здравоохранения представлена в таких странах как Германия, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Швейцария, Австралия, некоторых государствах Латинской Америки, Японии, Канады и многих других. Данную модель также называют социально - страховой или моделью регулируемого страхования здоровья. Данная модель финансирования здравоохранения основывается на принципах смешанной экономики, то есть сочетает в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Важной характеристикой данной модели является наличие обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов. Государство в данном случае является гарантом в удовлетворении общественно необходимых потребностей всех или большинства граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов. Роль рынка медицинских услуг сводится в этом случае к удовлетворению потребностей населения сверх гарантированного уровня, обеспечивая при этом свободу выбора и суверенитет потребителей. А многоканальная система финансирования страховых фондов - из средств государственного бюджета, отчислений от заработной платы, прибыли страховых организаций, создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально - страховой медицины.

В социально-страховой модели финансирования системы здравоохранения есть признаки как государственной, так и рыночной моделей. В зависимости от того, каких признаков больше, социально - страховая модель может быть ближе к государственной или к рыночной. К примеру, социально - страховые модели финансирования здравоохранения стран Скандинавии и Канады имеют много общего с государственной моделью, тогда как социально-страховая модель Франции ближе к рыночной.

Исторически первая система государственного медицинского страхования была введена в Германии во времена правления канцлера Отто фон Бисмарка (1883-1889 гг.), поэтому получила название бисмарковской [5, с. 582- 586]. Она представляла собой серию специальных законов о страховании рабочих на случай болезни, от несчастных случаев, по инвалидности и старости. В основу указанных законодательных актов был положен следующий принцип: здоровье – это капитал, увеличивающий эффективность общественного труда. В настоящее время социальным медицинским страхованием в Германии охвачено почти 90% населения, еще 8% охвачено частным медицинским страхованием и за 2% неимущих граждан платит государство. Эта система обеспечивает необходимую медицинскую помощь в случае заболевания для всех застрахованных [5, с. 582- 586].

Система обязательного медицинского страхования в Германии осуществляет свою деятельность через некоммерческие страховые организации - больничные кассы. Это независимые самоуправляемые организации, структура которых определена законодательно. Существует несколько видов касс: местные

- преимущественно для неработающих, членов семей застрахованных, расположенные по месту жительства; производственные - по месту работы; морские; сельскохозяйственные и эрзац кассы - главным образом для служащих. Контроль и управление за деятельностью этих касс осуществляет правительственное агентство.

Финансирование здравоохранения в Германии осуществляется путем консолидации средств из различных источников, а именно: 60% средств, поступающих в ЛПУ – это средства обязательного медицинского страхования (ОМС), из них 25% - это страхование членов семей трудящихся; 10% - средства добровольного медицинского страхования (ДМС), 15% - государственные средства за счет налогообложения, 15% - личные средства граждан. Фонды ОМС, в свою очередь, формируются за счет трех источников: государственного бюджета, взносов работников и работодателей. Средний размер взносов на медицинское страхование составляет 13% по отношению к фонду оплаты труда (ФОТ). Взносы выплачиваются работодателями и работниками равными частями, то есть по 6,5%.

Преимущественно страховая модель финансирования здравоохранения используется также и в Австралии [4]. Каждый гражданин этой страны платит налог в размере 1,5 % от дохода, который идет на оплату медицинских услуг. Эта система государственного медицинского страхования называется Medicare и действует с 1984 г. Medicare финансируется в основном за счет общего налогообложения и покрывает лечение в государственных и в субсидируемых государством частных больницах. Интересно, что стоматология в Австралии относится к платным услугам и страховой системой Medicare не покрывается.

Канада также относится к странам, использующим социально-страховую модель финансирования здравоохранения [9]. Социально-страховая модель Канады имеет много общего с государственной моделью финансирования здравоохранения, так как она ориентирована на социальные характеристики медицинских услуг. Денежные средства производителям медицинских услуг в Канаде поступают из одного источника – системы национального страхования, которая аккумулирует средства трех фондов:

- федерального и провинциальных бюджетов;
- частных страховых компаний;
- добровольных пожертвований.

Сфера деятельности частных страховых компаний ограничена: им разрешается страхование только тех услуг, которые не включены в планы обязательного медицинского страхования (ОМС). Это могут быть частные больничные палаты, услуги косметической хирургии. В основном провинции в Канаде аккумулируют свои фонды для здравоохранения из общих провинциальных налогов, поскольку считается, что сбор специальных страховых взносов влечет за собой рост административных расходов. В настоящее время административные расходы составляют 1-2% от общих расходов здравоохранения. В некоторых провинциях, например, Альберте и

Британской Колумбии, жители все же выплачивают специальный страховой взнос.

