

УДК 336.1

Типология источников финансирования государственных услуг в здравоохранении

Фоменко Валерия Викторовна

Преподаватель,
кафедра социально-экономических дисциплин,
Уральский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации,
620057, Российская Федерация, Екатеринбург, ул. Корепина, 66;
e-mail: val-f@inbox.ru

Аннотация

Статья посвящена вопросам финансирования государственных услуг в здравоохранении в части, связанной с непосредственным оказанием медицинской помощи населению. Автор рассматривает особенности финансирования государственного сектора, вопросы ограниченности ресурсов и необходимости осуществления выбора при их распределении по различным направлениям при реализации функций государства. В статье поднимается проблема участия населения в оплате медицинской помощи, например, посредством платных медицинских услуг или заключения договоров добровольного медицинского страхования. На основе характеристик существующих базовых моделей, автор представляет варианты смешанного применения ресурсов – бюджетно-страховой (общественный) тип и частно-страховой (рыночный) тип источников финансирования государственных услуг в здравоохранении. Как вариант консолидации общественного и рыночного типов финансовых ресурсов в здравоохранении автор предлагает рассматривать обязательное медицинское страхование с расширенным тарифом, предполагающее добровольное расширение тарифа и, следовательно, страхового покрытия; и обязательное медицинское страхование с дифференцированным тарифом, предполагающее сохранение страхового покрытия, но с возможностью изменения тарифа страховых взносов для определенных категорий населения.

Для цитирования в научных исследованиях

Фоменко В.В. Типология источников финансирования государственных услуг в здравоохранении // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2018. Том 8. № 9А. С. 208-214.

Ключевые слова

Здравоохранение, государственные услуги, финансирование, обязательное медицинское страхование, страховой тариф.

Введение

Здравоохранение является частью системы социальной защиты населения, при этом услуги, предоставляемые в данной сфере, финансируются из различных источников. Обратим внимание на то, что государственные услуги в здравоохранении можно разделить на две большие категории, исходя из целей услугополучателей и услугодателей:

- государственные услуги в здравоохранении, связанные с оказанием медицинской помощи (скорая, амбулаторно-поликлиническая, стационарная, специализированная, высокотехнологичная, профилактическая, паллиативная, санаторно-курортная, реабилитационная и т.д.);
- государственные услуги в здравоохранении, не связанные с оказанием медицинской помощи (услуги, упорядочивающие взаимоотношения между услугополучателем и услугодателем – не связанные с непосредственным оказанием медицинской помощи, например, ведение реестров, проведение экспертиз, формирование резервов материалов, мониторинги и т.д.). Данные услуги характеризуются тем, что либо имеют ограниченный круг потребителей, либо данный круг не исключает никого из потенциальных потребителей. Например, независимо от потребностей каждого конкретного пациента, будет проводиться экспертиза лекарственных препаратов перед выходом на рынок. Такие услуги финансируются через иной механизм, нежели медицинская помощь – это бюджетные и частные источники.

В данном исследовании внимание автора будет сосредоточено на государственных услугах в здравоохранении, связанных с оказанием медицинской помощи.

Основная часть

Сущностные характеристики государственных услуг в здравоохранении влекут за собой множественность источников финансового обеспечения (система обязательного медицинского страхования, бюджетные средства, средства населения и предприятий). При этом финансовые ресурсы, направляемые на реализацию государственных услуг в различных сферах, являются ограниченной величиной, что обуславливает необходимость выбора при их распределении, а увеличение финансовых возможностей государства ложится главным образом на плечи налогоплательщиков и плательщиков страховых взносов. Однако существует мнение среди экономистов о том, что при построении национальной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики стоит учитывать принцип личной ответственности населения, выраженный в совместной компенсации рисков [Элементы..., 1992, 85]. Граждане могут одновременно выступать и как застрахованные, и как страхователи, уплачивая часть страховых взносов из личных средств, со-финансируя свои будущие расходы [Кейнс, 1993, 308].

В целом, Всемирной организацией здравоохранения выделено три базовых модели финансирования – страховая, бюджетная, рыночная [Скляр, 2004, 41]. Страхования модель (Бисмарка) предполагает всеобщее страхование здоровья и финансирование за счет средств, уплачиваемых страхователями в специальные фонды, используемые при наступлении страховых событий. Появление бюджетной модели (Бевериджа-Семашко) связано с социальной функцией государства, реализация которой была направлена на обеспечение равенства в обществе [Белл, 1999, 417], что приобрело особое значение после Второй мировой войны, так

как способствовало преодолению конфронтации в обществе, формированию благоприятного общественного сознания [Бабич, 1998, 33].

