

DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-115-126

УДК 338.012(045)

JEL H51, G22



Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика

В.В. Антропов

Финансовый университет,
РГУ нефти и газа (НИУ) имени И.М. Губкина
Москва, Россия
<https://orcid.org/0000-0002-2991-2877>

АННОТАЦИЯ

Предмет исследования – системы финансирования здравоохранения в европейских странах и России.

Актуальность рассмотрения этой проблемы обусловлена возможностью использования успешного зарубежного опыта организации финансирования здравоохранения в России.

Цель работы – рассмотрение особенностей организации и финансирования моделей здравоохранения в европейских странах и возможностей использования их опыта в системе организации финансирования здравоохранения в Российской Федерации. В статье проводится исследование сегодняшнего состояния двух моделей финансирования здравоохранения в ЕС – бюджетной и страховой. На примере отдельных европейских стран рассматриваются особенности функционирования каждой модели, оцениваются их преимущества и недостатки. Особое внимание в работе уделяется специфике системы финансирования здравоохранения России и ее отличию от зарубежных систем. С учетом рассмотренного зарубежного опыта и необходимости совершенствования российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в статье предлагаются направления совершенствования российской модели финансирования здравоохранения: установление единой организационно-финансовой системы обязательного медицинского страхования; введение системы паритетного участия работодателя и работника в финансировании обязательного медицинского страхования; введение системы семейного страхования; стимулирование программ добровольного медицинского страхования (ДМС). *Сделан вывод*, что стержнем реформирования системы ОМС должен быть поиск социально приемлемых и экономически рациональных форм привлечения средств населения. При этом крайне важно, чтобы поступающие в медицинские учреждения средства не увеличивали теневые доходы в экономике, а направлялись на развитие системы здравоохранения.

Ключевые слова: финансирование здравоохранения; бюджетная модель здравоохранения; страховая модель здравоохранения; модель здравоохранения Семашко; обязательное медицинское страхование; добровольное медицинское страхование

Для цитирования: Антропов В.В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика. *Экономика. Налоги. Право.* 2019;12(2):115-126. DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-115-126

Healthcare Financing: European Experience and Russian Practice

V.V. Antropov

Financial University,
Gubkin Russian State University of Oil and Gas
Moscow, Russia
<https://orcid.org/0000-0002-2991-2877>

ABSTRACT

The subject of the research is healthcare financing systems in European countries and Russia.

The relevance of the problem stems from the possibility of using successful foreign experience for the organization of healthcare financing in Russia.

The purpose of the research was to examine the specific features of the establishing and funding healthcare models in countries of Europe and the possibilities of their experience in organizing healthcare financing in the Russian Federation.

The paper examines the current state of the two models of health financing in the EU – budget funding and insurance. By the example of individual European countries, the operation specifics of each model are analyzed, their advantages and disadvantages are assessed. Particular attention is paid to the specifics of the healthcare financing system in Russia and its difference from foreign systems. Taking into account the foreign experience and the need to improve the Russian compulsory healthcare insurance (CHI) system, the paper proposes ways to improve the Russian model of healthcare financing: establishment of a unified organizational and financial CHI model; introduction of a system of equal participation of the employer and employee in the financing of compulsory healthcare insurance; introduction of a family insurance system; promotion of voluntary healthcare insurance programs. *It is concluded* that the keypoint in the CHI system restructuring should be the search for socially acceptable and economically justified forms of attracting public funds. At the same time, it is extremely important that the funds received by medical institutions do not increase the shadow incomes in the economy but are spent on the development of the healthcare system.

Keywords: healthcare financing; budget healthcare model; healthcare insurance model; Semashko healthcare model; compulsory healthcare insurance; voluntary healthcare insurance

For citation: Antropov V.V. Healthcare financing: European experience and Russian practice. *Ekonomika. Nalogi. Pravo = Economics, taxes & law.* 2019;12(2):115-126. (In Russ.). DOI: 10.26794/1999-849X-2019-12-2-115-126

МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ ЕС

Медицинское страхование и обеспечение охраны здоровья населения, называемые вкратце здравоохранением, являются важнейшим компонентом социальной политики европейских государств. С точки зрения организационно-финансовых особенностей можно выделить две основные модели здравоохранения: страховую и бюджетную. Однако вследствие того что с течением времени каждое государство было вынуждено совершенствовать действовавшую систему, ни в одной стране эти модели не представлены в чистом виде (см. таблицу).

Основным источником финансирования здравоохранения в большинстве стран являются взносы на обязательное медицинское страхование (далее — ОМС), отчисляемые на паритетной основе работодателями и наемными работниками. Дефицит фондов обязательного и частного медицинского страхования покрывается за счет государственных кредитов (например, в Бельгии).

На финансирование здравоохранения направляются также средства, поступающие от добровольного медицинского страхования (далее — ДМС) за счет работодателей или из собственных средств граждан. Наибольшее распространение ДМС получило в таких европейских странах, как Германия и Нидерланды.

Во многих государствах оплата медицинских услуги и медикаментов может также осуществляться из личных средств пациентов. Это обусловлено тем, что медицинское страхование не всегда покрывает все затраты на оказание медицинской помощи. Структура личных расходов пациентов на финансирование здравоохранения не носит однород-

ного характера. Так, достаточно высокая их доля в таких странах, как Италия и Греция, объясняется превалированием индивидуальных доплат граждан на приобретение лекарств и оплату медицинских услуг, а в Германии, Франции и Бельгии основная часть расходов аккумулируется в фондах страховых медицинских компаний, оказывающих услуги в рамках ДМС. Это обусловлено развитым рынком ДМС, многочисленностью конкурирующих между собой частных страховых компаний, а также стабильностью финансового рынка, что дает возможность страховым медицинским компаниям осуществлять успешную инвестиционную деятельность.

БЮДЖЕТНАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Модель (система) бюджетного финансирования здравоохранения существует в таких европейских странах, как Великобритания, Швеция, Дания, Ирландия и Италия. Ее концептуальные основы были заложены в докладе английского экономиста У. Бевриджа, представленного правительству Великобритании в 1942 г. [1]. Основными характеристиками этой модели являются:

- всеобщий охват населения услугами здравоохранения;
- финансирование из государственного бюджета;
- контроль со стороны парламента и управление правительственными органами.

В процессе реализации данной модели эта концепция получила название «Программа национальных медицинских услуг», поскольку основным поставщиком услуг и единственным «страховщиком»

Таблица / Table

Методы финансирования и организационные принципы систем здравоохранения / Financing methods and organizational principles of health systems

Финансирование / Financing	Модель здравоохранения / Health model	
	Бюджетная / Budgetary	Страховая / Insurable
Налоги / Taxes	Дания, Великобритания, Швеция	Испания
Страховые взносы / Insurance premium		Германия, Франция, Нидерланды

* Несмотря на финансирование из бюджетных средств, система здравоохранения Испании основывается на страховом принципе.
 Источник / Source: составлено автором / compiled by the author.

в таких системах является государство. В данной модели возможны две формы финансирования здравоохранения:

- через государственные фонды, ресурсы которых используются для финансирования медицинских учреждений;
- прямым финансированием медицинских учреждений, минуя государственные фонды.

В большинстве стран с бюджетной моделью финансирования здравоохранения обязанность по определению политики в области охраны здоровья населения и ответственность за обеспечение доступа к медицинской помощи возлагаются на министерства здравоохранения. Примером может служить организация системы здравоохранения в Англии, где вопросы финансирования и предоставления медицинских услуг возложены на Национальную службу здравоохранения и ее местные отделения.

В бюджетных моделях здравоохранения функции центрального правительства и органов управления здравоохранением на местах, как правило, четко разграничены. Разделение ответственности за оказание медицинской помощи заключается в том, что общие вопросы развития здравоохранения решаются центральными органами управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений на местах находятся в ведении местных органов власти. Основопологающей особенностью бюджетной модели финансирования здравоохранения является равный доступ к медицинской помощи всех граждан страны. Это обстоятельство препятствует формированию социального неравенства в сфере доступа населения к услугам здравоохранения.

Бюджетная модель здравоохранения, в отличие от страховых систем, характеризуется большей экономичностью, что проявляется в более низком уровне административных издержек. Это обусловлено тем,

что государство может сдерживать рост расходов на здравоохранение с помощью макроэкономических рычагов. Кроме того, при бюджетном финансировании здравоохранения стимулы к сдерживанию расходов и способность это делать объединены в одном управляющем органе, что позволяет сберегать средства и исключать дублирование функций. Поэтому бюджетные модели здравоохранения, как правило, обходятся обществу дешевле, чем страховые. Обратной стороной контроля государства за состоянием здравоохранения являются политические издержки для властей в виде роста общественного недовольства и критики со стороны поставщиков медицинских услуг. Поэтому расходы, выделяемые на бюджетную систему здравоохранения, зачастую зависят от политических приоритетов.

Английская система здравоохранения является типичной бюджетной моделью. Она представляет собой систему государственного финансирования здравоохранения с высокой централизацией фондов и ограниченной ролью местного финансирования. Ее ключевой принцип — обеспечение доступности медицинских услуг для всего населения страны. Финансирование здравоохранения в Англии осуществляется из средств государственного бюджета и частично — за счет части социального налога, который выплачивают работники и работодатели [2]. Считается, что английская система здравоохранения сформировалась под влиянием идей, впервые воплощенных в государственной системе здравоохранения СССР, созданной в 1920–1930 гг. при участии академика Н.А. Семашко. Принципы организации и финансирования здравоохранения в СССР оказали значительное влияние на построение здравоохранения не только в Англии, но и в других странах. Однако, в отличие от зарубежных бюджетных систем здравоохранения (большинство которых было сформиро-

ровано на несколько десятилетий позже советской), система здравоохранения СССР характеризовалась главенствующей ролью государства в организации здравоохранения и чрезмерной централизацией управления. Кроме того, врачи и административные работники медицинских учреждений в советской модели здравоохранения часто имели меньше прав в организации своей деятельности, а сама система была неподотчетна населению. Однако следует отметить, что и в Англии налогоплательщики не всегда имеют информацию о расходовании направляемых на здравоохранение средств, а в самой системе отсутствуют четкие критерии определения качества оказываемых медицинских услуг. В большинстве стран государственное здравоохранение представляет собой как систему добровольного медицинского страхования, так и обширный сектор медицинских услуг, оплачиваемых из личных средств граждан. В СССР и других социалистических странах наряду с государственной системой здравоохранения существовал небольшой сектор оказания частных услуг (например, зубное протезирование).

Опыт функционирования бюджетных систем здравоохранения показал, что на протяжении более 60 лет своего существования они по ряду показателей оказались достаточно эффективными, предоставляя населению относительно недорогие и качественные медицинские услуги. Так, в Англии лишь 12% жителей страны пользуются услугами ДМС, за счет которого финансируются отдельные специфические хирургические операции, зубоорачебные и офтальмологические услуги. Основным фактором, который определяет спрос на услуги ДМС в Великобритании, является необходимость долгого ожидания своей очереди в учреждениях государственного здравоохранения. Однако, как отмечают некоторые авторы, «данные о связи между размером очереди на лечение и добровольным медицинским страхованием не вполне убедительны, поскольку очереди становятся все длиннее, а степень охвата населения добровольным медицинским страхованием снизилась. Одна из возможных причин этого снижения — чрезвычайная дороговизна страховых премий, рост которых постоянно опережает темпы инфляции» [3].

