

Ланг Антон Анатольевич, ординатор, кафедра общественного здоровья и здравоохранения Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск

ПРОБЛЕМАТИКА СИСТЕМЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПУТИ ИСХОДА

Аннотация: в рамках данной статьи будет рассмотрены особенности финансовой системы здравоохранения Российской Федерации. В этой связи возникла необходимость визуализации зарубежных моделей здравоохранения и освещения некоторых аспектов существующей российской модели, на основе сравнения объёмов финансирования, демографических показателей и индексах социального благополучия. Результатами исследования выбранных проблем стали выявление особенностей управления и финансирования в существующих моделях здравоохранения зарубежных стран, анализ действующей системы здравоохранения Российской Федерации, основанной на сравнении основных моделей финансирования, индикаторах уровня жизни и корреляции между ними. Полученные данные позволят сделать вывод о положительных и отрицательных моментах. Были рассмотрены возможности реализации положительного опыта иностранных организации систем здравоохранения в реалиях российского здравоохранения.

Ключевые слова: здравоохранение, обязательное медицинское страхование, финансирование здравоохранения, модели здравоохранения, управление системой здравоохранения.

Annotation: within the framework of this article, the features of the financial health care system of the Russian Federation will be considered. In this regard, it became necessary to visualize foreign models of health care financing and highlight some

aspects of the existing Russian model, based on a comparison of funding volumes, demographic indicators and social well-being indices. The results of the study of the selected problems were the identification of the features of management and financing in the existing models of healthcare in foreign countries, the analysis of the current healthcare system of the Russian Federation, based on a comparison of the main funding models, indicators of living standards and the correlation between them. The data obtained will lead to a conclusion about the positive and negative aspects. The possibilities of implementing the positive experience of foreign organizations of healthcare systems in the realities of Russian healthcare were considered.

Key words: health care, compulsory health insurance, health care financing system, health care models, health care system management.

Актуальность проблемы состояния общественного здоровья напрямую зависит от эффективности функционирования системы здравоохранения и является фактором национальной безопасности страны. В условиях рыночных отношений экономические проблемы здравоохранения занимают центральное место в повестке социальной политики, следует рассматривать не только как сектор экономики, обладающий определенной производительностью и требующий определенных затрат, но и как сферу, в которой финансирование может рассматриваться как инвестиции в здоровье населения. Данную тематику необходимо рассматривать со всех сторон. В том числе и через призму опыта зарубежных стран.

Как отмечают многие исследователи, России нужна не просто реформация, рассматриваемая в административно-методических аспектах, а эффективная модель организации и финансирования здравоохранения

Модернизация российской экономики неразрывно связана с качеством и количеством рабочей силы, используемой в стране. Именно система здравоохранения призвана решить задачи улучшения здоровья граждан. Немаловажным является вопрос об экономической составляющей процесса апгрейда здравоохранения, и в частности проблема эффективности финансирования.

В секторе здравоохранения России устоялась смешанная модель финансирования, сочетающая в себе все три существующие формы, в которой участвуют и общественные, и частные денежные средства. Негативной особенностью действующей бюджетно-страховой модели РФ, которая сложилась в действующей системе, - это значительное недостаточное финансирование как из источников обязательного медицинского страхования, так и в рамках бюджетного финансирования. По итогу на 2020 год, общие расходы на здравоохранение в РФ не превышают отметки в 4,2% ВВП. Это один из самых низких показателей в Европе и мире в целом [10].

За счет государственных средств оплачиваются программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ВМП, инвестиционные расходы, содержание медицинских учреждений, в том числе ВУЗы и ССУЗы, организация работы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Население же в свою очередь оплачивает медицинскую помощь как напрямую, путем оплаты медицинских услуг в государственных, муниципальных и частных медицинских организациях, так и через систему ДМС [8].

Тариф по взносам на ОМС составляет 5,1 % от заработной платы, данная сумма отчитывается страхователем, он же работодатель. Страхованием детей, неработающих и инвалидов выступает государство в лице исполнительной власти. И аккумулируется в федеральном фонде ОМС, а затем уже в виде субвенций попадает в территориальные фонды. ТФОМСы же, в свою очередь, осуществляют финансирование по дифференцированным подушевым нормативам [7]. На данном этапе прослеживается еще один отрицательный организационный момент, она же особенность российского варианта ОМС – организацией страховых фондов занимаются не страховые компании, а государственные некоммерческие ФФОМС и ТФОМС. Подобная практика существенно усложняет методику перераспределения средств (возможность неуплаты/недостаточный размер страхового взноса), трудности в возможности привлечения средств из резервных фондов.