С середины 1970-х гг. рост расходов на обеспечение функционирования системы здравоохранения, а также в целом на социальную защиту населения в развитых странах стал замедляться, что во многом было обусловлено падением темпов экономического роста в индустриальных странах. В 1980 гг. происходят технологические изменения в производстве, обновление основных фондов, удорожание факторов производства, что приводит к удорожанию продуктов и услуг, в том числе медицинских. Снижение рождаемости ведет к увеличению темпов старения населения, росту уровня безработицы. Поэтому для многих стран реализация идеи социального государства становится слишком затратной [Ковалева, 2011, 45]. Происходящие процессы поспособствовали формированию тезиса, согласно которому государство будет лучше выполнять свои функции и сможет снизить финансовую нагрузку, если население страны станет полагаться на себя, свою семью и друзей [Бриттан, 1998, 142], а социальное обеспечение за счет средств государства будет реализовываться только на основе минимальных стандартов. Данное утверждение можно расценить как одну из основ возникновения и развития рыночной модели здравоохранения (частного финансирования), базирующейся на принципах конкуренции и невмешательства государства.

Дать однозначный ответ на вопрос о том, какая модель финансирования государственных услуг в здравоохранении предпочтительней, достаточно затруднительно. Рассмотренные модели оказывают влияние на: уровень доступности медицинской помощи, заболеваемость населения (прямо и косвенно), объем средств, остающихся после оплаты медицинских услуг в распоряжении их владельцев.

Условие ограниченности имеющихся ресурсов обращает внимание на вопрос, в каких случаях государству необходимо отвечать за обеспечение населения медицинской помощью за счет бюджетных средств и обязательного медицинского страхования, а в каких случаях можно получать эти блага за счет частных источников, например, через оказание платных медицинских услуг и добровольное медицинское страхование. Зарубежными исследователями выделяется три основные формы участия населения в оплате медицинской – прямые платежи, накопительные счета и частное страхование [Финансирование..., 2002, 352]. Прямые платежи предусматривают полное, или частичное (соплатежи) покрытые стоимости лечения непосредственно в момент их приобретения. Накопительные счета создаются персонально на каждого гражданина, куда сами работники и их работодатели в обязательном порядке перечисляют определенную долю доходов. Частное страхование, в противоположность социальному, предполагает расходы потребителей на покрытие рисков. Частное страхование может быть заменяющим (обеспечивает население, исключенное из системы государственной медицинской помощи), дополняющим (обеспечивает услуги, выходящие за пределы государственных гарантий) и добавочным (обеспечивает более высокий уровень сервиса).

Обобщая вышесказанное, представим типологию источников финансирования государственных услуг в здравоохранении (рисунок).

Как уже упоминалось, существует три модели финансирования государственных услуг в здравоохранении: модель Бисмарка (страховая), модель Бевериджа (бюджетная), рыночная модель. Данные модели являются чистыми, но на практике они редко используются, чаще всего применяются смешанные источники. При объединении бюджетных и страховых источников финансирования государственных услуг в здравоохранении формируются бюджетно-страховой (общественный) тип. Данный тип проявляется в финансировании государственных услуг в

здравоохранении за счет бюджетных средств, а также за счет средств системы обязательного медицинского страхования. Такой тип используется в настоящее время в Российской Федерации. При объединении страховых и частных источников финансирования образуется частно-страховой (рыночный) тип источников финансирования государственных услуг в здравоохранении. Такой тип проявляется в применении добровольного медицинского страхования.

