

УДК 613.04:614.2

Анализ влияния различных моделей финансирования системы здравоохранения на доступность медицинской помощи для населения с низким уровнем дохода

Черномырдин Николай Александрович

Ординатор,
Национальный медицинский
исследовательский центр им. В.А. Алмазова,
197341, Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, 2;
e-mail: Nick78Black56@gmail.com

Аннотация

Исследование посвящено анализу влияния различных моделей финансирования системы здравоохранения на доступность медицинской помощи для граждан с низким уровнем дохода. Актуальность темы обусловлена растущими социально-экономическими диспропорциями, которые ограничивают возможности уязвимых групп населения получать своевременную и качественную медицинскую помощь. Цель работы – оценка эффективности бюджетной, страховой, частно-государственной и комбинированной моделей в контексте снижения барьеров для малоимущих пациентов. Материалы и методы включали комплексный подход: сбор статистических данных по структуре расходов на здравоохранение, страховому покрытию и личным затратам пациентов в разных регионах. Дополнительно проводились качественные исследования – интервью с представителями медицинских учреждений, страховых компаний и фокус-группы с пациентами. Для анализа использовалась многоуровневая модель, учитывающая социально-экономические факторы (уровень безработицы, урбанизация) и параметры доступности услуг (время ожидания, доля софинансирования). Результаты выявили значительные различия между моделями. Бюджетное финансирование (73,54% госвложений) обеспечивало низкие личные расходы пациентов (14,93%), но сопровождалось длительным ожиданием (6,47 дней) и ограниченным страховым покрытием (30,12%). Страховая модель сокращала время ожидания до 4,89 дней при высоком страховом покрытии (71,04%), однако увеличивала долю личных затрат (19,27%). Частно-государственное партнерство демонстрировало минимальное время ожидания (3,74 дня), но максимальные расходы пациентов (25,56%). Комбинированная модель показала сбалансированные показатели: 5,32 дня ожидания и 18,44% личных затрат. Анализ по видам услуг выявил дисбаланс: госпитализация финансировалась государством на 65,43%, тогда как реабилитация – лишь на 38,92%, что повышало финансовую нагрузку на пациентов (21,10%). Выводы подчеркивают отсутствие универсально эффективной модели. Бюджетное финансирование гарантирует социальную защиту, но страдает от бюрократии; страховая система повышает гибкость, но требует субсидий для малоимущих; частно-государственные инициативы ускоряют доступ, но коммерциализируют услуги. Ключевая рекомендация – развитие комбинированных схем с усилением госрегулирующего, целевым субсидированием профилактики и диагностики, а также упрощением страховых механизмов для уязвимых групп.

Для цитирования в научных исследованиях

Черномырдин Н.А. Анализ влияния различных моделей финансирования системы здравоохранения на доступность медицинской помощи для населения с низким уровнем дохода // Экономика: вчера, сегодня, завтра. 2025. Том 15. № 4А. С. 235-245.

Ключевые слова

Финансирование здравоохранения, доступность медицинской помощи, малоимущее население, модели финансирования, социальное неравенство.

Введение

Современные исследования указывают на то, что вопрос финансирования здравоохранения является одним из ключевых факторов, определяющих уровень доступности медицинских услуг для наименее обеспеченных и социально уязвимых групп населения [Филина, 2022]. Нарастающая сложность социально-экономической обстановки, сопровождаемая ростом стоимости медицинских технологий, вынуждает государства и частные структуры формировать разнообразные финансовые модели, призванные обеспечить как можно более широкий охват услугами [Виноградова, 2022]. Однако нередко даже при формальном наличии разнообразных программ и субсидий лица с невысоким доходом сталкиваются со значительными препятствиями при попытке получить надлежащую медицинскую помощь, будь то административные барьеры, длительные очереди или недостаточная информированность о правах на бесплатные услуги [Рагозин, Строев, Гришин, 2022]. В контексте бюджетных ограничений особенно сложно выстроить такую финансовую политику, которая способна охватить все нужды системы здравоохранения, не урезая при этом возможности малообеспеченных групп [Шарафуллина, Габитова, Харисова, 2023]. При этом каждая модель финансирования – государственная, страховая или частно-государственная – предлагает собственные механизмы распределения ресурсов, сталкивается с уникальными проблемами и по-своему влияет на структуру расходов пациентов [Фахрутдинов, Князева, 2022]. Для получения объективного представления о том, насколько реальная доступность медицинских услуг зависит от финансирования, необходимо исследовать баланс между выделяемыми средствами и фактическими барьерами, тормозящими обращение за помощью. Экономические реалии, обусловленные рынком труда и уровнем доходов, приводят к тому, что именно малоимущие граждане оказываются в зоне повышенного риска, так как для них любая дополнительная финансовая нагрузка становится критической [Веригина, Цибулькинова, 2024]. Важность этой темы усиливается тем, что в условиях неоправданно высоких затрат на здравоохранение социально уязвимые категории могут отказываться от своевременного обращения к специалистам, что усугубляет течение заболеваний и в перспективе увеличивает расходы всей системы. Наконец, происходит своеобразная «ловушка»: поскольку для малообеспеченных людей принципиально важно получить помощь в быстром и доступном формате, любые задержки или платы увеличивают риск осложнений и формируют круг проблем, которые лишь частично решаются финансовыми вливаниями. Обращение к практике комбинированных моделей финансирования, страховых планов с гибкой системой льгот и развитию госгарантий дает повод полагать, что усовершенствованные механизмы координации и распределения ресурсов могут снизить социальное неравенство [Байгулов, Байгулова, Быкова,