Подобная механика затрудняет контроль за оборотом денежных средств, что соответственно снижает автономность и эффективность в работе страховых компаний. А это уже почва для возможности коррупционных и мошеннических схем.

По нижеприведенным данным можно увидеть, как распределялся бюджет на сферу здравоохранения и его корреляцию с объемом внутреннего валового продукта [1; 9; 10].

Таблица 1. Расходы бюджетной системы РФ на здравоохранение

| Показатель | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|----------------|------------------|-------------------|------------------|----------------|----------------|
| ВВП в текущих ценах, млрд. рублей | 83 087,4 | 85 616,1 | 91 843,2 | 104 629,6 | 110 046,1 | 107300 |
| Всего расходы в текущих ценах, млрд. руб. в том числе: | 2780 (3,2%) | 3320,3 (3,6%) | 2941,4 (3,1 %) | 3375,1 (3,2%) | 3805 (3,5%) | 4408 (4,2%) |
| Федеральный бюджет | 302,4 | 506,3 | 439,8 | 537,3 | 713,0 | 760,7 |
| Консолидированные бюджеты субъектов | 1035,1 | 1281,2 | 847,3 | 950,8 | 905,3 | 1264,7 |
| Бюджеты фондов ОМС | 1442,5 | 1532,8 | 1654,3 | 1887,3 | 2186,7 | 2368,2 |

Визуализируя данные показатели, можно сделать выводы что рост объема затрат на обязательное медицинское страхование обеспечивается за счет внедрения единого порядка предоставления и использования субсидий из бюджета ФОМС, а также увеличения размеров взносов на ОМС. В течение рассматриваемого пятилетнего промежутка, доля расходов федерального бюджета в общем объеме расходов на здравоохранение увеличилась с 10,8% до 17,2%, доля расходов фондов обязательного медицинского страхования повысилась с 51,9% до 53,7%, в то время доля консолидированных бюджетов РФ в свою очередь сократилась с 37,2% до 28,6%. Темп прироста за 5 лет составил 58,6% и увеличился на 1% от доли ВВП. Что само по себе является положительной динамикой, но прогрессирует относительно медленно.

Теоретический анализ

В экономике принято стратифицировать три модели здравоохранения, которые характеризуются инструментами регулирования системы, способами финансирования, степенью ответственности государства за результаты функционирования системы, степенью участия государства в управлении системой здравоохранения:

- Бюджетная (она же государственная, она же система Бевериджа),
- Социально-страховая (система Бисмарка).
- Рыночная (негосударственная, либо частная)

Важно понимать, что в чистом виде ни одна из систем не существует. Модели имеют привычку, в зависимости от внутренней политики государства, перемежаться и заимствовать у друг друга определённые параметры.

Теперь, хотелось бы немного конкретизировать основные моменты каждой системы.

Бюджетная система. Страховщиком в таких системах выступает государство. Оно же и является основным ценовым регулятором. В рамках этой модели используется один из двух вариантов финансирования здравоохранения.

- Первый - это путь прямого финансирования медицинских учреждений, минуя государственные страховые фонды.
- Второй - создание государственных страховых фондов, через которые денежные средства перераспределяются в ЛПУ.

Главными особенностями государственной модели финансирования является ориентация на популяционную профилактику заболеваний населения в целом. Всё это ориентировано на уменьшение общей заболеваемости от социально-значимых патологий и снижение частоты последующей инвалидизации населения. Модель национальной системы здравоохранения в отличие от страховых систем характеризуется достаточно высокой экономичностью, что проявляется, прежде всего, в низком уровне административно-правых издержек. Но существует и реверсная сторона. Яркими недостатками чисто бюджетной модели финансирования являются:

нередкое наличие монополии государства на оказание услуг, ограничение свободы выбора пациентом ЛПУ или врача и ряд других. Частный сектор в данном случае либо не развит в должном объёме, либо ограничен нормативно-правовыми рамками. Однако, изначально именно благодаря этому медицинская помощь могла стать доступной для всех категорий населения. Основные примеры – Великобритания, Дания, Португалия [2; 3].

