

## МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ КАК ОДИН ИЗ ИСТОЧНИКОВ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Глущенко В.В., д.э.н., профессор, Митькова Е.О., аспирантка  
Харьковский национальный университет имени В.Н. Кармазина

Статья посвящена исследованию существующих современных моделей финансирования отрасли здравоохранения. Автор акцентирует внимание на необходимости реформирования системы финансирования отечественной медицины на базе опыта успешно функционирующих механизмов медицинского страхования в зарубежных странах.

**Ключевые слова:** страхование, медицинское страхование, общеобязательное медицинское страхование, источники финансирования, модели финансирования.

**Постановка проблемы в общем виде.** Структурные и системные преобразования в экономике Украины привели к тому, что государство не в состоянии финансировать решения социальных проблем используя старые бюджетные схемы финансирования здравоохранения. Поэтому особенную актуальность в наше время приобретают проблемы рационального использования ресурсов, оптимизации взаимоотношений между государством, обществом и рынком, поиск и применение эффективных моделей финансирования и управления системой здравоохранения.

**Анализ последних исследований и публикаций.** Исследованием проблем финансового обеспечения отечественной медицины занимаются Москаленко В.Ф., Гордиенко С.М. их взгляды представлены в периодических изданиях. Фундаментальные исследования в области здравоохранения, в частности использования рыночных механизмов в системах бюджетного финансирования и обязательного медицинского страхования, принадлежат Шейману И.М.. Однако, не смотря на достаточно глубокие исследования отечественных ученых в сфере теории и практики организации социального страхования, ими оказано недостаточно внимания финансовым вопросам реализации и осуществления медицинского страхования.

**Основным заданием,** которое решается в данной статье, является определение и классификация существующих моделей финансирования здравоохранения.

**Изложение основного материала.** Осознание обществом роли и места здравоохранения в обеспечении здоровья и благополучия людей обуславливает поиск его эффективных моделей во многих странах мира. Система здравоохранения призвана решать крупные стратегические задачи развития страны и, прежде всего, укреплять физическое и социальное благополучие граждан, удовлетворять растущие потребности в медицинской помощи, а также внести свой вклад в формирование производственного потенциала общества, обеспечивая необходимое воспроизводство трудовых ресурсов.

В Украине сложилась крайне неблагоприятная обстановка в сфере здравоохранения. Недостаточное финансирование здравоохранения совмещается с низкой эффективностью использования ресурсов в результате право граждан на бесплатную медицину, обеспеченное статьей 49 Конституции Украины «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно» [1], носит только декларативный характер, т.к. отечественная медицина давно испытывает острый дефицит в финансировании. Поэтому, не для кого не секрет, что уже давно и реально существует платная медицина, однако юридическая неопределенность не позволяет ей цивилизованно развиваться, и многомиллионные денежные потоки «текут» в теневом русле. Таким образом, становится очевидна, актуальность проблемы реформирования системы финансирования здравоохранения.

Целью данной работы является проведение анализа существующих современных страховых моделей финансирования медицины, которые используются в мировой практике, и выявление наиболее эффективных механизмов медицинского страхования, которые необходимо внедрить для финансирования отечественной системы здравоохранения.

Существует два вида медицинского страхования — добровольное (частное) и обязательное (социальное). В первом случае инициативу проявляет отдельный человек или организация,

действующая от его имени. Во втором — государство, берущее на себя ответственность за покрытие расходов либо всего населения, либо основной его части. В случае обязательного страхования степень перераспределения рисков значительно выше, чем при добровольном. Соответственно выше и уровень общественной солидарности. Особенностью добровольного медицинского страхования (ДМС) является зависимость объема и стоимости получаемых услуг от размера страхового взноса. Чем выше цена страхового полиса, тем выше гарантии получения необходимой медицинской помощи.[2] Именно это является главным отличием ДМС от ОМС, однако в последнем случае объем и стоимость медицинской помощи не зависят от размера взноса, а стало быть — от уровня платежеспособности застрахованного, что является очень важным моментом для украинского общества.