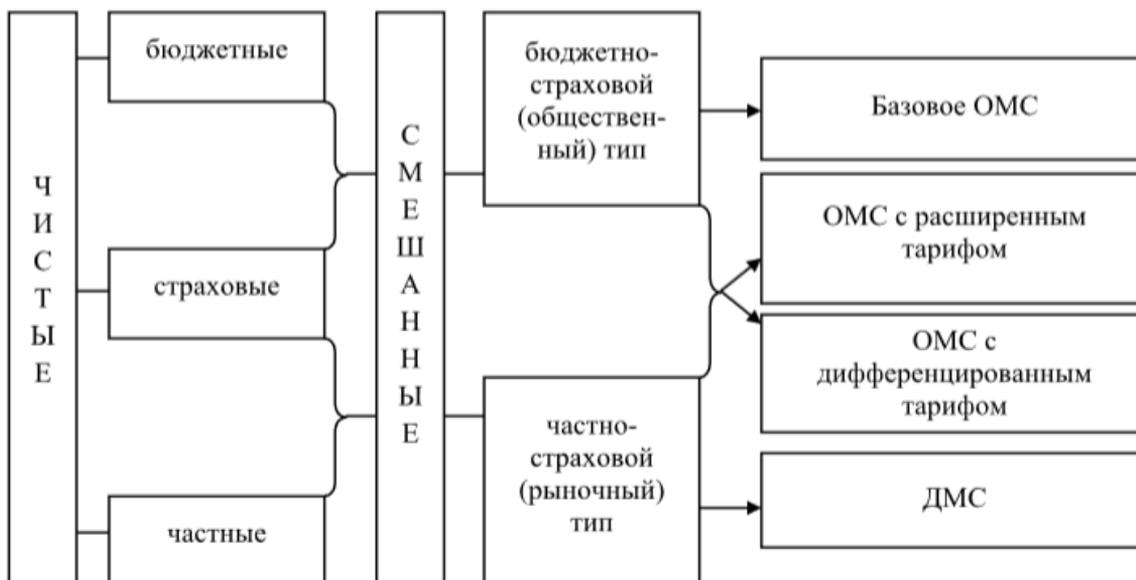


Рисунок 1 - Типология источников финансирования государственных услуг в здравоохранении¹

Автор полагает, что возможна консолидация общественного и частного типов источников финансирования государственных услуг в здравоохранении, что может проявляться в изменении и дополнении системы обязательного медицинского страхования частными источниками. Рассмотрим следующие варианты: обязательное медицинское страхование с расширенным тарифом и обязательное медицинское страхование с дифференцированным тарифом.

Обязательное медицинское страхование с расширенным тарифом предполагает расширение страхового покрытия. Расширение покрытия в обязательном медицинском страховании возможно за счет вовлечения в систему средств застрахованных или работодателей:

ОМС+ предполагает расширение покрытия посредством внесения средств свыше базового тарифа страховых взносов на обязательное медицинское страхование, причем средства могут быть внесены как работником, так и работодателем добровольно;

ОМС+ДМС предполагает расширение покрытия за счет средств системы добровольного медицинского страхования через индивидуальные и коллективные договоры, данные средства также могут быть внесены как работником, так и работодателем добровольно.

Расширение покрытия может быть направлено как на увеличение объема предоставляемых услуг, так и на расширение сервисной составляющей оказания медицинской помощи

¹ Составлено автором.

населению. Стоит обратить внимание на то, что обязательное медицинское страхование с расширенным покрытием предполагает применение принципа эквивалентности с части, превышающей базовый тариф.

Обязательное медицинское страхование с дифференцированным тарифом также предполагает изменение тарифа страховых взносов, однако, оно, во-первых, распространяется не на все категории застрахованных, а во-вторых, не предполагает расширение страхового покрытия. Особенностью данного типа источника финансирования государственных услуг в здравоохранении является дифференциация застрахованных по некоторым критериям в целях установления определенного размера тарифа.

Систематизируем особенности обязательного медицинского страхования с расширенным и дифференцированным тарифом в сравнении с базовым ОМС, применяемым в настоящее время в Российской Федерации (таблица).

Таблица 1 - Особенности обязательного медицинского страхования с расширенным и унифицированным покрытием в сравнении с базовым обязательным медицинским страхованием²

Тип источника финансирования	Особенность тарифа	Форма изменения тарифа	Покрытие
Базовое ОМС	Единый	-	Базовое
ОМС с расширенным тарифом	Единый + Расширенный	Добровольная	Базовое + Расширенное
ОМС с дифференцированным тарифом	Единый + Дифференцированный для определенных категорий застрахованных	Обязательная	Базовое

Заключение

Таким образом, базовое обязательное медицинское страхование, функционирующее в настоящее время, предполагает единый тариф страховых взносов для всех страхователей и базовое одинаковое для всех покрытие. ОМС с расширенным тарифом предполагает единый тариф для всех, также, как и в случае с базовым ОМС, с возможным изменением с целью расширить страховое покрытие. Такое расширение осуществляется на добровольной основе. ОМС с дифференцированным тарифом, в отличие от предыдущего, предполагает расширение тарифа страховых взносов лишь для определенных категорий застрахованных. При этом такое расширение носит обязательный императивный характер, а страховое покрытие не зависит от применяемого тарифа и сохраняется базовым для всех.