Социально-страховая модель устоялась во многих странах. Наиболее ярко данная модель представляется здравоохранением Японии, Российской Федерации, Германии и Канады. Она базируется на принципах гибридной экономики, успешно сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой регуляции на уровне государства, социальных гарантий и доступности медицинской. Она характеризуется в первую очередь наличием обязательного медицинского страхования всего населения страны, при определенном участии государства в финансировании страховых фондов, и то за редким исключением. В данном случае государство играет роль своеобразного посредника в удовлетворении общественно необходимых потребностей граждан в медицинской помощи независимо от уровня доходов, не нарушая рыночных принципов оплаты медицинских услуг. Многоканальная система финансирования складывается из совокупности прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты и государственного бюджета, создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы здравоохранения. Финансовые средства маршрутизируются и аккумулируются в фонде ОМС. В обязательном медицинском страховании обеспечивается более точная координация медицинского обслуживания застрахованных с размерами финансовых поступлений. Но вместе с тем, в определенных случаях это может стать недостатком. Поскольку ОМС основывается на страховых взносах, зависящих от фонда оплаты труда наемных работников, то существует риск сокращения размеров собираемых взносов, в результате чего и в системе ОМС будет оседать недостаточно средств для оплаты медицинской помощи, гарантируемой программой ОМС. Так как страховые взносы рассчитываются

на основе доходов и размера заработной платы. А увеличение тарифов страховых взносов или сокращение программы ОМС может оказаться политически неприемлемым. Достоинством децентрализованного финансирования в страховых системах является также возможность обеспечения более значительного притока средств работодателей и работников, заинтересованных в получении медицинской помощи. Это обстоятельство обусловлено прозрачностью финансирования страховой медицины, а также прямым, а не косвенным, как в случае бюджетного финансирования здравоохранения, формированием фондов [2; 3; 5].

Третья модель. Частная. Для данной системы характерным параметром является предоставление медицинской помощи на платной основе, за счет прямых платежей от потребителя медицинских услуг. Вторым пунктом идёт отсутствие единой системы государственного медицинского страхования. Основной идеей этой модели служит удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг. Но имеется одна существенная проблема – это высокий порог вхождения. В экономически проигрышном положении оказываются малообеспеченные слои населения, пенсионеры инвалиды, безработные. Американская мечта в реальности. Та часть потребностей, которая не покрывается частным здравоохранением, берет на себя государство путем разработки и реализации общественных программ медицинской помощи. Помимо этого, отсутствие единой национальной системы здравоохранения сказывается на объёме и качестве – появляется неполнота охвата медицинских услуг. Частный сектор не может покрыть весь необходимый объём рынка. Основные представители – США, Израиль, Южная Корея [4; 5].

Методология сравнения. Для анализа ключевых факторов была применена концепция сравнения уровня жизни в исследуемых странах. Для этого использовались как основные паттерны системы здравоохранения (источники финансирования, доступность здравоохранения, доля ВВП, приходящаяся на сферу здравоохранения), демографические показатели, так и

отдельные индексы, применяемые для анализа динамики уровня удовлетворения материальных и духовных потребностей людей.

Младенческая и материнская смертность – основные предикторы уровня благополучия и качества медицины.

Health Care Index by Country. Он же индекс здравоохранения. Представляет собой статистическую совокупность общего качества системы здравоохранения, включая инфраструктуру здравоохранения, компетенции медицинских, стоимость и наличие качественных лекарств и медицинских услуг. В нем также учитываются другие факторы, в том числе окружающая среда, доступ к чистой воде, санитария и гигиена, готовность правительства налагать штрафы на такие риски, как употребление табака и ожирение.

Индекс человеческого развития - интегральный показатель, представляющий собой совокупность уровня жизни (рассчитывается как ВНД на душу населения по паритету покупательной способности), ожидаемой продолжительности жизни, и уровня грамотности и образованности населения, как основных характеристик человеческого потенциала исследуемой.

Коэффициент Джини — статистический показатель степени социального расслоения общества данной страны или региона по какому-либо признаку. Используется для оценки экономического неравенства. Индекс Джини — процентное представление этого коэффициента.

Данные об основных параметрах системы, демографических показателях и расходах на сектор здравоохранения в шести рассматриваемых нами странах представлены ниже [4; 9; 11].