Большинство медицинских услуг, оказываемых в рамках государственной системы здравоохранения Англии, предоставляется бесплатно. Частично оплачиваются только некоторые виды услуг, например выписка рецепта и профилактический осмотр.

Исключением является стоматологическая помощь, большая часть стоимости которой (около 80%) оплачивается самим пациентом. Несмотря на это, размер участия пациентов в оплате услуг здравоохранения в Великобритании меньше, чем в таких европейских странах, как Франция или Италия, — там подобная форма покрытия издержек получила большее распространение. В Англии от доплат за медицинскую помощь освобождены беременные, дети, получатели государственной социальной помощи и пособий по безработице, больные с хроническими заболеваниями, пенсионеры и инвалиды войны. Несмотря на меньшую долю средств, расходуемых на нужды здравоохранения в структуре ВВП в Великобритании по сравнению с другими государствами ОЭСР (9,7% в 2016 г.)¹, результаты деятельности здравоохранения этой страны являются далеко не худшими, а по ряду показателей и превосходящими ряд европейских стран.

Несмотря на положительные качества, характерные для бюджетной модели, следует отметить ее недостатки, обуславливающие снижение качества оказываемой медицинской помощи, усложнение контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны пациентов. Монополия в здравоохранении способствует возникновению затратного механизма в расходовании средств налогоплательщиков без существенного улучшения качественных характеристик здоровья населения. Монополизация в отрасли становится причиной роста дефицита медицинских услуг, в частности длительного ожидания оказания отдельных видов медицинской помощи (например, поликлинической). Последний фактор может также быть индикатором недофинансирования отрасли.

Поскольку управление здравоохранением осуществляется государственными органами и профессиональными работниками здравоохранения, которые имеют статус государственных служащих, бюджетная модель отличается чрезмерной бюрократизацией и авторитарностью управления. Преобладание государственной собственности в сфере здравоохранения приводит также к ограничению свободного рынка медицинских услуг.

Несмотря на широкий охват населения медицинскими услугами, для бюджетной модели характерно неравенство в распределении медицинской помощи

¹ Сайт ОЭСР. URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата обращения: 24.02.2019).

между различными регионами, что проявляется в концентрации финансовых и материальных ресурсов в крупных городах и их нехватке в регионах. Причинами тому могут быть недостаточная прозрачность процедур распределения ресурсов в здравоохранении и отсутствие гибкости в принятии управленческих решений.

Как правило, все бюджетные системы подвергаются постоянному давлению со стороны поставщиков медицинских услуг в целях увеличения частного финансирования и повышения доли сборов с потребителей услуг независимо от наличия частного страхования. Особенно чувствительны бюджетные модели к подобному давлению во времена финансовых кризисов. Для бюджетных систем характерно, что врачи, практикующие в государственном и частном секторах, могут манипулировать сроками ожидания оказания услуг, чтобы поощрять больных к частным платежам.

Рост частных платежей может привести к ухудшению доступа к услугам государственной системы здравоохранения. Большие доходы, которые получают врачи, работающие в частных клиниках, побуждают их ограничивать время приема пациентов и недорабатывать в государственном секторе. Конечно, частные платежи способствуют перераспределению доступа к лечению, если предложение является недостаточным, однако в модели здравоохранения, финансируемой в основном из налоговых поступлений, любая форма частного платежа наличными является способом приобретения привилегированного доступа к услуге, большая часть которой оплачивается главным образом из чужих налогов. Поэтому до тех пор пока в обществе преобладает ощущение, что адекватный уровень медицинских услуг доступен для всех, число тех, кто желает платить за привилегированную медицинскую помощь, будет небольшим (за исключением лиц с доходом выше среднего). Однако как только значительная часть населения поймет, что медицинская помощь является некачественной или недоступной, идея частного финансирования может получить серьезную политическую поддержку. Наконец, к недостаткам бюджетной модели относят ее большую зависимость от меняющихся политических приоритетов, что отчетливо видно на примере Великобритании, расходы на здравоохранение в которой на протяжении последних 20 лет неоднократно менялись под воздействием политической конъюнктуры.

СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Страховая модель здравоохранения существует во многих странах мира. В Европе она получила распространение в Германии, Бельгии, Нидерландах, Австрии и Франции. В отличие от США, в странах ЕС медицинское страхование является обязательным для большинства населения. Данная модель здравоохранения начала формироваться на рубеже XIX–XX вв., когда во многих европейских странах были приняты законы об ОМС. Реализация идей социальной солидарности в сфере здравоохранения и дефицит средств на оплату медицинских услуг у населения побудили властей вмешаться в процесс организации и контроля медицинского страхования. В итоге появилась система страхового финансирования здравоохранения, основными чертами которой стали:

- всеобщность охвата населения;
- участие в финансировании страховых фондов наемных работников, работодателей и государства;
- контроль за деятельностью страховых медицинских организаций (далее — СМО) со стороны страхователей;
- согласование тарифов на медицинские услуги и контроль качества медицинской помощи со стороны страхователей и государства.

Основной причиной введения страховой медицины в европейских странах стало появление большого частного сектора в здравоохранении с высокими ценами на медицинские услуги, которые стали недоступны для многих граждан.