2023]. В то же время однозначно эффективных рецептов не существует, поскольку каждая страна и регион имеют уникальные параметры, связанные с демографией, культурой и историческим наследием. В рамках нашего исследования анализируются особенности каждой модели и оцениваются перспективы их совершенствования в направлении повышения доступности услуг здравоохранения для лиц с низким уровнем дохода.

Научные работы в области социальной эпидемиологии неоднократно показывали, что недостаточность и неравномерность финансирования первичных и профилактических мероприятий напрямую влияет на рост затрат в долгосрочной перспективе, приводя к увеличению хронических заболеваний и ухудшению показателей общественного здоровья. При бюджетной модели рулевая функция государства проявляется в централизованном распределении средств, что дает определенные гарантии, но иногда сопровождается высокими бюрократическими барьерами и слабой гибкостью. При страховом финансировании, напротив, расширяются возможности для индивидуального выбора клиник и качества услуг, но в то же время страховка может стать финансовым бременем для малоимущих домохозяйств, особенно при отсутствии льготных программ или субсидий. Частно-государственные партнерства, обеспечивая гибкость и скорость внедрения инноваций, потенциально могут решать часть проблем, связанных с нехваткой финансирования, но отсутствие прозрачных механизмов распределения средств порой порождает дополнительные экономические препятствия для уязвимых групп. Это указывает на то, что затраты государства должны не только увеличиваться в абсолютном выражении, но и перераспределяться таким образом, чтобы реально снизить нагрузку на категории граждан, неспособные оплачивать дорогостоящие процедуры [Клунко, Регент, Егорова, 2024]. Дополнительной сложностью выступают внешние факторы, такие как глобальные экономические кризисы и пандемии, которые могут резко повысить спрос на медицинские услуги и создать острый дефицит ресурсов. При этом многое зависит от координации действий государственных структур, страховых фондов, частных инвесторов и гражданского общества [Клунко, Регент, Егорова, 2024]. Одновременно с этим важно учитывать, что государство, даже при наличии продуманных моделей финансирования, не всегда способно в полной мере покрыть все актуальные нужды населения. В различных регионах наблюдается неодинаковый уровень осведомленности граждан о своих правах на бесплатные или льготные медицинские услуги, а иногда пациенты предпочитают обращаться к частным альтернативам в поисках более качественного и быстрого обслуживания. Сочетание этих факторов создает сложную и неоднозначную картину, где роль финансовых моделей проявляется неодинаково, в зависимости от конкретных социально-экономических условий и степени вовлеченности местных органов власти. Понимание этих нюансов служит мотивом для настоящего исследования, цель которого – провести анализ влияния различных моделей финансирования на доступность медицинской помощи для граждан с низким уровнем дохода в контексте современных социальных вызовов и экономических ограничений.