Таблица 2. Сравнение моделей финансирования здравоохранения стран.

| Страна | Германия | Япония | Дания | США | Израиль | Россия |
|-----------------------|---------------------|---------------------|-----------|------------------|---------|--------------------|
| Модель финансирования | Социально-страховая | Социально-страховая | Бюджетная | Частно-страховая | Частная | Бюджетно-страховая |

| | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|
| Регулирование цен на медицинские услуги | Цены, выражены в "очках", цена "очка" пересматривается при изменении экономической ситуации. | Утверждаются Министерством здравоохранения социального обеспечения. | Государство регулирует и сдерживает расходы. Частный рынок не регулируется | Государственные страховые фонды и частные медицинские организации | Государственный контроль, частичная свобода частного сектора | Государственные страховые фонды |
| Источники финансирования | ОМС - 60% ДМС-10% Гос. Бюджет - 15% Личные средства -15%. | ОМС - 60% Гос. бюджет -10% Общественные фонды - 10% Личные средства – 20% (лица старше 75 лет, которые оплачивают 10 % стоимости услуг) | За счет налогов. Муниципалитеты - 20%, государство -80% | Частное страхование — 40 %, личные средства — 20 %, программы для пожилых и малоимущих — 40 % | Налоговые поступления - 50% | 68 % - ОМС, 32 % — из бюджета в всех уровнях |
| Контроль за эффективностью расходования средств | Осуществляют частные и государственные страховщики. | Осуществляется страховыми фирмами - частными страховщиками | Государственный контроль | Частные страховые компании, государственные программы для социально незащищенных граждан | Пассивный централизованный контроль государства | Фонды ОМС и страховые компании |
| Доступность медицинского обслуживания | 90% населения охвачено программами ОМС; 10% - программами ДМС; при этом 3% застрахованных в ОМС имеют ДМС. | 40% населения охвачено национальной системой страхования; 60% - профессионально-производственной системой | 100% государственное обеспечение | 90,9% частные или общественные программы страхования | 100% населения застрахованы в 4 больничных кассах (коммерческих) | ОМС составляет 98–99 %, ДМС — 10 %. |

| | | | | | | |
|--|--|---|--|---|-----------|---|
| | | страхования. | | | | |
| Численность медицинских учреждений | 1965(2015) больниц (не поликлиник). <ul style="list-style-type: none"> • государственные (54%) • частные (8%) • благотворительные (38%) | 107 тыс. лечебных заведений, в т. ч. 8,300 госпиталей 99,547 Поликлиник (в т.ч. кабинеты частных врачей) (2011) | 15,073(2019) | 6,090(2021) | 85(2014) | 5200 (2019)/ 21400 поликлиник, ФАПов, врачебных амбулаторий |
| Процент отчислений из зарплаты | Медицинское страхование (14,6% + примерно 1% дополнительно, зависит от страховой компании) 2,2 максимальный | Ежемесячный взнос 8-14% от размера дохода (размер взноса для жителей городов и сёл различен). Взнос застрахованного по месту работы, составляет 7-10% от зп | Специальных налогов на нужды здравоохранения в Дании нет | 6,2% на сумму до \$113,7 тыс. в год. В равных долях (1,45%) платится и налог на все доходы в пользу государственной системы здравоохранения | От 1-3,1% | 5,1% в фонд ОМС |
| Средняя продолжительность жизни | 81,2 | 84,5 | 81 | 76,5 | 82,8 | 73,2 |
| Материнская смертность (на 1000) | 7,0 | 5,0 | 4,0 | 19,0 | 3,0 | 17,0 |
| Младенческая смертность (на 1000) | 2,3 | 0,8 | 3,0 | 3,7 | 1,9 | 2,6 |
| Доля расходов на здравоохранение в ВВП | 11,1% | 10,9% | 10,1% | 17,2 % | 7,4% | 4,2% |

| | | | | | | |
|--|-----------------|----------------|---------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Затраты на здравоохранение на человека (долл. США) | 5033 | 4149 | 6217 | 10246 | 3145 | 586 |
| Health Care Index by Country 2020 | 73,3 (17 место) | 81,1 (3 место) | 80,1 (4место) | 69,2 (30место) | 73,3 (13 место) | 57,6 (62 место) |
| Индекс человеческого развития | 0,95 | 0,92 | 0,97 | 0,93 | 0,92 | 0,82 |
| Индекс Джини (%) | 29 | 29,9 | 25,3 | 37,8 | 36,9 | 43,9 |

Исследование национальных систем финансирования здравоохранения в развитых странах показало, что практически везде существовали и существуют в настоящее время проблемы, и такие системы подвергаются критике со стороны представителей отрасли и со стороны представителей финансового обеспечения.

Согласно полученным данным, доля денежных средств от внутреннего валового продукта, выделяемых на здравоохранение, существенно вариабельна в исследуемых странах. В то же время - показатель продолжительности жизни, материнская и младенческая смертность и экспоненты общественного здоровья и здравоохранения не соразмерны затрачиваемым средствам, что свидетельствует о разнице в эффективности расходования денежных средств и о наличии других факторов, влияющих на продолжительность жизни населения.