В основе страховой модели здравоохранения лежит принцип солидарности, который предполагает существование страховых фондов, управляемых на паритетных началах наемными работниками и работодателями. Эти фонды аккумулируют социальные отчисления от заработной платы для осуществления страховых выплат. Страховые системы здравоохранения не финансируются, как правило, из государственного бюджета, за отдельными исключениями. Так, для малообеспеченных членов общества, которые не могут получать медицинские услуги по ряду причин (например, ввиду отсутствия необходимого страхового стажа), медицинская помощь финансируется государством. В данном случае речь идет о вспомогательных механизмах, которые представляют собой отступления от основной логики страховой модели, но без них обеспечение полного охвата населения медицинскими услугами населения было бы невоз-

возможным. В страховых моделях здравоохранения принцип обязательности медицинского страхования соблюдается не полностью, что обусловлено существованием «потолочных» уровней заработной платы для лиц с высокими доходами. Превышение такого уровня приводит или к невозможности участия в программе ОМС (возможно только добровольное страхование), или к лимитированию страховых взносов (в этом случае в рамках ОМС страховые взносы вносятся только в пределах «потолочного» уровня заработной платы, а социальные выплаты исчисляются в отношении к этому уровню).

Медицинское страхование в страховой модели является обязательным для всех трудящихся по найму. В большинстве европейских стран обязательным медицинским страхованием охвачено практически все население. Так, в Люксембурге только 1–3% населения остаются незастрахованными, к которым относятся преимущественно богатые жители [4]. В Германии значительная часть работающих охвачена ОМС, и только их небольшая часть в законодательном порядке исключена из нее (лица с высокими доходами). Имеются группы населения, которые могут выбирать между государственным и частным медицинским страхованием [5]. В Нидерландах предусмотрено разделение застрахованного населения на основании размера доходов: лица с низкими доходами включаются в систему ОМС, а лица с высокими доходами — в систему частного медицинского страхования [6].

В страховой модели здравоохранения величина страховых взносов, отчисляемых в страховые фонды, рассчитывается на основе размера заработной платы и доходов. В этом случае происходит перераспределение ресурсов от высокооплачиваемых категорий населения к менее оплачиваемым работникам, от молодых и одиноких — к пожилым и многодетным семьям. Таким образом, обеспечивается социальная солидарность внутри групп застрахованных. Размер страховых взносов обычно зависит от размера заработной платы. В большинстве стран ЕС страховые взносы распределяются на паритетной основе: одна их часть уплачивается работодателем, а другая — наемным работником. Оплата страховых взносов может осуществляться в разных пропорциях. Так, если для Германии, Бельгии, Люксембурга это соотношение является равным для работников и работодателей, то во Франции большую часть расходов в финансировании страховых фондов берут на себя наниматели.

Актуальным вопросом, по-разному решаемым в европейских странах, является участие в системе ОМС большой группы ее участников — пенсионеров. Чаще всего в качестве взноса в ОМС они уплачивают ту же долю от своей пенсии, что и работающие граждане от своей зарплаты. Однако имеются исключения. Например, если в Германии и Люксембурге эта сумма делится между пенсионером и государственным пенсионным фондом, который выступает в этом случае как работодатель, то в Нидерландах пенсионер платит страховой взнос за себя полностью. В некоторых случаях финансирование здравоохранения дополняется из государственного бюджета, однако, в отличие от бюджетной модели, в модели страхового здравоохранения такая практика применяется только в случаях дефицита страховых фондов. Таким образом, в отличие от бюджетной модели, финансирование страхового здравоохранения осуществляется на трехсторонней основе — из средств наемных работников, предпринимателей и, в случае необходимости, государства. Соотношение размеров финансового участия в формировании фондов медицинского страхования зачастую зависит от экономической конъюнктуры и налоговой политики государства. Несмотря на то что в большинстве стран ЕС страховые фонды самоуправляемы, существенное влияние на установление ставки страховых взносов оказывает правительство или парламент. Например, во Франции о размерах ставок взносов договариваются правительство, представители наемных работников, предпринимателей и организации социального обеспечения (пенсионные фонды), однако последнее слово остается за правительством [7]. В Нидерландах функция установления ставок взносов возложена на коллегия по медицинскому страхованию, которая рекомендует министерству здравоохранения, социальной защиты и спорта размеры ставок взносов на следующий год [6]. Только в двух странах ЕС — Германии и Люксембурге — полномочия по установлению ставок взносов принадлежат медицинским страховым фондам (страховым кассам), хотя и в этих государствах они подлежат одобрению правительством.

В системе страхового здравоохранения в ЕС особые условия страхования применяются в отношении лиц, занятых не по найму, — предпринимателей, фермеров, ремесленников, адвокатов и пр. Для них действуют особые правила страхования, нежели для лиц, работающих по договору найма. Выплата

страховых взносов зависит от действующего порядка налогообложения. Если в России страховые взносы на медицинское страхование вычитаются из заработной платы до получения ее работником, то в Германии или Франции отчисления в фонды медицинского страхования делаются после получения работниками заработной платы. Такая же форма взимания страховых взносов действует и в системе национального здравоохранения Великобритании с той лишь разницей, что часть взимаемого единого социального взноса, предназначенная на здравоохранение, перечисляется в соответствующий фонд Национальной службы здравоохранения страны.

Аккумуляция ресурсов в страховой модели осуществляется в неправительственных некоммерческих (страховых) фондах, которые выступают посредниками между застрахованными и медицинскими учреждениями (врачами). В ряде стран страховые фонды организуются на различных основах: профессиональной, территориальной, религиозной и даже политической. Управление этими организациями в большинстве государств однотипно и осуществляется представителями застрахованных и страховщиками. Таким образом, в отличие от бюджетной модели здравоохранения, для страховой модели характерно децентрализованное финансирование.