Системы финансирования здравоохранения можно классифицировать по двум признакам — первый, по источнику финансирования и второй, по форме их распределения, то есть характеру взаимодействия финансирующей стороны с медицинскими организациями. Источники финансирования влияют и на формы их распределения, но происходит это далеко не всегда. Системы с одним и тем же источником формирования средств могут иметь разные характеристики их распределения.[3]

**Типы систем по источнику финансирования.** Источниками финансирования могут быть:

1. Общие налоговые доходы всех видов и уровней. Это могут быть налоги на прибыль, добавленную стоимость, подоходный налог и прочие. Они поступают в государственный или муниципальный бюджет и затем распределяются по разным отраслям и сферам. Решающую роль при распределении имеют сложившиеся бюджетные приоритеты. Система, базирующаяся на общих налоговых доходах, называется бюджетной системой здравоохранения. Такие системы сегодня действуют в Великобритании, Италии, Канаде, Дании, в Скандинавских странах. В странах Восточной Европы, включая СССР, вплоть до последнего времени действовали только бюджетные системы.

2. Целевые налоговые поступления. Могут устанавливаться налоги на определенные товары (чаще всего, на продажу алкоголя и табака). Установленная часть поступлений от сбора этих налогов в целевом порядке направляются на нужды здравоохранения. Этот вид налога не характеризует систему здравоохранения, поскольку является дополнительным к основному источнику финансирования и его «вклад» в формирование средств здравоохранения не может быть сколь угодно значительным.

3. Целевой взнос на обязательное медицинское страхование или налог на заработную плату. Это может быть известный в практике взнос на обязательное медицинское страхование (ОМС), а может быть единый взнос на социальное страхование (единый социальный налог). В последнем случае установленная часть поступлений от единого взноса направляется на финансирование здравоохранения. Взнос на ОМС обычно исчисляется в виде фиксированного процента к фонду оплаты труда и в большинстве стран выплачивается работодателями вместе с работниками. Системы, основанные преимущественно на целевом взносе на медицинское страхование, получили название систем обязательного медицинского страхования. Иногда они называются системами социального медицинского страхования. На такой основе построено финансирование здравоохранения в Германии, Франции, Бельгии, Голландии. В последнее десятилетие эти системы получили развитие в ряде стран Восточной Европы, но в большинстве этих стран — в форме сочетания страхового и бюджетного финансирования, то есть как бюджетно-страховые системы.

4. Личные средства населения и иные источники. Эти финансовые средства не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг или в других формах. В качестве иных источников могут выступать благотворительные фонды, средства работодателей, направляемые на создание собственной медицинской базы, пожертвования. Личные средства населения как основной источник оплаты медицинской помощи являются основой частной системы финансирования. Чтобы избежать больших единовременных расходов на медицинскую помощь, население покупает полисы добровольного медицинского страхования (ДМС). Последние дают им право в случае необходимости получать медицинскую помощь либо бесплатно, либо доплачивая определенные суммы. Особо следует подчеркнуть, что добровольное медицинское страхование является формой частного финансирования здравоохранения. Объем получаемых медицинских

услуг определяется тем, сколько застрахованные или их работодатели заплатили за частную страховку. То есть отсутствует важнейшая характеристика государственных систем — независимость объема получаемых благ от платежеспособности человека. Частная система финансирования наиболее полно представлена в США, где на нее приходится около 60% совокупных расходов на здравоохранение (частных и государственных), причем основная часть личных средств реализуется через институт ДМС. В других западных странах доля личных средств варьируется от 7% в Великобритании до 25-30% во Франции и Швейцарии.[4]

Важно отметить, что ни в одной стране не существует в чистом виде бюджетной, страховой или частной системы финансирования. Источники финансирования в той или иной форме взаимодействуют. Даже в «классической» модели бюджетной системы, действующей в Великобритании, примерно 10% средств поступает от взносов на социальное страхование (через фонд социального страхования). И наоборот, в странах с традиционно страховыми системами часть средств поступает из общего бюджета. Тем не менее, во всех этих странах системы здравоохранения основаны на доминирующем источнике финансирования. В странах с системой ОМС преобладают взносы работодателей и работников, в странах с бюджетной системой — общие налоги.

Бюджетная система по определению является государственной системой финансирования, поэтому бюджетные системы иногда называют государственными системами. Такое определение уместно еще и потому, что в таких системах государство является собственником значительной части медицинских организаций, органы государственного управления осуществляют планирование здравоохранения и много других функций прямого управления отраслью.