Материалы и методы исследования

Для реализации поставленных целей исследования была разработана комплексная методика, основанная на сочетании количественных и качественных подходов. Сначала проведен сбор статистических данных о структуре расходов на здравоохранение и степени участия в программах медицинского страхования в разных регионах, где была доступна открытая статистика. Затем собранные данные переключались в единую базу, позволяющую

сравнивать показатели в контексте социально-экономических характеристик населения, таких как уровень дохода, занятость и наличие государственной поддержки. Особое внимание уделялось выборке граждан с доходами ниже прожиточного минимума, поскольку именно они чаще всего сталкиваются с ограничениями во времени и средствах, затрудняющими обращение за профессиональной помощью. В ходе подготовительного этапа исследовательская группа столкнулась с фрагментарностью и неоднородностью исходной информации, что потребовало проведения дополнительной работы по стандартизации и очистке данных, исключив дублирующиеся и неточные записи. Для получения качественных параметров использовались интервью, исследования фокус-групп и экспертные опросы, направленные на выявление ключевых препятствий и доступных возможностей для социально уязвимых категорий населения. Таким образом, сформировался набор эмпирического материала, содержащий как статистические показатели, так и мнения непосредственных участников системы здравоохранения, включая представителей государственных учреждений, коммерческих клиник и самих пациентов.

На следующем этапе исследования была сформирована многоуровневая модель для оценки влияния факторов финансирования на доступность медицинских услуг. При этом учитывалась не только совокупность затрат, направленных на развитие инфраструктуры и оплату труда медицинских работников, но и механизмы распределения этих средств, которые включали государственные субсидии, страховые фонды и частные инвестиции. Модель позволяла оценить, как изменения в одной из составляющих, например, в объеме государственного финансирования, отражались на конечных результатах – времени ожидания приемов, перечне доступных диагностических процедур и возможности получать льготные или бесплатные медицинские услуги. Для обеспечения корректности построения модели использовались статистические тесты для проверки значимости коэффициентов, а также дополнительные кросс-проверки, учитывающие сезонные и региональные особенности. Кроме того, в расчеты вводились переменные, отражающие социальные параметры, такие как процент безработных, доля малоимущих домохозяйств и уровень урбанизации населенных пунктов, чтобы определить их роль в формировании структуры потребления медицинских услуг. Одновременно производился сравнительный анализ нескольких категорий учреждений – полностью государственных, частных и смешанного типа, – чтобы проверить, каким образом особенности финансирования и организация работы клиник могут влиять на общедоступность помощи. Результаты этого многостороннего анализа сформировали базис для дальнейшего рассмотрения эффективности существующих моделей финансирования и поиска оптимальных решений, направленных на повышение справедливости и прозрачности распределения ресурсов.

Результаты и обсуждение

Сложившаяся система финансирования здравоохранения в разных странах давно стала объектом научной и практической дискуссии, учитывающей не только экономические, но и социальные аспекты. Особенно остро эта проблема проявляется там, где высок уровень неравенства в доходах, и значительная часть населения не может позволить себе медицинское обслуживание даже на базовом уровне [Омокеев, Кожошев, 2024]. В таких условиях одним из важнейших вопросов оказывается оптимальная структура финансовых вливаний, которая способствовала бы развитию инфраструктуры первичной помощи, одновременно формируя устойчивую платформу для специализированных и высокотехнологичных методов лечения.

Параллельно растет необходимость учитывать региональные различия и демографические тенденции, ведь вооруженные конфликтами или кризисами страны сталкиваются с дополнительными проблемами в плане мобилизации ресурсов, в то время как развитые экономики вынуждены искать сбалансированные механизмы регулирования рынка медицинских услуг [Веригина, Цибульников, 2024].

Использование смешанных моделей, в рамках которых налоги дополняются обязательным или добровольным медицинским страхованием, уже продемонстрировало свою эффективность, но требует корректировки для учета местных социально-экономических особенностей. Например, в странах с невысоким уровнем дохода большей популярностью пользуются государственные субсидии, призванные компенсировать затраты населения на первичное звено. Однако без надлежащего контроля распределения таких субсидий может сложиться ситуация, когда целевые бюджетные средства достигают лишь ограниченного числа медицинских учреждений, а уровень реальной помощи для беднейших слоев остается недостаточным [Фахрутдинов, Князева, 2022]. Чтобы дополнительно понять зависимость между структурами финансирования и результативностью мер, необходимо комплексное исследование всех факторов, включая политику ценообразования на лекарственные препараты и процедуру возмещения расходов по страховым полисам.

