

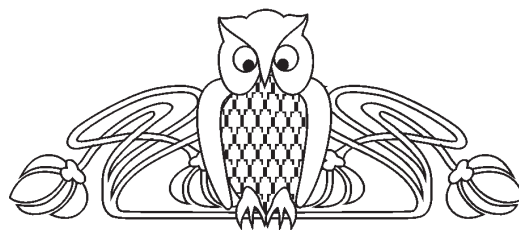
## ОСОБЕННОСТИ УПРАВЛЕНИЯ ФИНАНСАМИ В РАЗНЫХ МОДЕЛЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

### А. О. Титова

кандидат экономических наук, доцент кафедры финансов, кредита и налогообложения, Поволжский институт управления им. П. А. Столыпина – филиал РАНХиГС при Президенте РФ, Саратов  
E-mail: axelya@yandex.ru

### С. Ю. Родионова

кандидат экономических наук, доцент кафедры менеджмента организации, Поволжский институт управления им. П. А. Столыпина – филиал РАНХиГС при Президенте РФ, Саратов  
E-mail: swetlana.rodion@yandex.ru



**Введение.** Состояние здоровья населения страны напрямую зависит от эффективности функционирования системы здравоохранения и является фактором национальной безопасности страны. **Теоретический анализ.** В статье рассматривается влияние организации системы здравоохранения на управление финансовыми потоками в ней. Обосновано, что одними из причин, затрудняющих решение назревших и актуальных проблем российского здравоохранения, в настоящее время являются отработка механизма одноканального финансирования российского здравоохранения, а также ограниченные возможности бюджетной системы, не позволяющие выделять на эффективное функционирование российской медицины достаточного объема средств. В этой связи возникла необходимость рассмотрения зарубежных моделей финансирования здравоохранения и освещения некоторых аспектов существующей российской модели. Выявленные особенности функционирования моделей здравоохранения Великобритании и США позволили сделать вывод о положительных и отрицательных аспектах их функционирования и рассмотреть возможность использования положительного зарубежного опыта для модернизации российской модели здравоохранения. **Обсуждение результатов.** Результатами исследования выбранных проблем стали выявление особенностей управления и финансирования в существующих моделях здравоохранения, анализ действующей системы здравоохранения Российской Федерации, основанной на принципе социальной ответственности работодателя за здоровье работника и рассмотрение возможности реализации положительного опыта организации систем здравоохранения бюджетного и рыночного типов в рамках российской модели здравоохранения.

**Ключевые слова:** здравоохранение, обязательное медицинское страхование, система финансирования здравоохранения, модели здравоохранения, управление системой здравоохранения.

### Введение

В условиях рыночных отношений экономические проблемы здравоохранения занимают центральное место в деятельности организаторов здравоохранения, экономистов, врачей.

В современных условиях здравоохранение 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 нации.

Необходимо использовать инвестиции в здоровье как внутри сектора, так и вне его как дополнительное средство достижения экономических целей. Расходы на здравоохранение следует рассматривать как инвестиции, которые приносят экономическую отдачу, а не просто как затраты. При этом отношения между здоровьем и экономикой не просто двусторонние, а взаимоусиливающие, т.е. инвестиции определенных средств как в здоровье, так и в экономику обеспечивают большую отдачу по сравнению с инвестициями тех же средств только или в экономику, или в здоровье [1].

В связи с этим возникает вопрос, как финансировать здравоохранение. В настоящее время в мире существуют различные модели: финансовое обеспечение здравоохранения за счет бюджетных средств, средств работодателей, средств населения. Доля каждого из них в общем объеме средств, выделяемых обществом



на здравоохранение, предопределяет модель финансирования отрасли.

Системы финансирования здравоохранения играют три важные взаимосвязанные роли: 1) мобилизуют финансовые средства для здравоохранения; 2) объединяют их для распределения финансовых рисков, связанных с оплатой услуг, мобилизуют финансовые средства для здравоохранения; 3) используют имеющиеся финансовые средства на приобретение и предоставление требуемых медико-санитарных услуг [2].