В свою очередь, материнская и младенческая смертность напрямую коррелируют как с уровнем жизни, так и с объёмом финансирования (затраты на человека, доля ВВП). Все индексы показывают относительно стабильную динамику отображения уровня здравоохранения и уровня жизни в целом.

Расходы со стороны государства на здравоохранение в РФ составляют 4,2% от общей доли внутреннего валового продукта, что в 2,4 раза ниже, чем в других сравниваемых странах (7,4 - 17,2% ВВП). Такое снижение

финансирования, в комбинации с реструктуризацией ЛПУ и кадровыми сокращениями медицинских работников в период 2000-2014 гг., необратимо привело к снижению качественных и количественных значений медицинской помощи, оказываемой в гарантированном объеме [1].

В России данные показатели, за исключением разве что младенческой смертности, ниже целевой планки, по сравнению с другими государствами.

Исходя из всего вышесказанного, анализ зарубежного опыта позволяет сделать следующие выводы:

- Ни одна из трёх моделей не существует в своей стерильной, теоретической сущности.

- Везде есть свои плюсы и минусы. Ни одна модель не обладает универсальностью.

- В каждой из моделей имеется только один преобладающий источник финансирования.

- Государство как в страховой, так и в бюджетной системе обеспечивает более 50-70 % всех пунктов расходов.

- Ни одна, пусть даже самая развитая, страна не может обеспечить всех потребностей здравоохранения из государственных средств без частного страхования и/или соплатежей. Везде требуется частичная компенсация за счёт побочных источников субсидирование

- По сути, ни одна из ранее выбранных систем не является априорной. Постоянно происходят подвижки к ребрендингу имеющегося концепта финансирования.

Экстраполируя полученные результаты, можно выдвинуть ряд тезисов, опираясь на которые можно выстроить ряд рекомендаций для решения административно-экономической проблематики системы здравоохранения в области финансирования.

Для того, чтобы данная модель прогрессировала в полную силу, нужно:

- Поэтапно увеличить долю инвестиций на систему здравоохранение

до 6–8 % от ВВП.

- Перебрать законно-правовую концепцию на факт детерминации и связи обязательного и добровольного медицинского страхования.
- Рассмотреть вариант полного перехода на одноканальное финансирование через ОМС. Нужно изменить порядок маршрутизации бюджетных средств из ФОМС, который играет роль своеобразной перевалочной базы на пути в территориальные ФОМС.
- Производная от предыдущего пункта. Пересмотреть роль страховых компаний, увеличив значимость в управлении ресурсами.
- Постепенно отходить от сметного финансирования по госзаданию, способствуя конвергенции рыночной и бюджетной систем здравоохранения к социально-страховой системе здравоохранения.
- Привлечение дополнительных источников финансирования – ДМС, соплатежи/платные услуги за медицинские услуги, технологии, препараты. Соответственно, данный шаг увеличивает роль частного сектора.

Библиографический список:

1. Улумбекова Г.Э., Гинойн А.Б., Калашникова А.В., Н.В. Альвианская Н.В. Финансирование здравоохранения в России (2021-2024 гг.) // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. Том 5. №4, 2019 С. 4-9.
2. Омеляновский В.В., Максимова Л.В., Татаринев А.П. Зарубежный опыт: модели финансирования и организации систем здравоохранения // Научно-исследовательский финансовый институт. Финансовый журнал. 2016. №3. С. 60.
3. Титова А.О., Родионова С.Ю. Особенности управления финансами в разных моделях здравоохранения // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Экономика. Управление. Право, Том. 14 №3, 2014 С. 536-542.
4. Даниелян М.Г. Анализ источников финансирования

здравоохранения на современном этапе // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 6. С. 545-548.

5. Скляр Т.М. Международный опыт финансирования по результатам деятельности в здравоохранении // Менеджер здравоохранения. 2015. №3. С. 51-57.

6. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

7. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

8. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2020 год и на плановый период 2021 и 2022 годов (с изменениями на 5 июня 2020 года) // Постановление Правительства Российской Федерации от 7 декабря 2019 года N 1610.

9. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс] URL: <https://rosstat.gov.ru/storage/mediabank/Zdravoohran-2019.pdf> (дата обращения: 03.02.2021).

10. Официальный сайт Федеральной фонда обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] URL: <http://www.ffoms.gov.ru> (дата обращения: 03.02.2021).

11. <https://knoema.ru> [Электронный ресурс] URL: <https://knoema.ru/atlas/ranks> (дата обращения: 03.02.2021).