Среднедушевые затраты имеют значительный разброс, отражающий уровень экономического развития государства и структуру финансирования, которая может быть дополнена страховыми взносами или прямым бюджетным финансированием. Так, в Государстве С наблюдается самый низкий уровень совокупных трат на душу населения, что коррелирует с самой высокой долей населения, живущего за чертой бедности, и одновременно самым большим процентом неудовлетворенного спроса. Хотя в Государстве D доля беднейших слоев кажется относительно небольшой, более высокие затраты на душу населения здесь сопровождаются меньшим процентом неудовлетворенного спроса, что говорит о более стабильных инициативах в области финансирования и политики страховых выплат.

Глубокий анализ этих цифр указывает на необходимость выстраивать гибкую модель, которая не только будет увеличивать общий объем финансирования, но и ориентироваться при этом на реальные потребности малообеспеченных категорий. Фокус на профилактических программах и первичной помощи способен снизить нагрузку на специализированное звено, однако без системного финансирования такие программы нередко заканчиваются безрезультатно [Киструй, 2024]. Необходима также координация между государственными органами и частными фондами, чтобы добиться оптимального баланса между доступностью и качеством услуг. Одно лишь высокое процентное соотношение расходов от ВВП не гарантирует, что адресные субсидии доходят до целевых групп, и часто недостаток такой адресности мешает существенно повысить общее здоровье населения.

В дальнейших исследованиях важно анализировать не только объем финансовых вливаний, но и структуру распределения средств внутри сектора здравоохранения. При этом нельзя исключать и влияние культурных факторов, поскольку отношение населения к превентивным мерам, таким как вакцинация, напрямую влияет на эффективность расходования бюджетных и страховых ресурсов. Если государство акцентирует внимание на высокотехнологичных видах помощи, но не до конца продумывает механизмы вовлечения малоимущих граждан, то результатом может стать неостребованность дорогих услуг при сохранении высокого уровня заболеваемости общими инфекционными и хроническими недугами [Филина, 2022].

Следует также учитывать, что в некоторых регионах присутствует высокий уровень

неформальных платежей, которые официально не отражаются в отчетности, но фактически приводят к удорожанию медицинских услуг для населения [Виноградова, 2022]. Эти явления особенно опасны для тех, кто и без того испытывает финансовые трудности, ведь в результате формируется дополнительный барьер на пути к получению квалифицированной помощи.

В рамках государственных программ отдельные клиники могут взимать плату за «быстрое» обслуживание или «улучшенные» условия пребывания, формируя систему привилегий внутри якобы бесплатных услуг [Мезенцева, 2022]. Это усиливает дисбаланс в доступе к лечению, затрудняя малоимущим пациентам возможность получить высококачественный сервис и удлиняя сроки ожидания для тех, кто рассчитывает на стандартное обслуживание. Подобная практика может приводить к тому, что пациенты, не имеющие достаточных финансовых ресурсов, попросту отказываются от визитов к врачу даже при наличии серьезных симптомов. В итоге растет доля граждан, обращающихся за медицинской помощью уже на поздних стадиях заболевания, что негативно влияет и на общий показатель здоровья населения, и на эффективность расходования средств системы здравоохранения.

Для выявления устойчивых закономерностей в финансировании и его влиянии на доступность медицинской помощи необходим последовательный анализ взаимосвязей между показателями: долей ВВП, выделяемой на здравоохранение, средней стоимостью лечения, уровнем неформальных платежей и общей структурой расходов домохозяйств. Исследование показывает, что оптимальное решение не всегда заключается в максимальном увеличении госфинансирования, а скорее в эффективной организации потоков и минимизации теневых расходов [Шарафуллина, Габитова, Харисова, 2023]. В то же время нельзя исключать важности страховых механизмов, с помощью которых можно снять часть финансовой нагрузки с малоимущих групп и обеспечить прозрачное возмещение затрат. Переход к гибридным моделям, в которых государство берет на себя функцию регулятора и гарантирует определенный стандарт услуг, а страховые компании обеспечивают дополнительное финансирование, выглядит многообещающим при условии строгого контроля за тарифами и распределением средств [Рагозин, Строев, Гришин, 2022].

