

МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТРАН МИРА

Гоман Игорь Вячеславович¹, Рускин Александр Сергеевич²
Самарский национальный исследовательский университет имени академика
С.П. Королева, г. Самара

Аннотация: Статья посвящена исследованию моделей финансирования здравоохранения стран мира. Проведен анализ особенностей финансирования систем здравоохранения, рекомендации по выбору оптимальной модели финансирования здравоохранения.

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

На сегодняшний день вопрос финансирования здравоохранения является одним из самых острых в Российской Федерации. Состояние здоровья населения - важный показатель, характеризующий уровень социально - экономического роста государства. Также, это значимый показатель ресурсного потенциала государства, качества его рабочей силы. Такие важные аспекты, как безопасность страны, качество и эффективность трудовой деятельности непосредственно связаны со здоровьем населения.

Статистические данные о состоянии здоровья граждан на сегодня говорят о тенденции к ухудшению. Остро стоят проблемы доступности и качества медицинской помощи, что влечет за собой риск развития серьезных социально-экономических проблем. Гарантированность оказания медицинских услуг и их качество, наличие в медицинских учреждениях современного оборудования, наличие в данной отрасли квалифицированных специалистов, а также работа по регулярному повышению их квалификации напрямую зависят от финансовых возможностей системы здравоохранения, от существующих механизмов финансирования медицинских услуг.

Принимая во внимание то, каким радикальным преобразованиям подверглась социально-экономическая система России, причем финансирование здравоохранения не является исключением и более того по сей день находится в процессе реформирования, актуальным является анализ опыта других стран по финансовому обеспечению данной деятельности и выявление сравнительных преимуществ и недостатков разных механизмов финансирования медицинских услуг.

Исторически сложилось три основных модели финансирования системы здравоохранения, названия которых до конца не устоялись в современной литературе и поэтому для их обозначения используется ряд наименований [3, с.

¹Кандидат экономических наук, доцент кафедры экономики инноваций Самарского университета.

²Студент 1 курса магистратуры Института экономики и управления Самарского университета.

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); 3. Преимущественно страховая (бисмарковская). Следует отметить, что в большинстве современных развитых стран мира система здравоохранения опирается на несколько моделей финансирования, тем самым, создавая смешанную систему. [5, с. 582, 586]. Показательным примером является наличие у стран с преимущественно государственной моделью финансирования системы здравоохранения учреждений, обладающих спектром платных медицинских услуг и частного медицинского страхования. [8, с.3-8]. Исключением в данном вопросе можно назвать США, в которых присутствуют только частное добровольное медицинское страхование, либо 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.

Основное преимущество государственной модели – это ориентация на профилактику болезней среди населения. Объясняется это тем, что оплата медицинских услуг осуществляется из государственного бюджета, поэтому в интересах государства укрепить уровень здоровья населения, а также снизить заболеваемость, чтобы сократить объемы медицинских услуг и, соответственно, затраты на здравоохранение.

Недостатками государственной модели финансирования здравоохранения, исходя из опыта СССР, считают наличие монополии государства на оказание медицинских услуг, а также ограничение свободы выбора пациентом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) или врача. [3, с.150]. Стоит отметить, что именно благодаря этим факторам медицинская помощь смогла стать доступной для всех граждан государства. (слайд 5)

В некоторых странах с государственной моделью осуществляется борьба с этим недостатком. Например, в Швеции в 1991 г. приняли решение о предоставлении населению права свободного выбора медицинского учреждения и врача на всей территории государства. Вскоре, данному примеру последовала и Дания, в которой государственная модель финансирования здравоохранения применяется с 1973 г. Модель в Финляндии же характерна тем, что пациент

вправе выбрать любого врача общей практики или специалиста лишь в специальном медицинском центре или поликлинике.

Также, государственная модель финансирования системы здравоохранения практикуется в таких государствах, 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 характерна для США. В данном случае основной элемент организации здравоохранения – это частный рынок медицинских услуг, дополняемый рядом вспомогательных государственных программ медицинского обслуживания, нацеленных на малообеспеченные слои населения. [3, с. 151-152].

В данную модель зачастую включают и систему добровольного частного страхования, присутствующую в США. Медицинская помощь здесь оказывается в большинстве своем на платной основе из средств пациентов, а единая система обязательного государственного медицинского страхования, как таковая, отсутствует [7 с.22-34]. Главным элементом удовлетворения потребностей граждан в медицинских услугах в такой модели считается рынок медицинских услуг.

Основными недостатками платной модели финансирования системы здравоохранения можно назвать: отсутствие обеспечения социальных гарантий населения в получении медицинских услуг, неравномерный доступ для всех слоев населения к медицинской помощи. Существует высокая дифференциация в потреблении медицинских услуг населением, связанная с уровнем доходов.

Представителями преимущественно страховой модели финансирования системы здравоохранения являются Германия, Франция, Нидерланды, Австрия, Бельгия, Швейцария, Австралия, Япония, Канада и многие другие. Данную модель также называют социально - страховой или моделью регулируемого страхования здоровья.