Как отмечают многие исследователи, России нужна не просто модернизация, рассматриваемая в организационно-технических терминах, а эффективная модель организации и финансирования здравоохранения [3].

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

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения в РФ являются: средства федерального бюджета, территориальных бюджетов субъектов Федерации, местных бюджетов; средства организаций, предприятий и других хозяйствующих субъектов, независимо от формы собственности; личные средства граждан; доходы от ценных бумаг; безвозмездные и благотворительные взносы и пожертвования; иные источники, не запрещенные законодательством РФ.

### Теоретический анализ

В экономической литературе принято выделять 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 (бевериджская), рыночная (гонорарного типа) и социально-страховая (бисмаркская).

В основу *бюджетной (бевериджской)* модели положен принцип «здоровье – капитал», увеличивающий эффективность общественного труда.

Финансирование здравоохранения в рамках данной системы осуществляется преимущественно из государственного бюджета. Для населения медицинские услуги являются бес-

платными. Наиболее показательным ее функционирование в Великобритании.

Особенностью финансирования национальной системы здравоохранения Великобритании в настоящий момент являются:

– характер взаимодействия между финансирующей стороной и поставщиками медицинских услуг. Так, порядка 4% средств складывается из соплатежей населения, включающих частичную оплату стоимости лекарств и выписку. Государство несет перед населением финансовые обязательства по предоставлению ему медицинских услуг, однако население имеет возможность получить медицинские услуги на возмездной основе за счет собственных средств или за счет средств частного страхования. Значительная часть финансирования относится к общественному и составляет порядка 85%;

– концепция «внутреннего рынка». В рамках данной концепции, провозглашенной М. Тэтчер, совокупная сумма средств финансирования национальной системы здравоохранения определяется политическим решением и не допускает пересмотра. Таким образом, рыночные отношения строятся внутри самой системы здравоохранения. Заказчиком медицинских услуг в рамках данного подхода являются районные управления здравоохранения, которые имеют право заключать договор на оказание медицинских услуг с любыми медицинскими учреждениями независимо от организационно-правовой формы собственности и места дислокации.

Большинство медицинских учреждений имеют статус самоуправляемых организаций и объединены в больничные трасты. В этом случае собственником медицинских учреждений остается государство, однако право управления собственностью переходит к трастам. Больничный траст предоставляет населению строго определенный набор жизненно важных видов медицинской помощи и функционирует исключительно на свой доход, а также имеет право приобретать и отчуждать имущество. Для решения собственных финансовых проблем траст использует обычные кредиты, а не бюджетные дотации;

– система органов управления здравоохранением. Система построена на жесткой управленческой вертикали. Возглавляет национальную систему здравоохранения министр, относящийся к правящей партии. Напрямую ему подчинены региональные и районные управления здравоохранения. Вопросы здравоохранения на местном уровне не решаются, однако в муниципалитетах формируются и действуют общественные советы местного здравоохра-



нения, к функциям которых отнесен контроль за деятельностью государственных органов здравоохранения.

Управление финансовыми потоками в бюджетной системе здравоохранения осуществляется сверху вниз. Центральные и региональные органы управления и финансирования системы здравоохранения отвечают за формирование методической основы финансового планирования и передают на территориальный уровень рекомендуемые объемы и структуру оказания медицинских услуг, а также план деятельности медицинских организаций регионального и центрального подчинения. Кроме того, финансовый план составляется медицинскими учреждениями всех уровней и проводится их согласование.

Распределение средств основывается на дифференцированном нормативе подушевого финансирования, учитывающего территориальные, половозрастные и другие социально-экономические характеристики. Сверхплановые объемы медицинской помощи в стационаре оплачиваются отдельно, исходя из текущих затрат на каждый случай. Цены на услуги врачей общей практики являются регулируемыми.

В договорной системе, основанной на разделении функций финансирования и оказания медицинской помощи, финансирующая сторона освобождается от функций представительства интересов ЛПУ и является покупателем медицинской помощи в интересах населения. Это существенно меняет характер взаимодействия финансирующей стороны и поставщиков медицинских услуг [4, с. 157].