Комплексная оценка должна учитывать и географические факторы. В удаленных сельских районах, как правило, ощущается острая нехватка ресурсов, а высокая стоимость логистических услуг еще более повышает стоимость медицинской помощи, особенно если речь идет о перевозке пациентов с тяжелыми заболеваниями [Байгулов, Байгулова, Быкова, 2023]. Система страхования, ориентированная на городское население, может быть менее результативной в сельской местности, где доходы населения зачастую ниже, а инфраструктура развита слабо. На этом фоне целевые государственные программы приобретают критическое значение и должны учитывать возможности развития телемедицины и других современных инструментов, которые расширяют доступ к консультациям и лечению даже в отдаленных областях [Клунко, Регент, Егорова, 2024]. Однако для внедрения таких механизмов необходимо дополнительное финансирование не только на обучение медперсонала, но и на развитие технической базы, иначе технологические инновации уступят место привычным, но малоэффективным аналогам.

Анализ показал, что в условиях недостатка бюджетных средств особое значение приобретают международные программы поддержки, предоставляемые в виде грантов или субсидий для развивающихся стран [Рагозин, Гришин, Ицелев, 2022]. Такие программы могут закрывать часть расходов на высокотехнологичное оборудование или лекарственные препараты, однако их влияние является временным и не всегда способствует формированию стабильных внутренних механизмов финансирования. Чтобы эти вложения оказали

долгосрочный эффект, необходимо параллельное развитие национальной инфраструктуры, что становится возможным лишь при наличии усилий со стороны правительства и взаимодействия с общественными организациями. При отсутствии четких протоколов распределения грантовых средств и контроля за их исполнением возникает риск нерационального расходования бюджета, когда импортируется дорогостоящее оборудование, требующее специализированного обслуживания, тогда как рутинная помощь остается недофинансированной [Shalko, Andriushchenko, 2024].

Формирование механизмов отборочных комиссий и экспертных групп, способных объективно расставлять приоритеты при распределении финансов между различными задачами здравоохранения, может оказаться ключевым фактором успеха [Омокеев, Кожошев, 2024]. С одной стороны, важно поддерживать инновационные проекты, позволяющие развивать науку и повышать уровень квалификации специалистов. С другой стороны, недопустимо игнорировать потребности рядовых пациентов, особенно из малообеспеченных групп, нуждающихся в доступной первичной помощи. Появление страховых фондов, ориентированных на наиболее уязвимые прослойки населения, может стать эффективным механизмом выравнивания неравенства, при условии что государство сохраняет за собой право контроля и вмешательства в случае кризисных ситуаций или резкого роста цен на медицинские товары и услуги [Сафонов, Рагозин, Гришин, 2022]. В то же время необходимо помнить, что чрезмерное вмешательство государства без должной прозрачности может привести к бюрократизации и снижению эффективности принятия решений.

Таким образом, общая картина указывает на сложность проблемы финансирования здравоохранения и ее прямую связь с доступностью медицинской помощи малоимущим группам. Несмотря на значительное количество возможных моделей – от полностью бюджетных до смешанных с учетом страховых взносов, – каждая из них показывает различную эффективность в зависимости от социально-экономического и политического контекста страны. Наиболее жизнеспособны те стратегии, где отсутствует поляризация между государственными и частными финансовыми потоками, а социальная политика сочетает развитие профилактики с гарантиями по специализированной помощи [Хабриев Р.У., Коломийченко, 2024]. Сочетание высокотехнологичных услуг и широкого покрытия базовой медицинской помощи требует не только финансовых вливаний, но и системы контроля качества, прозрачного ценообразования и комплексного подхода к развитию кадрового потенциала сферы здравоохранения.

В целом, результаты анализа подтверждают гипотезу о том, что нехватка финансовых ресурсов вкупе с нерациональным их распределением остается одним из главных барьеров при попытках сделать медицинскую помощь доступной для населения с низким уровнем дохода. Однако поиск идеальной модели финансирования – это не одномоментная задача, а постоянный процесс адаптации, который требует межсекторного взаимодействия, политической воли, а главное – глубокого понимания потребностей тех, кому данная помощь наиболее необходима.

Заключение

Проведенное исследование продемонстрировало глубокую взаимосвязь между моделью финансирования здравоохранения и степенью доступности медицинской помощи для граждан с низкими доходами. Анализ количественных и качественных показателей позволил выявить, что бюджетная модель, при всей своей направленности на поддержание бесплатных и льготных услуг, может сталкиваться с недостаточной гибкостью и затрудненным перенаправлением

ресурсов. Страховые механизмы, напротив, обеспечивают более высокую степень покрытия, однако без должного контроля и субсидирования со стороны государства увеличивают риск финансовой недоступности помощи для наименее обеспеченных групп. Частно-государственные партнерства дают возможность оперативно внедрять новые технологии и поднимать качество обслуживания, но без эффективных механизмов регуляции и прозрачного распределения вложений такие партнерства могут вести к еще большему росту неравенства. В свою очередь, комбинированная модель, если она грамотно выстроена, способна учесть широкую палитру финансовых реалий и более эффективно распределять риски как между государством и страховым сектором, так и между самими гражданами. Однако существенное значение имеет не только общий объем государственных или частных ассигнований, но и их целевое направление, приоритеты внутри системы здравоохранения, а также логистика предоставления услуг.