Страховая система финансирования здравоохранения по сравнению с бюджетной системой обладает рядом преимуществ. Причина одного из них — различия в форме образования фондов. Так как страховые фонды формируются на целевой основе и рассчитаны на определенный круг лиц, то и страховая медицина приобретает характер целевой и адресной. Это вызвано ее большей ориентацией на пациента. В отличие от бюджетной модели, в страховой системе врач является первичной инстанцией — он берет на себя ответственность за обеспечение оказания всех необходимых медицинских услуг. Кроме того, в отличие от бюджетной модели, где фактически происходит обезличивание денежных средств пациента, поступающих в государственный бюджет, в страховой системе полное обезличивание невозможно ввиду наличия цепочки взаимодействующих сторон: пациент — страховая компания — врач. Таким образом, факт зависимости доступа к лечению от взносов придает больному статус покупателя, а связь между страховщиком и застрахованным осуществляется на основе договора.

Немаловажной особенностью страховых моделей, отличающих их от бюджетных систем, является то обстоятельство, что их финансирование менее зависимо от политической конъюнктуры. В страховых моделях существенная часть страховых взносов остается, как правило, на местах. Они перераспределяются в порядке территориального выравнивания и могут контролироваться страхователями и застрахованными в части использования ресурсов, направляемых на оплату медицинской помощи, и качества оказываемых медицинских услуг. Кроме того, пациенты имеют более широкую возможность выбора врача и лечебного учреждения, чем в бюджетных моделях здравоохранения. Преимуществом страховой системы страхования является также то, что работники и предприниматели могут выбирать страховые фонды, способствуя тем самым конкуренции между различными страховыми компаниями.

Достоинством децентрализованного финансирования в страховых системах является возможность обеспечения стабильного притока финансов предприятий и работников, заинтересованных в получении медицинской помощи. Это обстоятельство обусловлено прозрачностью финансирования страховой медицины, а также прямым, а не косвенным, как в бюджетной модели, формированием фондов. Страховой характер финансирования здравоохранения может вместе с тем породить проблемы, связанные с удорожанием лечения. Это вызвано тем, что, поскольку страховые системы не устанавливают жестких бюджетных ограничений, в них усиливается действие затратного механизма. В свою очередь, это приводит к дефициту средств фондов страхования и, как следствие, — к увеличению ставок страховых взносов предпринимателей и работников. При росте стоимости медицинской помощи страховой организации легче принять решение о повышении страховых взносов, чем правительству (в случае бюджетной модели — о повышении налогов). Поэтому макроэкономическая стоимость страховой модели оказывается более дорогой: расходы на нее в процентах к ВВП, как правило, выше, чем в системе бюджетного здравоохранения². Помимо роста страховых взносов, высокая стоимость стра-

² Впрочем, все относительно. Поэтому разница в доле расходов между обеими моделями не столь велика. Так, Канада с ее бюджетным финансированием здравоохранения (10,4%) не слишком отстает от немецкой (11,1%) и французской (11,5%) систем, основанных на социальном страховании.

ховой модели объясняется также такими факторами, как более высокие административные издержки, которые обусловлены необходимостью обработки страховыми организациями финансовых отчетов лечебных учреждений; спецификой деятельности врачей, заинтересованных в предоставлении более дорогих и не всегда нужных пациенту услуг; увеличением страховыми компаниями собственных расходов на маркетинг и рекламу в условиях рыночной конкуренции.

Проблема роста стоимости лечения в страховых моделях здравоохранения в странах ЕС решается по-разному. Так, мерами, способными уменьшить рост расходов на здравоохранение, могут быть:

- снижение количества медицинских услуг, которые гарантируются в рамках обязательного медицинского страхования. Это возможно путем увеличения доли собственных расходов пациентов в оплате медицинской помощи;
- унификация ставок страховых взносов и предоставляемых услуг.

Однако реформы последних лет в европейских странах сделали системы страховой медицины более гибкими, совмещающими как централизованные, так и децентрализованные принципы управления, менее подверженные конъюнктурным колебаниям [8].

К недостаткам страховой модели здравоохранения часто относят ее небольшие возможности в сфере охраны общественного здоровья и санитарного просвещения, а также по осуществлению мер профилактической медицинской помощи, обусловленных недостаточными финансовыми возможностями страховых фондов и их очевидной незаинтересованностью в направлении значительных средств на эти цели. Слабостью страховой модели вследствие ее децентрализованного характера является сложность управления и координации деятельности медицинских учреждений, особенно в странах с ограниченными ресурсами и неоднородностью территориального деления. По этой причине успех формирования российской системы здравоохранения, которая руководствуется принципами как бюджетной, так и страховой модели финансирования, во многом зависит от качества управления медицинским страхованием. Наконец, серьезным недостатком страховой модели является то, что она зависит от демографической ситуации в стране. На сегодняшний день именно демографические изменения в структуре населения развитых

европейских стран — старение населения и падение рождаемости — становятся основными причинами кризиса современных систем страховой медицины.

ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

В отличие от США, Австралии и Швейцарии, в европейских государствах ДМС не играет ведущей роли в финансировании здравоохранения. Исходя из сложившейся традиции правительства стран ЕС стремятся сохранить принципы здравоохранения, основанного на бюджетном финансировании или обязательном медицинском страховании, доступного для каждого гражданина независимо от его платежеспособности. Поэтому ДМС играет в этих государствах небольшую роль и подразделяется на страхование:

- служащее заменой обязательной системе (замещающее страхование, далее — замещающее ДМС);
- представляющее собой добавочную оплату услуг, которые полностью или частично исключены из государственной системы (добавочное страхование, далее — добавочное ДМС);
- предоставляющее расширенный набор медицинских услуг (далее — расширенное ДМС) [9].