Отличительной особенностью модели бюджетного здравоохранения является реализация принципа разделения финансирования системы здравоохранения и оказания медицинской помощи. В данной ситуации органы управления здравоохранением нацелены на динамическую оценку потребностей населения и ожидаемых финансовых ресурсов, а также заключение договоров с каждым медицинским учреждением под оговоренный объем медицинских услуг и осуществление мониторинга и оценки выполнения обязательств по договору. Этому способствует предварительная плата за согласованный объем предоставляемых медицинских услуг. Такая форма взаимодействия с медицинскими учреждениями сложнее, чем расчеты за фактически предоставленный объем медицинских услуг.

*Рыночная система или система здравоохранения гонорарного типа*, свойственная США, является наиболее качественной, однако в этих условиях не учитывается социальная на-

правленность здравоохранения. Для успешного функционирования данной системы здравоохранения необходим развитый рынок медицинских услуг, включающий достаточно большое количество медицинских учреждений разных форм собственности. При этом особенностью рыночной системы здравоохранения является преобладание частных медицинских учреждений, конкурирующих между собой. Еще одним важным условием функционирования данной системы здравоохранения является высокий платежеспособный спрос населения, высокий уровень жизни населения и возможность достаточно свободного входа на рынок любой медицинской организации.

К особенностям управления финансированием здравоохранения в США можно отнести следующие:

- многоканальность финансирования, включающая добровольное частное медицинское страхование, благотворительность, государственную поддержку. Наиболее распространенным видом страхования является страхование работодателями, которые взаимодействуют с брокерами страховых компаний по поводу предоставления наиболее выгодных условий для пациентов и поставщиков услуг. Существует несколько вариантов договоров, различных по цене. Так, Fee For Service (FFS) является самым дорогим договором, в рамках которого застрахованный имеет право получить медицинскую услугу в любом медицинском учреждении. В среднем ценовом сегменте представлен договор POS – «место обслуживания», по которому застрахованный имеет право выбора врача общей практики, который будет его обслуживать и может рекомендовать медицинское учреждение, в котором можно получить специализированные услуги при необходимости. Вариантом POS системы является НМО, рамки которой ограничены медицинскими учреждениями, являющимися ее членами. Все услуги, получаемые вне системы, оплачиваются пациентом из собственных средств. PPO наиболее либеральный вариант, в рамках которого пациент оплачивает из собственных средств медицинские услуги вне сети провайдеров медицинских услуг, но часть средств ему компенсируется;

- отсутствие четкой системы организации и управления здравоохранением. В зависимости от штата преобладающими могут быть или финансовые источники в рамках частного медицинского страхования (например, штат Теннесси), или за счет благотворительности. Большое значение имеют профессиональные ассоциации, а не органы исполнительной власти (например министерство здравоохранения).



Разработана система управляемой медицинской помощи, которая базируется на жестких стандартах диагностики и лечения;

– государственная поддержка. Существующие в США системы *Medicaid* и *Medicare* направлены на оказание бесплатной помощи малоимущим и пенсионерам. *Medicare* реализуется в целях оказания бесплатной медицинской помощи лицам старше 65 лет. Основанием для предоставления пациенту медицинской помощи в рамках данной программы является 10-летний стаж работы лица или его супруга на предприятиях, участвующих в программе. Возможно оказание бесплатной медицинской помощи в более молодом возрасте в случае хронического заболевания претендующего на бесплатную медицинскую помощь по данной программе. При этом часть расходов осуществляется за счет пациентов. Снижение финансовой нагрузки по медицинским услугам можно достичь путем приобретения дополнительно полиса *Medigap* или участия в программе *Medicare B*. *Medicare*, финансируемой преимущественно за счет штата.

Кроме того, в США широко распространена практика благотворительных фондов.