Практическое значение представленных выводов заключается в том, что для повышения уровня доступности медицинских услуг в условиях ограниченных ресурсов государства необходимо выстраивать сбалансированные схемы финансирования. Такие схемы должны учитывать не только формальные показатели финансирования, но и специфику региональной инфраструктуры, а также потребности конкретных социально уязвимых групп. Выявленные различия по видам услуг и механизмам их оплаты указывают на необходимость адресной политики, которая стимулирует профилактику и раннюю диагностику заболеваний, а также облегчает процесс страхования для малоимущих категорий граждан. При адекватном регулировании, финансовая модель может включать в себя элементы государственного субсидирования ключевых направлений – таких как профилактика, реабилитация и консультирование, – тем самым снижая нагрузку на стационары и этапы лечения. Итогом становится более равномерное распределение ресурсов и усиление социальной справедливости, что особенно важно для групп с низкими доходами, которые требуют максимальной поддержки. Дальнейшее развитие подобных исследовательских инициатив может способствовать корректировке действующих программ здравоохранения и формированию новых, более эффективных моделей финансирования, способных обеспечить доступность жизненно важных услуг для всех граждан без исключения.

Библиография

1. Байгулов Р.М., Байгулова А.А., Быкова А.С. Модель государственной (бюджетной) медицины на примере Великобритании // Вестник Московского гуманитарно-экономического института. 2023. № 1. С. 5-18.
2. Веригина А.В., Цибульникова В.Ю. О различиях в системах здравоохранения и их финансировании // Прикладные экономические исследования. 2024. № 1. С. 75-80.
3. Виноградова И.А. Реакция систем здравоохранения на вызовы пандемии в условиях растущего спроса на услуги со стороны населения старшего возраста // Успехи геронтологии. 2022. Т. 35. № 1. С. 152.
4. Киструй П.К. Финансирование в здравоохранении: потребность в новой концепции оплаты // Научный аспект. 2024. Т. 34. № 4. С. 4371-4377.
5. Клунко Н.С., Регент Т.М., Егорова Л.В. Финансирование национальной системы здравоохранения с учетом тенденций развития медицинской помощи и социально-экономических реалий // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. 2024. № 1. С. 117-128.
6. Мезенцева К.Н. Анализ доходов и расходов учреждения здравоохранения // Молодежный инновационный вестник. 2022. Т. 11. № 1. С. 52-53.
7. Омокеев М.К., Кожошев А.О. Принципы финансирования здравоохранения на основе ФОМС // Актуальные вопросы современной экономики. 2024. № 6. С. 228-232.
8. Рагозин А.В., Гришин В.В., Ицелев А.А. Новая классификация национальных систем финансирования общественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения. 2022. № 1. С. 43-53.

9. Рагозин А.В., Строев П.В., Гришин В.В. Эволюция системы финансирования здравоохранения от Бисмарка к Файге // ЭКО. 2022. № 10 (580). С. 168-184.
10. Сафонов А.Л., Рагозин А.В., Гришин В.В. Финансирование общедоступной медицинской помощи населению Российской Федерации: сохранять многоканальность или переходить на систему единого плательщика? // Финансы: теория и практика. 2022. Т. 26. № 4. С. 230-244.
11. Фахрутдинов Т.М., Князева Е.Г. Финансовые и управленческие многосложности в достижении всеобщего охвата медицинской помощью населения России // Вестник Самарского государственного экономического университета. 2022. № 7 (213). С. 67-74.
12. Филина М.А. Современные проблемы финансирования здравоохранения в России // Экономика и предпринимательство. 2022. № 8 (145). С. 125-128.
13. Хабриев Р.У., Коломийченко М.Е. Сравнительный анализ систем здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2024. Т. 32. № 1. С. 4-10.
14. Шарафуллина Р.Р., Габитова А.Р., Харисова К.Р. К вопросу о финансировании системы здравоохранения в чрезвычайных ситуациях // Вестник БИСТ (Башкирского института социальных технологий). 2023. № 1 (58). С. 83-86.
15. Shalko M., Andriushchenko A. Analysis of the structure and efficiency of national health care systems // International Journal of Public Health Science. 2024. Т. 13. № 3. С. 1442.