Системы медицинского страхования в странах ЕС имеют обязательный характер для большинства граждан. Однако в Германии, Нидерландах и Испании отдельные группы населения либо не охватываются государственной системой, либо могут выйти из нее и прибегнуть к услугам ДМС. В Германии ДМС распространяется только на работников с высокими доходами [10]. Лица, чьи заработки превышают определенный предел, могут добровольно выйти из государственной системы и воспользоваться услугами замещающего ДМС, охватывающего широкий круг медицинских услуг и предоставляющего множество льгот и пособий — от полной компенсации расходов на стационарное лечение до платежей за косметическую хирургию или альтернативное лечение. Как правило, полисы замещающего ДМС предоставляют дополнительные удобства (например, улучшенный уход в стационаре), ускоренный доступ к медицинской помощи и расширенный выбор медицинских учреждений.

Дополняющее ДМС, в отличие от замещающего ДМС, либо полностью, либо частично покрывает услуги, которые не предусмотрены обязательным медицинским страхованием. Оно доступно для всех

граждан стран ЕС, хотя в различных формах. Так, услуги некоторых страховых компаний, работающих на этом рынке, ограничиваются больничным лечением. Если дополняющее ДМС распространяется на амбулаторное лечение, оно может включать услуги врачей-специалистов и вспомогательного медицинского персонала, а также покрывать расходы на медикаменты, транспорт, стоматологические услуги и др. Страховые пакеты могут быть различными в зависимости от страны или страховой компании. Следует отметить, что наряду с перечисленными услугами, дополняющее ДМС компенсирует также личные доплаты пациентов на медицинскую помощь в Бельгии и Дания (соплатежи на медикаменты), во Франции (амбулаторное лечение).

Расширенное ДМС предназначено для увеличения потребительского выбора, предоставления более высокого уровня удобств или ускоренного доступа к лечению, особенно в отраслях, где проблема ожидания лечения достаточно актуальна (например, в хирургии).

Несмотря на наличие налоговых стимулов в области ДМС, во многих странах ЕС устойчивого роста спроса на услуги ДМС не наблюдается по причине того, что ОМС охватывает подавляющее большинство населения. Кроме того, этому способствуют усилия государств по внедрению в практику иных, помимо ДМС, методов по перекладыванию расходов на плечи потребителей (сборы с пользователей), о чем упоминалось выше. Как правило, доля расходов на ДМС выше в странах со страховыми системами здравоохранения. Данные по ЕС показывают, что даже в государствах, где правительства специально поощряют людей обращаться к услугам частного страхования, результаты по ДМС не всегда поддаются однозначной интерпретации. Так, относительно скромные размеры рынков ДМС в Дании, Финляндии и Швеции обычно объясняются большими размерами государственных пособий. Достаточно низким остается процент частных расходов на ДМС в южноевропейских странах ЕС, несмотря на то что личные платежи граждан (в том числе нелегальных лиц) там достаточно высоки. Объяснение может заключаться в нежелании пациентов платить третьей стороне — страховой компании. Если люди привыкли платить своему врачу непосредственно, перевод денег третьей стороне может показаться излишним. Этот элемент культурной традиции влияет на распространение ДМС в странах с высоким уровнем неофициальных платежей.

ОСОБЕННОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

Переход России в 1990-х гг. на рыночный путь развития не мог не повлиять на состояние системы здравоохранения, особенностью которой в современных условиях является многоканальность финансирования: бюджеты всех уровней, внебюджетные фонды ОМС в виде федеральных и территориальных фондов — соответственно ФФОМС и ТФОМС, а также личные средства граждан. Система ОМС не заменила ранее существовавшую бюджетную систему, а только ее дополнила — средства, аккумулированные в ОМС, не превышают 40% общего государственного финансирования здравоохранения [11]. В отличие от европейских систем, сформировавшихся в течение десятков лет, российская система ОМС была создана за несколько лет. Если создание системы страхового здравоохранения в Европе происходило при наличии большого частного сектора здравоохранения и страховая медицина была выбрана в качестве инструмента уменьшения финансовой нагрузки на население в результате постоянного роста цен на медицинские услуги, становление системы ОМС в нашей стране проходило в принципиально иных условиях.

Во-первых, в отличие от европейских стран, в России практически отсутствовал частный сектор в здравоохранении и существовала государственная система его финансирования. *Во-вторых*, необходимым условием эффективной работы страховых систем здравоохранения является высокий уровень доходов населения. Сегодня объем заработной платы в структуре ВВП России составляет около 30%, тогда как развитых странах — не менее 60%. В нашей стране выбор страховой модели здравоохранения был обусловлен стремлением расширить источники его финансирования и иметь новые каналы стабильного получения дополнительных средств. Предполагалось, что внедрение страховой системы финансирования создаст институциональные условия для повышения эффективности использования ресурсов в здравоохранении. Однако несмотря на то что закон об ОМС действует с 1991 г., сама концепция страховой медицины далеко не бесспорна и очевидна для организаторов системы российского здравоохранения [12]. Кроме того, существующая сегодня в России смешанная; для бюджетно-страховой модели здравоохранения характерно хроническое недофинансирование [13].