В США не гарантируется государством равноправная и бесплатная медицинская помощь всем слоям населения. Это обусловлено тем, что большая часть населения может оплатить предоставляемые медицинские услуги либо за свой счет, либо с использованием добровольного частного страхования, либо за счет благотворительных фондов.

Еще одной разновидностью моделей здравоохранения является *социально-страховая (бисмаркская) модель*. Ярким примером такой системы является система здравоохранения Германии, основанная на формировании больничных касс, из которых оплачиваются медицинские услуги работающему населению. К особенностям организации такой системы относятся активное участие работодателя в формировании медицинских фондов и обязательная форма медицинского страхования. Из трех имеющихся типов организации систем здравоохранения российская модель относится именно к социально-страховой.

К настоящему времени в России назрела потребность и сложились условия для объединения клинической и экономической составляющих лечебно-диагностического процесса. Необходимо увязать сложность лечебной работы с потребностью в ресурсах, т. е. разработать механизм эффективной системы финансирования.

В соответствии с проектом Концепции развития здравоохранения до 2020 г. и перечнем по-

ручений Президента РФ по вопросам развития российского здравоохранения и образования в субъектах РФ стратегической целью реформы здравоохранения является переход на одноканальное финансирование и внедрение подушевого принципа оплаты медицинской помощи.

До 2013 г. в России функционировала бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения. Эта модель основана на привлечении средств бюджетной системы РФ (всех уровней) и средств обязательного медицинского страхования.

Многоканальность финансирования здравоохранения снижала управляемость отраслью и создавала трудности в осуществлении контроля над рациональным и целевым расходованием средств и качеством оказания медицинской помощи.

Использование одноканальной формы финансирования здравоохранения позволит основную часть средств направлять из системы обязательного медицинского страхования (ОМС), при этом оплата медицинской помощи будет осуществляться по конечному результату на основе комплексных показателей объема и качества оказанных услуг.

В соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [5] в качестве задач, которые необходимо решить при переходе на одноканальное финансирование, можно выделить:

- увеличение объемов финансирования здравоохранения, ликвидировав дефицит;
- программы государственных гарантий;
- отработка механизмов (способов) оплаты медицинской помощи, способствующих повышению ее качества и доступности;
- отработка механизмов оплаты труда медицинского персонала, обеспечивающих его заинтересованность в повышении качества и доступности оказываемой медицинской помощи;
- восстановление управляемости отраслью на основе единых организационных и финансовых принципов.

Изменения в законодательной базе также коснулись и требований к базовой программе ОМС, которая должна определять не только виды медицинской помощи, перечень страховых случаев, структуру тарифа на оплату, но и способы оплаты медицинской помощи, оказываемой застрахованным гражданам за счет средств ОМС, а также критерии доступности и качества медицинской помощи.

Следует отметить, что реализация вышеназванных мероприятий не ограничивается только 2013 г., с 2015 г. планируется следующий этап,





когда финансовое обеспечение высокотехнологичной медицинской помощи также будет осуществляться за счет средств ОМС.

Базовая программа ОМС, как составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на плановый период 2014–2015 гг., утверждена постановлением Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 [6] и устанавливает конкретные способы оплаты медицинской помощи.

Достижение сбалансированности системы государственных гарантий предполагается за счет утвержденных порядков и стандартов медицинской помощи, полного финансового наполнения тарифа на оплату медицинской помощи и эффективного функционирования трехуровневой системы оказания медицинской помощи в каждом субъекте РФ.

Следует отметить, что сама программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (включая базовую программу ОМС) формируется с учетом особенностей половозрастного состава населения РФ, уровня и структуры заболеваемости.

В своем интервью заместитель председателя Федерального фонда ОМС С. А. Карчевская отметила, что программа содержит не только «медицинское» наполнение, но и ее финансовый эквивалент, «оцифрованный» исходя из соответствующих статистических данных по подшевному, организационному и «профильному медицинскому» принципу [7]. Финансовым обеспечением базовой программы ОМС являются субвенции, размер которых определяется исходя из ее финансового эквивалента. Расчет субвенций осуществляется на основе методики распределения между регионами субвенций на плановый период 2014–2015 гг., где объем субвенций определяется как произведение численности застрахованных по ОМС (по состоянию на 1 апреля года расчета субвенции) на норматив финансового обеспечения базовой программы ОМС на год расчета субвенции и коэффициента дифференциации региона.