Analysis of the impact of various health care financing models on the accessibility of medical services for low-income populations

Nikolai A. Chernomyrdin

The resident,
National Medical Research Center named after V.A. Almazov,
197341, 2 Akkuratova str., Saint Petersburg, Russian Federation;
e-mail: Nick78Black56@gmail.com

Abstract

The study analyzes the impact of various models of healthcare financing on the availability of medical care for low-income citizens. The relevance of the topic is due to the growing socio-economic disparities that limit the ability of vulnerable groups to receive timely and high-quality medical care. The purpose of the work is to assess the effectiveness of budget, insurance, public-private and combined models in the context of reducing barriers for low-income patients. Materials and methods included an integrated approach: collecting statistical data on the structure of healthcare costs, insurance coverage and personal costs of patients in different regions. Additionally, qualitative studies were conducted - interviews with representatives of medical institutions, insurance companies and focus groups with patients. For the analysis, a multi-level model was used that takes into account socio-economic factors (unemployment rate, urbanization) and service availability parameters (waiting time, share of co-financing). The results revealed significant differences between the models. Budget financing (73.54% of public investment) ensured low out-of-pocket costs for patients (14.93%), but was accompanied by long waiting times (6.47 days) and limited insurance coverage (30.12%). The insurance model reduced the waiting time to 4.89 days with high insurance coverage (71.04%), but increased the share of out-of-pocket costs (19.27%). The public-private partnership demonstrated the minimum waiting time (3.74 days), but the maximum patient costs (25.56%). The combined model showed balanced indicators: 5.32 days of waiting and 18.44% out-of-pocket costs. Analysis by types of services revealed an imbalance: hospitalization was financed by the state by 65.43%, while rehabilitation was financed by only 38.92%, which increased

the financial burden on patients (21.10%). The findings highlight the lack of a universally effective model. Budgetary financing guarantees social protection, but suffers from bureaucracy; the insurance system increases flexibility, but requires subsidies for the poor; private-public initiatives accelerate access, but commercialize services. The key recommendation is the development of combined schemes with increased state regulation, targeted subsidies for prevention and diagnostics, and simplified insurance mechanisms for vulnerable groups.

For citation

Chernomyrdin N.A. (2025) Analiz vliyaniya razlichnykh modelei finansirovaniya sistemy zdravookhraneniya na dostupnost' meditsinskoi pomoshchi dlya naseleniya s nizkim urovnem dokhoda [Analysis of the impact of various health care financing models on the accessibility of medical services for low-income populations]. *Ekonomika: vchera, segodnya, zavtra* [Economics: Yesterday, Today and Tomorrow], 15 (4A), pp. 235-245.

Keywords

Health care financing, medical service accessibility, low-income population, financing models, social inequality.