В системах ОМС участие государства принимает более мягкие регулирующие формы, а большинство медицинских организаций не принадлежит государству. Тем не менее, системы ОМС также являются государственными системами финансирования, поскольку, во-первых, взносы работодателей и работников носят обязательный характер и принимают форму особого налога на заработную плату; во-вторых, поступления от взносов являются хотя и обособленной, но все же частью государственных финансов, поэтому они контролируются государством; в-третьих, государство регулирует многие элементы этой системы — ставки взносов, цены на медицинские услуги, договорные отношения между страховщиком и медицинской организацией, размер гарантируемого «пакета» медицинских услуг и прочее.

Важнейшая характеристика системы обязательного медицинского страхования — целевое формирование средств на здравоохранение. Взносы работодателей и платежи муниципальных органов на неработающую часть населения идут не в общий бюджет, а непосредственно на нужды здравоохранения. В результате утрачивается свойственная общим налоговым поступлениям безадресность. Здравоохранение в относительно меньшей степени конкурирует с другими отраслями за получение средств из государственного бюджета, то есть меньше зависит от сложившихся бюджетных приоритетов.

Для страны, где эти приоритеты складываются традиционно не в пользу здравоохранения, переход на страховую форму мобилизации средств может дать отрасли дополнительные средства. Например, в Чехии доля расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте выросла с 5,1% в 1992 г. до 6,3% в 1999 г. (переход на ОМС начался с января 1993 г.). При этом отмечался рост расходов в абсолютном выражении (в неизменных ценах) — почти на 15%. Аналогичная тенденция отмечена в Словакии, Венгрии, Словении, Эстонии.[4]

В России наблюдается обратная картина. Государственные расходы на нужды здравоохранения (бюджеты всех уровней и средства ОМС) сокращались и абсолютно, и относительно. За 1991-1999 гг. эти расходы в неизменных ценах снизились на 33%. В то же время, в здравоохранении ситуация несколько лучше, чем в других отраслях бюджетной сферы. [5] Уже из этих разнонаправленных (для разных стран) тенденций становится ясно, что сам по себе переход на ОМС не обеспечивает автоматического привлечения дополнительных средств. Новый источник финансирования — это совсем не обязательно новые вливания в отрасль. Вполне возможна ситуация, когда новый источник не дополняет, а замещает старый. Именно так и произошло в России. Введение взноса работодателей на ОМС (3,6% от фонда оплаты труда) стало основанием для сокращения бюджетных ассигнований на нужды здравоохранения. [5]

Можно сформулировать несколько общих условий положительного влияния перехода к системе ОМС на общий объем финансовых ресурсов здравоохранения. Первое и наиболее важ-

ное — стабильное экономическое положение страны. Если экономика находится в состоянии перманентного спада, то снижается фонд оплаты труда, свертываются поступления в бюджет и внебюджетные фонды. Соответственно, снижаются и общие поступления на нужды здравоохранения из двух источников. Но даже если допустить, что экономика развивается относительно устойчиво, автоматического притока дополнительных средств может не быть в силу уже упомянутого эффекта замещения. И в относительно устойчивой экономике возможно сочетание двух разнонаправленных тенденций — притока средств ОМС и снижения бюджетных ассигнований на здравоохранение при общей убывающей тенденции расходов. Такое положение объясняется не только общими неблагоприятными бюджетными приоритетами, но и самим характером формирования средств — неупорядоченностью соотношения двух источников финансирования. Общее условие положительного влияния системы ОМС — цельность этой системы, отсутствие эклектического сочетания элементов разных систем финансирования. Цельность системы предполагает доминирование одного канала поступления средств. В классической модели ОМС основным источником поступлений является налог на заработную плату (взносы на ОМС), а роль правительства (бюджетов всех уровней) сводится к выделению относительно небольших субсидий. Во Франции и Нидерландах налог на заработную плату составляет около 90% средств общественного здравоохранения, в Германии — 78%. [4] В этих условиях объем финансовых ресурсов относительно слабо зависит от общих бюджетных поступлений. Если последние снижаются, то ничего драматического в отрасли не происходит, поскольку преобладающим источником средств являются поступления от работодателей и работников. Иначе говоря, в классической системе социального страхования ослаблена зависимость от бюджетного источника финансирования. Система строится преимущественно как страховая. Тем самым нивелируется главный недостаток бюджетного финансирования, суть которого состоит в том, что на бюджетные средства всегда есть много претендентов.