Такая модель финансирования здравоохранения основана на принципах смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг и развитую систему государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для граждан. Основным признаком модели считается наличие обязательного медицинского страхования (ОМС) значительной части населения и влияния государства в финансировании фондов страхования. При таком варианте государство выполняет роль гаранта удовлетворения общественно необходимых потребностей людей в медицинской помощи, не опираясь на уровень доходов. Функции рынка медицинских услуг в данном случае состоят в удовлетворении потребностей граждан, помимо гарантированного уровня, сохраняя тем самым свободу выбора и суверенитет пациентов. А многоканальная система финансирования страховых фондов - из средств государственного бюджета, отчислений от заработной платы, прибыли страховых организаций, обеспечивает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально - страховой медицины.

Социально-страховая модель финансирования системы здравоохранения имеет признаки как государственной, так и рыночной моделей. Перевес данных признаков в какую-либо из сторон определяет близость социально - страховая модели к государственной или к рыночной. Например, социально - страховые модели финансирования здравоохранения стран Скандинавии и Канады схожи с государственной моделью, тогда как социально-страховая модель Франции напоминает рыночную.

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].

Говоря о модели финансирования здравоохранения в России, следует отметить, что в процессе рыночных реформ создалась многоканальная система, содержащая в себе все три механизма финансирования здравоохранения. С 1991 года в РФ функционирует система ОМС, цель которой - расширение финансовых возможностей здравоохранения через привлечение внебюджетных фондов [11]. Финансирование системы ОМС происходит из средств 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 России также финансируется за счет добровольного медицинского страхования (ДМС) и оплаты части услуг, которые оказывают частные медицинские организации непосредственно домашними хозяйствами. Два последних канала популярны в основном у обеспеченных граждан. Финансирование здравоохранения из государственного бюджета осуществляется в России как в формате национальных программ, так и в порядке межбюджетных трансфертов во внебюджетные фонды. Если верить исследованиям [13, с. 153-154] финансовые ресурсы здравоохранения РФ до 2012 года свыше чем на 50% формировались из средств государственного бюджета. Последовавшая реформа здравоохранения ставила задачу перехода на одноканальное (преимущественно страховое) финансирование, как наиболее гибкого механизма, обладающего признаками как государственной, так и рыночной моделей. Однако сокращение доли государственного бюджета и рост доли ФОМС стабильного роста общей суммы финансирования не дали и сопровождалась рядом организационных неурядиц и издержек при 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.

До 2011 года для российской экономической модели хозяйствования в условиях, когда расходные обязательства между бюджетами и системой ОМС были разграничены по видам медицинской помощи; видам лечебно-профилактических учреждений; категориям получателей помощи; статьям

бюджетной классификации, имелась объективная необходимость развития именно бюджетно-страховой модели финансирования [13]. Можно выделить следующие преимущества данной модели:

1. Высокая надежность, поскольку бюджетный источник получения денежных средств ассоциирован со всей системой государственных финансов.

2. Возможность привлечения дополнительных средств в здравоохранение, благодаря системе обязательного медицинского страхования.

3. Повышение качества медицинской помощи и обеспечение защиты прав потребителя за счет включения в систему независимого посредника в лице страховых медицинских организаций.

Однако в бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения наблюдается ряд недостатков:

1. Раздельное финансирование ограничивало возможности стратегического и текущего планирования финансовых ресурсов, поскольку средства из двух источников поступали в различные периоды времени, невозможно было четко установить, когда произойдет очередное поступление денежных средств.

2. Неэффективным являлось разделение финансовых потоков по различным статьям бюджетной классификации.

3. Система порождала дополнительный документооборот [14].

Учитывая все вышеизложенные недостатки, вполне объяснимым становится полный переход России в 2015 году от двухканальной бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения к одноканальной страховой модели на основе системы обязательного медицинского страхования. Уже на сегодняшнем этапе можно выделить ряд достоинств данной модели:

1. Однонаправленность мотивации населения и системы здравоохранения;

2. Сбалансированность территориальной программы оказания населению бесплатной медицинской помощи по стоимости и расходным обязательствам;

3. Персонифицированный учет населения в соответствии с базой данных застрахованных;

4. Автономизация амбулаторно-поликлинического звена (разделение поликлиник и стационаров на разные юридические лица) [12].

Таким образом, именно одноканальная страховая модель финансирования здравоохранения на основе системы обязательного медицинского страхования позволит достичь высоких показателей здоровья населения путем оказания качественного медицинского обслуживания.

Список использованных источников:

1. Израильская система здравоохранения [электронный ресурс] // URL:<http://loveisrael.ru/articles/medicine>.
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/>

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 организации систем здравоохранения / В.В. Омеляновский, Л. В. Максимова А.

8. П. Татаринов // Финансовый журнал / Financial journal. – 2014 – №3. – с.22-34.

9. 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.

10. Система здравоохранения Канады [электронный ресурс] // URL:<https://www.newcanadian.ru/information/sistema-zdravookhraneniya-kanady.html>

11. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

12. Официальный сайт федерального фонда обязательного медицинского страхования [электронный ресурс] // URL: <http://www.ffoms.ru/>(дата обращения 15.07.2018).

13. Альтман Н.Н. «Финансирование здравоохранения в свете государственных гарантий обеспечения населения бесплатной медицинской помощью». «Здравоохранение». – 2012. – №2. – С. 34-41.

14. Ашмарина С.И., Кандрашина Е.А., Шведова И.А. Территориальное распределение бизнес-процессов как фактор повышения эффективности предпринимательских рисков // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2015. –№ 5 (127) . – С. 77-83.

15. Грабоздин, Ю.П. Количественная оценка консультационных услуг // Вестник Самарского муниципального института управления, 2013. - № 1 (24). - С. 41-46.