Особенностью российской системы ОМС стало создание специализированных органов государст-

венного управления — ФФОМС и ТФОМС как самостоятельных некоммерческих финансово-кредитных учреждений. Основными задачами этих организаций являются формирование финансовых средств на ОМС, обеспечение финансовой стабильности государственной системы ОМС и выравнивание финансовых ресурсов на его реализацию. В разные годы система ОМС России была представлена ее различными организационно-финансовыми моделями:

- *страховая модель*. В этой модели СМО непосредственно организуют работу с застрахованным населением и медицинскими учреждениями, контролируют объем и качество оказываемых медицинских услуг, предусмотренных ОМС;
- *смешанная модель*. Страховщиком выступает как страховая медицинская организация, так и ТФОМС;
- *фондовая модель* исключает участие страховых медицинских организаций. Их функции выполняют ТФОМС и их филиалы;
- *модель, не предусматривающая участия фондов ОМС, их филиалов и СМО*. Страховые средства аккумулируются в органах управления здравоохранением, через которые и осуществляется финансирование здравоохранения.

В отличие от классической модели ОМС, в ее российском варианте между фондом ОМС и медицинским учреждением нет прямой связи, а оплата медицинских услуг осуществляется ТФОМС через посредника — страховую медицинскую организацию. В соответствии с Законом РФ от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» страховая организация, а не ТФОМС, должна заниматься предоставлением гражданам медицинской помощи, финансировать медицинские услуги из средств, переданных фондом, а также защищать интересы застрахованных граждан (чего на практике не происходит). В соответствии с законодательством СМО, работающие в ОМС, обязаны заниматься своей деятельностью на некоммерческой основе, а их прибыль должна использоваться в целях осуществления основной деятельности, т.е. расходоваться на формирование резервов для оплаты медицинской помощи и оплату труда работников страховой организации. Некоммерческий вид деятельности характерен для большинства страховых медицинских организаций в странах ЕС, которые занимаются ОМС. Российская практика на законодательном уровне следует этому опыту. Однако, в отличие от европейских стран, где совмещение

ОМС и ДМС, как правило, запрещено, в Российской Федерации страховые медицинские компании (в том числе коммерческие) могут заниматься обоими видами медицинского страхования, выделяя для осуществления ОМС дочернюю компанию. Подобная практика привела к чрезмерному присутствию на российском страховом рынке ОМС коммерческих компаний, что нетипично для европейских стран.

Действующая схема организации ОМС в России отличается также особенностями, которые не дают возможность полностью охарактеризовать ее как страховую деятельность. Экономический механизм любой страховой деятельности предполагает форму организации страхового фонда, которая должна характеризоваться централизацией фонда страхования; использованием страховых отчислений для формирования страхового фонда, управлением средствами фонда непосредственно страховой организацией. Российская практика организации ОМС имеет отступления от классического механизма страхования. Это обусловлено тем, что создание страховых фондов осуществляется не страховой организацией, а специально созданными для этой цели государственными некоммерческими организациями — ФФОМС и ТФОМС. Подобный механизм формирования страховых фондов может существенным образом нарушать их финансовую устойчивость, так как в классическом механизме страхования недостаточный размер страхового взноса или возможность его неуплаты одним страхователем существенно не влияет на финансовую устойчивость страховой компании в целом. Это обусловлено использованием ею обычного для страхования гарантийного механизма — страховых резервов, которые формируются из взносов других страхователей. Организационный механизм российской системы ОМС, в котором перечисление средств страховой компании осуществляется только ТФОМС, ведет к нарушению автономности страховой организации.

Необходимо отметить также тот факт, что существующая многоканальность финансирования медицинских услуг (за счет средств государственного бюджета и ОМС) становится причиной отсутствия существенного контроля за их использованием, а отсутствие унифицированных способов оплаты услуг в поликлиниках порождает желание у их руководителей зарабатывать на интересах заболевших граждан [14].

Организационная структура российской системы ОМС также обуславливает возникновение недостатков в ее функционировании, а именно:

- использование СМО дохода от инвестирования средств ОМС в собственных целях;
- сложность взаиморасчетов СМО с ТФОМС при получении застрахованными услуг в лечебных учреждениях;
- отвлечение средств ОМС на цели, не связанные с основной его деятельностью, и др.

Однако, несмотря на организационную сложность построенной системы ОМС, медицинское страхование оказало положительное стабилизирующее влияние на финансирование этой сферы деятельности в кризисный период 1990-х гг., особенно на фоне финансирования других отраслей экономики общественного сектора. Если сравнивать динамику финансирования здравоохранения за счет бюджета и взносов на ОМС с динамикой расходов государства на образование, науку и культуру, то можно сделать вывод, что ситуация со здравоохранением была в те годы лучше, чем в других отраслях социального сектора. Например, если ВВП за период 1992–1999 гг. сократился на 27%, то реальный объем финансирования здравоохранения за счет бюджета и страховых взносов — на 33%, тогда как государственное финансирование образования, культуры и науки уменьшилось на 50%³.

Финансирование российской системы ОМС сегодня осуществляется за счет отчислений страхователей в ФФОМС в размере 5,1% от фонда оплаты труда. В европейских странах взносы за неработающих, пенсионеров и детей страховые могут перечислять различные организации, в частности:

- администрации регионов (в бюджетной модели здравоохранения);
- пенсионные фонды (взносы за неработающих пенсионеров);

³ Российский статистический ежегодник. М.: Госкомстат России. М.; 2000. С. 264.; Социальное положение и уровень жизни населения России: стат. сб. М.: Госкомстат России; 2004:155,193.

- службы занятости (взносы за безработных).