Чтобы добиться преобладания страхового источника необходимо:

Во-первых, размер взноса на ОМС должен покрывать основную часть затрат на оказание медицинской помощи по гарантируемому государством «пакету» медицинских услуг. Он устанавливается на таком уровне, чтобы обеспечить необходимые финансовые ресурсы не только для работающей части населения, но и для основной части неработающего населения. Чем выше размер взноса на ОМС, тем ниже зависимость от бюджетного источника, а значит ниже и разрушительное влияние сложившихся бюджетных приоритетов на финансы здравоохранения.

Во-вторых, классическая система ОМС строится на солидарном участии работников и работодателей в формировании средств здравоохранения. Размер взносов устанавливается таким образом, чтобы покрыть расходы на медицинскую помощь не только работающих, но и членов их семей (например, несовершеннолетних детей, супруга), то есть действует семейный принцип страхования. В результате за рамками ОМС остается небольшая часть населения — одинокие пенсионеры, безработные, студенты. На них и идут государственные субсидии. Этот вариант, безусловно, предпочтительнее, так как за счет целевых взносов страхуется большая часть населения. В-третьих, даже относительно небольшой бюджетный источник финансирования должен быть жестко закреплён законом. Проще говоря, должен быть установлен твердый размер платежей правительства за определенные контингенты неработающего населения.

Наконец, необходимо установить твердое правило направления бюджетной части в общий «котел» средств финансирования здравоохранения. Только на такой основе можно обеспечить целенаправленное распределение этих средств по отдельным территориям и медицинским организациям на основе установленной схемы.

Итак, система финансирования должна быть либо преимущественно бюджетной, либо преимущественно страховой. Так как бюджетно-страховая система финансирования утрачивает черты прежней системы (преимущественно бюджетной), снимая с бюджета ответственность за здравоохранение, но при этом не обеспечивает значительного притока средств от работодателей — уже в силу заведомо низкого «веса» целевых налогов в общем объеме финансирования здравоохранения.

**Типы систем финансирования по характеру взаимодействия с медицинскими организациями.**

По этому признаку можно выделить два основных типа систем — интеграционную и контрактную модели. Их иногда называют экономическими моделями здравоохранения. [3]

Интеграционная модель предполагает слияние функций финансирования, управления и оказания медицинской помощи. Имущество медицинских организаций принадлежит государству или органам местной власти. В украинском здравоохранении подавляющая часть медицинских организаций имеет статус государственных (муниципальных) лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и напрямую управляется органом управления здравоохранением. Последний одновременно является финансирующей стороной. В результате орган управления и учреждение по существу интегрируются.

Органы управления не только определяют общую стратегию и приоритеты развития отрасли, но и регламентируют основные стороны деятельности медицинских учреждений. Они определяют их мощность, принимают решение о перераспределении ресурсов между отдельными учреждениями, назначают руководителей и прочее. В такой модели права медицинских организаций ограничены.

На такой основе длительное время развивалось здравоохранение СССР. Близкие хозяйственные отношения вплоть до последнего времени складывались в здравоохранении Великобритании и большинства Скандинавских стран.

Теоретически интеграционная модель экономических отношений обеспечивает высокую степень управляемости системой. На практике для этого требуется множество условий, главные из которых — высокий уровень планирования и готовность медиков работать в рамках командной системы. Стабильное соблюдение этих и многих других условий по мере усложнения задач, стоящих перед здравоохранением, становится все более проблематичным. Рано или поздно управляемость системой падает, и на первый план выступают недостатки модели — отсутствие возможности для маневра ресурсами, бюрократизация отношений, слабая ориентация на потребительский спрос, отсутствие экономической мотивации медиков. Именно поэтому в странах с интеграционной моделью экономических отношений был взят курс на преобразование ее в контрактную модель на основе разделения функций финансирования и оказания медицинской помощи.