References

1. Baigulov R.M., Baigulova A.A., Bykova A.S. (2023) Model gosudarstvennoy (byudzhetnoy) meditsiny na primere Velikobritanii [Model of State (Budgetary) Healthcare Using the Example of the United Kingdom]. *Vestnik Moskovskogo gumanitarno-ekonomicheskogo instituta* [Bulletin of the Moscow University for the Humanities and Economics], 1, p. 5-18.
2. Fakhrutdinov T.M., Knyazeva E.G. (2022) Finansovye i upravlencheskie mnogozlozhnosti v dostizhenii vseobshchego okhvata meditsinskoy pomoshchyu naseleniya Rossii [Financial and Managerial Complexities in Achieving Universal Health Coverage for the Population of Russia]. *Vestnik Samarskogo gosudarstvennogo ekonomicheskogo universiteta* [Bulletin of Samara State University of Economics], 7 (213), p. 67-74.
3. Filina M.A. (2022) Sovremennye problemy finansirovaniya zdravookhraneniya v Rossii [Modern Problems of Healthcare Financing in Russia]. *Ekonomika i predprinimatelstvo* [Economics and Entrepreneurship], 8 (145), p. 125-128.
4. Khabriev R.U., Kolomiichenko M.E. (2024) Sravnitelnyy analiz sistem zdravookhraneniya [Comparative Analysis of Healthcare Systems]. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of Social Hygiene, Public Health and History of Medicine], 32 (1), p. 4-10.
5. Kistruy P.K. (2024) Finansirovanie v zdravookhraneni: potrebnost v novoy kontseptsii oplaty [Financing in Healthcare: The Need for a New Payment Concept]. *Nauchnyy aspekt* [Scientific Aspect], 34 (4), p. 4371-4377.
6. Klunko N.S., Regent T.M., Egorova L.V. (2024) Finansirovanie natsionalnoy sistemy zdravookhraneniya s uchetom tendentsiy razvitiya meditsinskoy pomoshchi i sotsialno-ekonomicheskikh realiy [Financing the National Healthcare System Considering Trends in Medical Care Development and Socio-Economic Realities]. *Vestnik Astrakhanskogo gosudarstvennogo tekhnicheskogo universiteta. Seriya: Ekonomika* [Bulletin of Astrakhan State Technical University. Series: Economics], 1, p. 117-128.
7. Mezentseva K.N. (2022) Analiz dokhodov i raskhodov uchrezhdeniya zdravookhraneniya [Analysis of Revenues and Expenditures of a Healthcare Institution]. *Molodezhnyy innovatsionnyy vestnik* [Youth Innovation Bulletin], 11 (1), p. 52-53.
8. Omokeev M.K., Kozhoshev A.O. (2024) Printsipy finansirovaniya zdravookhraneniya na osnove FOMS [Principles of Healthcare Financing Based on the Mandatory Health Insurance Fund (MHIF)]. *Aktualnye voprosy sovremennoy ekonomiki* [Current Issues of the Modern Economy], 6, p. 228-232.
9. Ragozin A.V., Grishin V.V., Itselev A.A. (2022) Novaya klassifikatsiya natsionalnykh sistem finansirovaniya obshchestvennogo zdravookhraneniya [A New Classification of National Public Health Financing Systems]. *Menedzher zdravookhraneniya* [Healthcare Manager], 1, p. 43-53.
10. Ragozin A.V., Stroev P.V., Grishin V.V. (2022) Evolyutsiya sistemy finansirovaniya zdravookhraneniya ot Bismarka k Fayge [Evolution of the Healthcare Financing System from Bismarck to Faige]. *EKO* [ECO], 10 (580), p. 168-184.
11. Safonov A.L., Ragozin A.V., Grishin V.V. (2022) Finansirovanie obshchedostupnoy meditsinskoy pomoshchi naseleniyu Rossiyskoy Federatsii: sokhranyat mnogokanalnost ili perekhodit na sistemu edinogo platelshchika? [Financing Publicly Available Medical Care for the Population of the Russian Federation: Preserve Multi-Channel

-
- Financing or Switch to a Single-Payer System?]. *Finansy: teoriya i praktika* [Finance: Theory and Practice], 26 (4), p. 230-244.
12. Shalko M., Andriushchenko A. (2024) Analysis of the structure and efficiency of national health care systems. *International Journal of Public Health Science*, 13 (3), p. 1442.
 13. Sharafullina R.R., Gabitova A.R., Kharisova K.R. (2023) K voprosu o finansirovanii sistemy zdravookhraneniya v chrezvychaynykh situatsiyakh [On the Issue of Financing the Healthcare System in Emergency Situations]. *Vestnik BIST (Bashkirskogo instituta sotsialnykh tekhnologiy)* [Bulletin of BIST (Bashkir Institute of Social Technologies)], 1 (58), p. 83-86.
 14. Verigina A.V., Tsibulnikova V.Yu. (2024) O razlichiyakh v sistemakh zdravookhraneniya i ikh finansirovanii [On Differences in Healthcare Systems and Their Financing]. *Prikladnye ekonomicheskie issledovaniya* [Applied Economic Research], 1, p. 75-80.
 15. Vinogradova I.A. (2022) Reaktsiya sistem zdravookhraneniya na vyzovy pandemii v usloviyakh rastushchego sprosna na usluzhi storony naseleniya starshego vozrasta [The Response of Healthcare Systems to Pandemic Challenges Amid Growing Demand for Services from the Older Population]. *Uspekhi gerontologii* [Advances in Gerontology], 35 (1), p. 152.