Библиография

1. Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. М., 1998. 234 с.
2. Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество: Опыт социального прогнозирования. М.: Academia, 1999. 949 с.
3. Бриттан Дж. Капитализм с человеческим лицом. СПб.: Экон. школа, 1998. 402 с.
4. Кейнс Дж.М. Избранные произведения. М.: Экономика, 1993. 543 с.
5. Ковалева Т.М. Финансово-кредитные отношения в условиях глобализации. Самара, 2011. 232 с.
6. Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением. СПб., 2004. 184 с.

² Составлено автором.

7. Финансирование здравоохранения: альтернативы для Европы. М.: Весь Мир, 2002. 352 с.
8. Элементы системы социального обеспечения в условиях ориентированной рыночной экономики на примере Федеративной Республики Германии. Кельн, 1992. 96 с.

Types of sources of financing public services in healthcare

Valeriya V. Fomenko

Lecturer,
Department of social and economic disciplines,
Ural Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation,
620057, 66, Korepina str., Ekaterinburg, Russian Federation;
e-mail: val-f@inbox.ru

Abstract

The paper deals with the issues of financing public health services in the part related to the direct provision of medical care to the population of Russia. The author considers the features of public sector financing, the issues of limited resources and the need to make choices when they are distributed in different directions. The article raises the problem of public participation in paying for medical care, for example, through paid medical services or voluntary medical insurance. Based on the characteristics of the basic models, the author presents the it`s mixed options - budget-insurance (public) type and private insurance (market) type. As an option to consolidate the public and market types of financial resources in health care, the author proposes to consider compulsory health insurance with an expanded tariff, suggesting a voluntary expansion of the tariff and, therefore, insurance coverage; and compulsory health insurance with a differentiated tariff, which suggesting preservation of basic insurance coverage with the possibility of changing the insurance premiums for certain categories of the population. Basic compulsory medical insurance, which is currently operating, implies a single rate of insurance premiums for all insurers and a basic equal coverage for all. The CMI with an expanded tariff implies a single tariff for all, as well as in the case of the basic insurance, with a possible change to expand the insurance coverage.

For citation

Fomenko V.V. (2018) Tipologiya istochnikov finansirovaniya gosudarstvennykh uslug v zdavookhranении [Types of sources of financing public services in healthcare]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: Yesterday, Today and Tomorrow], 8 (9A), pp. 208-214.

Keywords

Healthcare sector, government services, financing, compulsory medical insurance, insurance rate.

References

1. Babich A.M., Egorov E.N., Zhil'tsov E.N. (1998) *Ekonomika sotsial'nogo strakhovaniya* [Economy social insurance]. Moscow.
2. Bell D. (1999) *Gryadushchee postindustrial'noe obshchestvo: Opyt sotsial'nogo prognozirovaniya* [The coming post-industrial society: The experience of social forecasting]. Moscow: Academia Publ.

3. Brittan J. (1998) *Kapitalizm s chelovecheskim litsom* [Capitalism with a human face]. St. Petersburg: Ekon. Shkola Publ.
4. (1992) *Elementy sistemy sotsial'nogo obespecheniya v usloviyakh orientirovannoi rynochnoi ekonomiki na primere Federativnoi Respubliki Germanii* [Elements of the social security system in an oriented market economy on the example of the Federal Republic of Germany]. Cologne.
5. (2002) *Finansirovanie zdavookhraneniya: al'ternativy dlya Evropy* [Health Financing: Alternatives for Europe]. Moscow: Ves' Mir Publ.
6. Keynes J.M. (1993) *Izbrannye proizvedeniya* [Selected Works]. Moscow: Ekonomika Publ.
7. Kovaleva T.M. (2011) *Finansovo-kreditnye otnosheniya v usloviyakh globalizatsii* [Financial and credit relations in the context of globalization]. Samara.
8. Sklyar T.M. (2004) *Ekonomika i upravlenie zdavookhraneniem* [Economy and health management]. St. Petersburg