Также размер субвенции увеличивается с учетом «удорожающих факторов», обеспечивая реализацию базовой программы во всех регионах. В соответствии с законодательными нормами региональные учитываются в территориальных программах ОМС, утверждаемых региональными органами государственной власти.

Контроль за использованием средств ОМС, в том числе проведение проверок и ревизий, проводится Федеральным фондом ОМС, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и над-

зору в финансово-бюджетной сфере, Счетной палатой РФ (ч. 1 ст. 6 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ) [5].

### Обсуждение результатов

Ярким примером рыночной модели является система здравоохранения США. В такой системе здравоохранения существует большая вероятность завышения объема и стоимости медицинских услуг и даже назначения не показанных операций. Такая ситуация привела к раздробленности медицинской помощи. Чтобы исключить негативные последствия сложившегося положения на рынке медицинских услуг крупные страховые компании США стали привлекать врачей и создавать собственные медицинские учреждения, между которыми конкуренции не было. Страховые организации, оказывающие комплексную медицинскую помощь, урегулировали цены и создали унифицированные требования к различным технологиям обследования, лечения и реабилитации пациентов.

Однако в настоящее время частная система здравоохранения США частично демонстрирует отход от рынка при оказании медицинской помощи.

Достоинствами такой системы, несомненно, являются меньший уровень административных издержек, а также большие возможности контроля за деятельностью лечебно-профилактических учреждений при относительно небольших затратах. К недостаткам можно отнести большую зависимость финансирования системы здравоохранения от меняющихся политических приоритетов.

В последние годы правительство Великобритании содействует развитию частного медицинского страхования, что позволяет снизить расходы бюджета на нужды здравоохранения.

Таким образом, отмечаются тенденции конвергенции рыночной и бюджетной систем здравоохранения к социально-страховой системе здравоохранения.

Реализация всех мероприятий, предлагаемых в рамках модернизации системы финансирования здравоохранения, в настоящее время в России позволит обеспечить единство финансового планирования бюджетных средств и средств обязательного медицинского страхования, создать рациональную систему экономических стимулов для учреждений здравоохранения.

Современная система финансирования должна способствовать выработке механизмов, стимулирующих взаимосвязанные звенья системы здравоохранения к достижению оптимиза-



ции затрат в том или ином сегменте оказания медицинской помощи и повышению качества самих услуг.

К возможным направлениям развития системы здравоохранения России можно отнести внедрение инструментов, зарекомендовавших себя в других моделях, таких как объединение ЛПУ в саморегулируемые организации, как способ повышения качества оказания медицинских услуг населению и развитие сети благотворительных организаций в форме фондов целевого капитала (эндаумент-фондов) для оказания дорогостоящей высокотехнологичной помощи сверх установленных квот. Нормативно-правовая база для реализации данных инструментов в РФ имеется.

### Список литературы

1. Миносьян С. А., Эртель Л. А. Экономические аспекты функционирования современного здравоохранения // Управление экономическими системами. 2013. № 10. URL: <http://www.uecs.ru/logistika/item/2478-2013-10-30-07-06-17> (дата обращения: 01.07.2014).
2. Римашевская Н. М., Мигранова Л. А., Молчанова Е. В. Факторы, влияющие на состояние здоровья населения России // Народонаселение. 2011. № 1. С. 38–49.
3. Шагиахметов М. Р. Особенности организации и финансирования здравоохранения в современных условиях // Экономические науки. 2009. № 8. С. 105–108.
4. Шейман И. М. Реформа управления и финансирования здравоохранения. М.: Издатцентр, 1998. 337 с.
5. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (с изм. и доп. в ред. от 21.07.2014). Доступ из справ.-прав. системы «КонсультантПлюс».
6. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов: постановление Правительства РФ от 22.10.2012 № 1074 // Рос. газ. 2012. № 5921.
7. Интервью С. А. Карчевской для журнала «Экономика ЛПУ в вопросах и ответах». 2014. № 2. URL: <http://www.zdrav.ru/articles/interview/detail.php?ID=85103> (дата обращения: 01.07.2014).