В европейских странах для оплаты медицинской помощи пенсионерам, детям, инвалидам и безработным часто используется совместное страхование неработающих членов семьи. Данный опыт в будущем по мере развития ОМС и усиления страхового принципа финансирования медицинской помощи мог бы применяться в отечественной практике. В России страхование детей, студентов, инвалидов и пенсионеров осуществляется преимущественно за счет государственного бюджета. В отличие от стран со страховыми системами здравоохранения, где соблюдается принцип паритета в возмещении расходов на медицинскую помощь, в российской практике он отсутствует. Собранные фондами ОМС средства расходуются на финансирование территориальных программ ОМС, которые являются составной частью программ государственных гарантий по обеспечению граждан бесплатной медицинской помощью. Минимальный пакет медицинских услуг базовой программы ОМС, финансируемой за счет средств ОМС, включает ограниченный объем оказания медицинской помощи по сравнению с более широким перечнем услуг в рамках программ ОМС в странах ЕС. Так, в Германии страховыми компаниями оплачиваются медикаменты при стационарном и амбулаторном лечении, частично — зубное протезирование и др. Отличием российской системы ОМС от страховых систем европейских государств является отсутствие в ней такого обязательного вида страхования, как страхование по уходу за больным на дому. Социальная важность данного вида медицинского страхования обусловлена необходимостью обеспечения врачебного и сестринского ухода за хроническими больными, нуждающимися в постоянном медицинском наблюдении на дому.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ / REFERENCES

1. Beveridge W. Full employment in a free society. London; 1944.
2. Cylus J., Richardson E., Findley L., Longley M., O'Neill C., Steel D. United Kingdom: health system review. In: European observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2015:18–19.
3. Моссиалос Э., Томсон С. Добровольное медицинское страхование в странах Европейского союза. М.: Весь мир; 2006. 224 с.
Mossialos E.H., Tomson S. Voluntary health insurance in the European Union. Moscow: Ves' mir; 2006. 224 p. (In Russ.).
4. Berthet F., Calteux A., Wolter M., Michèle W., Weber L. Luxembourg: HiT in brief. In: European observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2015:6–7.
5. Busse R., Blümel M. Germany: health system review. In: European observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2014:121–122.

6. Kroneman M., Boerma W., van den Berg M., Groenewegen P., de Jong J., van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. In: European observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2016:66–70.
7. Chevreur K., Berg Brigham K., Durand-Zaleski I., Hernández-Quevedo C. France: health system review. In: European observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2015:61–65.
8. Thomson S., Figueras J., Evetovits T., Jowett M., Mladovsky P., Maresso A., Cylus J., Karanikolos M., Kluge H. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. WHO Regional Office for Europe. European Observatory on health systems and policies (Policy Summary 12). Copenhagen; 2014:7–9.
9. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe: role and regulation. In: Observatory on health systems and policies. Copenhagen; 2016:3–15.
10. Gress S. Germany. Voluntary health insurance in Europe. Country experience. In: Observatory on health systems and policies; Copenhagen; 2016:62–63.
11. Popovich L., Potapchik E., Shishkin S., Richardson E., Vacroux A., Mathivet B. Russian Federation: health system review. In: European observatory on health care systems. Copenhagen; 2011:96.
12. Стародубов В.И., Сон И.М., Пихоцкий А.Н. Становление обязательного медицинского страхования в России: состояние, развитие, проблемы и перспективы. *Медицина катастроф*. 2010; 2(70):27.
Starodubov V.I., Son I.M., Piechocki A.N. The establishment of obligatory medical insurance in Russia: status, development, problems and prospects. *Medicina katastrof = Disaster medicine*. 2010;70(2):27. (In Russ.).
13. Татаринов А.П. Подходы к оптимизации модели финансирования и организации здравоохранения в Российской Федерации. *Медицинские технологии. Оценка и выбор*. 2015;2(20):38.
Tatarinov A.P. Approaches to optimization of the model of financing and organization of health care in the Russian Federation. *Medicinskie tekhnologii. Ocenka i vybor = Medical technology. Evaluation and selection*. 2015;2(20):38.
14. Мельничук И.И., Сертакова О.В. Медицинское страхование как основа социального страхования в системе факторов качества жизни. *Экономика и социум: современные модели развития*. 2016;14:66.
Melnichuk I.I., Sertakova O.V. Medical insurance as the basis of social insurance in the system of factors of quality of life. *Ekonomika i socium: sovremennyye modeli razvitiya = Economy and society: modern models of development*. 2016;14:66.
15. Климовских Н.В., Лебедева И.С., Лебедев П.В. Аспекты финансирования здравоохранения Российской Федерации. *Экономика и предпринимательство*. 2018;2(91):1103.
Klimovsky N. In. Lebedeva I. S., Lebedev P. V. Aspects of the financing of health of the Russian Federation. *Ekonomika i predprinimatel'stvo = Economics and entrepreneurship*. 2018;2(91):1103.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ

Владислав Владимирович Антропов — доктор экономических наук, профессор Департамента мировой экономики и мировых финансов, Финансовый университет; профессор кафедры экономической теории, РГУ нефти и газа (НИУ) имени И.М. Губкина, Москва, Россия
antropovvl@yandex.ru

ABOUT THE AUTHOR

Antropov Vladislav V. — Dr. Sci. (Econ.), Prof., the World Economy and World Finance Department, Financial University; Professor at the Economic Theory Department, the Gubkin Russian State University of Oil and Gas, Moscow, Russia
antropovvl@yandex.ru

Статья поступила 08.01.2019; принята к публикации 15.03.2019.

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

The article was received 08.01.2019; accepted for publication 15.03.2019.

The author read and approved the final version of the manuscript.