Вопрос о модели финансирования здравоохранения в РФ требует специального отдельного анализа. Отметим лишь, что в ходе рыночных реформ была создана многоканальная система, включавшая все три механизма финансирования здравоохранения. С 1991 года в России действует система обязательного медицинского страхования (ОМС), основной целью которой является расширение финансовых возможностей здравоохранения за счет привлечения внебюджетных фондов [11]. Финансирование системы ОМС осуществляется за счет взносов работодателей на страхование работающего населения и из бюджетных платежей на страхование неработающих слоев населения. Его деятельность определяется Федеральным Законом [10]. Смешанная модель финансирования здравоохранения в РФ также финансируется за счет добровольного медицинского страхования (ДМС) и оплаты части услуг, оказываемых частными медицинскими организациями непосредственно домашними хозяйствами. Два последних канала пользуются успехом в основном у обеспеченных слоев населения.

Финансирование здравоохранения из государственного бюджета осуществляется в РФ как в рамках национальных программ, так и в порядке межбюджетных трансфертов во внебюджетные фонды. Как показывают исследования [3, с. 153-154] финансовые ресурсы здравоохранения РФ до 2012 года более чем на половину состояли из средств государственного бюджета. Последовавшая реформа здравоохранения ставила задачу перехода на одноканальное (преимущественно страховое) финансирование, как наиболее гибкого механизма, сочетающего в себе признаки как государственной, так и рыночной моделей. Вместе с тем сокращение доли государственного бюджета и рост доли ФОМС не привел к стабильному росту общей суммы финансирования и сопровождался рядом организационных неурядиц и издержек в оказании медицинских услуг населению. Что делает, на наш взгляд, актуальным для России как оптимизацию доли всех каналов финансирования, так и совершенствования каждого из механизмов многоканальной системы с целью наиболее полной реализации их сильных сторон и нейтрализации недостатков.

#### **Список использованных источников:**

1. Израильская система здравоохранения [электронный ресурс] // URL: <http://loveisrael.ru/articles/medicine> (дата обращения 25.07.2018).
2. Кича, Д.И. Основы экономики и финансирования здравоохранения: учебно-методическое пособие / Д.И. Кича, А.В. Фомина. – М.: Изд-во РУДН, 2005. – 67с.
3. Кононова, Е.Н., Безлепкина Н.В. Механизмы финансирования медицинских услуг и их развитие в РФ. // Развитие сферы услуг в современной экономической системе : монография / Л.К. Агаева, М.Б. Арисова, Е.А. Башкан, Е.Н. Кононова, Н.В. Безлепкина, [и др.]; под общ. ред. Н.М. Тюкавкина. – Самара: Издательство СамНЦ РАН, 2016. – с.149-156.

4. Медицинская система Австралии [электронный ресурс] // URL: <http://www.likar.info/coolhealth/article-79574-meditsinskaya-sistema-v-avstralii/> (дата обращения 27.07.2018).
5. Миняев, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студ. / В.А.Миняев, Н.И.Вишнякова. - М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 656 с.
6. Муравьева, В.Н., Максименко Л.Л. Системы организации и финансирования здравоохранения за рубежом: учебное пособие / В.Н. Муравьева, Л.Л. Максименко.- Ставрополь, 2011.- 67 С.
7. Омеляновский, В.В. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения / В.В. Омеляновский, Л. В. Максимова А. П. Татаринцов // Финансовый журнал / Financial journal. – 2014. – №3. – с.22-34.
8. Рагозин, А.В.Эффективность национальной системы здравоохранения: соответствует ли используемая модель финансирования здравоохранения объективным условиям страны / А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2013.- №5.- с.3-8.
9. Система здравоохранения Канады [электронный ресурс] // URL: <https://www.newcanadian.ru/information/sistema-zdravookhraneniya-kanady.html> (дата обращения 20.07.2018).
10. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
11. Официальный сайт федерального фонда обязательного медицинского страхования [электронный ресурс] // URL: <http://www.ffoms.ru/>(дата обращения 15.07.2018).

## **РАЗЛИЧНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ КАК СПОСОБ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ БАНКРОТСТВА<sup>1</sup>**

**Косаткина А.С.<sup>2</sup>**

Самарский национальный исследовательский университет имени академика  
С.П. Королева, г. Самара

**Ключевые слова:** механизмы финансирования, промышленные предприятия, банкротство, финансовые ресурсы, источники финансирования.

Проблема финансирования организаций различных форм собственности и реализуемых видов экономической деятельности с каждым годом становится более актуальным, так как появляются множество новых механизмов финансирования и источников финансирования. Так же это связано с тем, что от источников и способов финансирования предприятия зависит вся его финансово-

---

<sup>1</sup>Работа выполнена в рамках финансирования гранта РФФИ «Развитие механизмов финансового обеспечения стратегического развития промышленного комплекса Самарской области». Договор № 18-410-630001/18.

<sup>2</sup>Студент 2 курса магистратуры Института экономики и управления Самарского университета.