Контрактная модель строится на экономических, а не административных отношениях между финансирующей стороной и медиками. Основой этих отношений является разделение функций финансирования и оказания медицинской помощи.

Контрактная модель предполагает выбор гражданами медицинской организации и врача. Утверждается принцип «деньги следуют за пациентом». Практически этот принцип может осуществляться двумя способами. Первый — пациент самостоятельно или по направлению медиков выбирает медицинскую организацию и врача, участвующих в программе государственных гарантий, и получает необходимую медицинскую помощь в пределах объемов и условий, определяемых этой программой. Финансирующая сторона оплачивает полученную медицинскую помощь, предварительно оценивая ее обоснованность, качественные характеристики и конечные результаты лечения.

Второй способ реализации указанного принципа — заключение договоров с теми медицинскими организациями, которые устойчиво демонстрируют более высокие показатели деятельности и пользуются наибольшим спросом у врачей и населения. В этом случае управляющее воздействие финансирующей стороны намного сильнее. Последняя анализирует сложившиеся маршруты пациентов, определяет их рациональность и заключает договоры с наиболее эффективными звеньями на оказание планируемых и согласованных объемов медицинской помощи. Основой принятия решения о выборе медиков является не только текущая информация о фактическом потреблении медицинских услуг, но и накопленная за предыдущий период база данных о потребительских предпочтениях. [6]

**Выводы и предложения.** Таким образом, мы можем сделать вывод, что среди рассмотренных моделей финансирования здравоохранения, наиболее приемлемой для Украины является система всеобщего медицинского страхования, с преимущественно страховой системой финансирования. Основным фактором сдерживающим развитие в этой области является сложность организации проведения реформ в здравоохранении, для осуществления которых необходимо:

1. создать соответствующую нормативно-правовую базу;
2. произвести необходимые структурные изменения в отрасли;
3. создать специальный фонд финансирования здравоохранения;

4. разработать условия его функционирования, контроля и организации.

В дальнейших разработках мы планируем более детально рассмотреть механизм построения общеобязательного медицинского страхования, а также источники аккумуляции средств на финансирование отечественного здравоохранения.

Литература:

1. Конституція України, Закон від 26.06.1996 № 254к/96-ВР – ст. 49. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: –www.rada.gov.ua

2. Говорушко Т.А. Страхіві послуги: навч. посібн. – / Т.А Говорушко. – Київ: Центр навчальної літератури, 2005. – 400с.

3. Типы систем финансирования здравоохранения // Менеджмент здравоохранения. – 2008. – № 11.т. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: – www.medqual.ru

4. Гордиенко С.М. Реформы здравоохранения: обязательное медицинское страхование / С.М. Гордиенко // Здоров'я України. – 2003. – № 76. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.health-ua.com

5. Татарников М. Краткий обзор экономических реформ российского здравоохранения / М. Татарников // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 3– 4. – С. 55– 59.

6. Шейман И.М., Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. / И.М. Шейман. – М.: Изд.дом ГУ ВШЭ, 2007. – 318с.

Анотація

## МЕДИЧНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ОДНЕ З ДЖЕРЕЛ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Глушченко В.В., д.е.н., професор, Мітькова О.О., аспірантка  
Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

Стаття присвячена дослідженню існуючих сучасних моделей фінансування системи охорони здоров'я. Автор акцентує увагу на необхідності реформування системи фінансування вітчизняної медицини на базі досвіду успішно функціонуючих механізмів медичного страхування в зарубіжних країнах

**Ключові слова:** страхування, медичне страхування, загальнообов'язкове медичне страхування, моделі фінансування, джерела фінансування.

Summary

## THE MEDICAL INSURANCE AS ONE OF THE SOURCES OF THE FINANCING THE PUBLIC HEALTH

Gluschenko V. V., DPhil, professo., Mitkova O.O., graduate student  
V.N. Karazin Kharkiv National University

The Article is dedicated to study existing modern models of the financing to branches of the public health. The Author accents attention on the need of the reshaping the system of the financing of domestic medicine, based on the experience successfully mechanism of the medical insurance in foreign country.

**Key words:** insurance, medical insurance, obligatory medical insurance, sources of the financing, models of the financing.