### Features Financial Management in Various Models Health

#### A. O. Titova

Stolyipin Volga Region Institute of Administration of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, 23/25, Sobornaya str., Saratov, 410031, Russia  
E-mail: axelya@yandex.ru

#### S. Yu. Rodionova

Stolyipin Volga Region Institute of Administration of the Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, 23/25, Sobornaya str., Saratov, 410031, Russia  
E-mail: swetlana.rodion@yandex.ru

**Introduction.** The health status of the population is directly dependent on the efficiency of the health system, and is a factor of national security. **Theoretical analysis.** The article examines the dependence of the organization of health and especially financing. Substantiated that one of the reasons that hinder solving problems of Russian health care is an imperfect mechanism for single stream of funding and limited budget system. In this regard, there was a need to consider foreign models of health care financing. Revealed features models of health UK and US led to the conclusion of the positive and negative aspects of their operation and to consider the use of positive foreign experience for modernization of the Russian model of health care. **Discussion of results.** The result of the study was to identify the problems of selected features of the management and financing of health care in the existing models, the analysis of the current health care system and Russia consideration the feasibility of a positive experience of the organization of health systems and market type of budget within the Russian model of health.

**Key words:** health, model health, health financing system, compulsory health insurance, Health Care Management.

### References

1. Minosyan S. A., Ertel L. A. Jekonomicheskie aspekty funkcionirovanija sovremennogo zdravooohranenija (Economic aspects of modern health care). *Upravlenie jekonomicheskimi sistemami* (Management of economic systems), 2013, no. 10. Available at: [www.uecs.ru/logistika/item/2478-2013-10-30-07-06-17](http://www.uecs.ru/logistika/item/2478-2013-10-30-07-06-17) (accessed 1 July 2014).
2. Rimashevskaya N. M., Migrantova L. A., Molchanov E. V. Faktory, vlijajushhie na sostojanie zdorov'ja naselenija Rossii [Factors influencing health status of the population of Russia]. *Narodonaselenie* [Population], 2011, no. 1, pp. 38–49.
3. Shagiakhmetov M. R. Osobennosti organizatsii i finansirovaniia zdravookhraneniia v sovremennykh usloviiakh [Features of the organization and financing of health care in modern conditions]. *Ekonomicheskie nauki* [Economics], 2009, no. 8, pp. 105–108.



4. Shejman I. M. *Reforma upravlenija i finansirovanija zdavoohranenija* [Reform of the management and financing of health care]. Moscow, Izdattsentr, 1998. 337 p.
5. Ob obiazatel'nom meditsinskom strakhovanii v Rossijskoi Federatsii: feder. zakon ot 29 nojabrja 2010 g. № 326-FZ (On mandatory health insurance in the Russian Federation. Federal law of 29 November 2010 № 326-FZ). ATP «Consultant» [electronic resource].
6. O programme gosudarstvennykh garantii besplatnogo okazaniia grazhdanam meditsinskoj pomoshchi na 2013 god i na planovyi period 2014 i 2015 godov: postanovlenie pravitel'stva RF ot 22.10.2012 № 1074 [About the state guarantees the free provision of medical care to citizens in 2013 and the planned period 2014 and 2015. Resolution of the Government of the Russian Federation of 22.10.2012 № 1074. *Rossiiskaya gazeta* [Russian newspaper], 2012, no. 5921.
7. Interv'ju S. A. Karchevskoj dlja «Jekonomika LPU v voprosah i otvetah». 2014, no. 2 (Interview S. A. Karchevsky for the magazine «Economy LPU in questions and answers». 2014, no. 2). Available at: <http://www.zdrav.ru/articles/interview/detail.php?ID=85103> (accessed 1 July 2014).