

**ОСНОВНЫЕ МОДЕЛИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:  
ПРЕИМУЩЕСТВА И НЕДОСТАТКИ***А.Р. Преснакова, 3 курс**Научный руководитель – С.А. Данилкова, к.э.н., доцент  
Белорусский государственный экономический университет*

В современных условиях все модели финансирования здравоохранения можно условно разделить на три типа: преимущественно государственная (бюджетная); преимущественно страховая (социально-страховая), преимущественно частная (негосударственная, или рыночная) [1, с. 82].

В первой модели финансирования здравоохранения (модель Семашко - Бевериджа) государство играет существенную роль. Государственная система финансируется за счет общих налоговых поступлений в государственный бюджет [2, с. 618]. Медицинское обслуживание для всего населения является бесплатным. Совокупные расходы из общественных источников, как правило, составляют 8–11 % в структуре ВВП. Частное страхование, в свою очередь, играет дополняющую роль. Большая часть медицинских услуг оказывается государственными лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) и частнопрактикующими врачами, а рынку отведена второстепенная роль. Государство держит под контролем большинство аспектов рынка медицинских товаров и услуг, устанавливает правила доступа на рынок, формирует перечни возмещения, с помощью тарифной политики и ценообразования обеспечивает контроль над объемами оказываемых медицинских услуг.

Вторая модель (модель Бисмарка) является наиболее распространенной в мире и основывается на принципах смешанной экономики. Эта система также управляется государственными органами власти, но финансируется за счет трех источников: отчисления из заработной платы, отчисления из доходов предпринимателей и субсидии государства [2, с. 620]. Программы обязательного медицинского страхования охватывают все или практически все население при соучастии государства в финансировании страховых фондов. Совокупные государственные расходы на здравоохранение, как правило, несколько выше, чем в бюджетной модели, составляя уже 9–13 % от ВВП. Решающую роль в распределении средств играют частные некоммерческие или коммерческие страховые фонды или компании, роль рынка в удовлетворении потребностей населения в медицинских услугах высока, а пациенты обладают существенной свободой в выборе страховых компаний и поставщиков услуг. Медицинские услуги оказывают учреждения различных форм собственности, но преобладают частные некоммерческие. Рынок медицинских услуг высокоразвит, а частное страхование играет дополняющую роль.

Для частной модели финансирования здравоохранения в отличие от государственной характерно оказание медицинских услуг на платной основе за счет частного страхования и личных средств граждан [3, с. 141]. Единая система государственного медицинского страхования отсутствует. Рынок играет ключевую роль в удовлетворении потребностей в медицинских услугах. Государство берет на себя только те обязательства, которые не удовлетворяются рынком, то есть покрывает медицинское обслуживание социально уязвимых категорий граждан — безработных, малоимущих и пенсионеров. Денежные средства аккумулируются в частных коммерческих страховых фондах (страховых компаниях), после чего поступают в ЛПУ. Большая часть медицинских услуг оказывается ЛПУ, аптечными учреждениями, имущество которых находится в частной собственности, лицами, занимающимися частной медицинской практикой и частной фармацевтической деятельностью [4, с. 130]. Благодаря частным страховым компаниям уровень конкуренции на рынке медицинских услуг очень высок, что положительно сказывается на их качестве, но только для материально обеспеченной части населения. При этом рационального использования ресурсов не достигается. Вопросы обеспечения качества медицинских услуг решаются посредством лицензирования и аккредитации медицинских учреждений и врачей, которые находятся в руках профессиональных медицинских организаций.

Проведенный анализ функционирования разных систем финансирования здравоохранения позволяет сделать выводы о сильных и слабых сторонах основных моделей здравоохранения (табл. 1).

Таблица – Преимущества и недостатки основных моделей здравоохранения

Тип модели	Преимущества	Недостатки
Модель Семашко-Бевеиджа	<ul style="list-style-type: none"> <li>• бесплатность помощи для населения,</li> <li>• равная доступность для населения высококвалифицированной помощи,</li> <li>• экономное использование ресурсов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ограниченный выбор, снижение качества медицинских услуг,</li> <li>• снижение уровня материально – технического оснащения,</li> <li>• снижение оплаты труда медицинского персонала,</li> <li>• неравенство доступности медицинской помощи для отдельных социальных групп и административных территорий,</li> <li>• очереди в ЛПУ,</li> <li>• ограниченность учета мнений и свободы выбора для пациентов,</li> <li>• высокие административные расходы.</li> <li>• излишняя бюрократизация, вследствие управления госорганами и госслужащими</li> </ul>
Модель Бисмарка	<ul style="list-style-type: none"> <li>• повышенный материально – технический уровень оснащения,</li> <li>• широкий выбор, высокое качество оказания услуг,</li> <li>• высокий уровень оплаты труда,</li> <li>• материальная заинтересованность персонала,</li> <li>• отсутствие очередей в ЛПУ,</li> <li>• возможность выбора страховой компании и ЛПУ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• неравная доступность для отдельных групп лиц, административных территорий,</li> <li>• низкий приоритет общественного здравоохранения и профессиональной медицинской помощи,</li> <li>• высокие административные расходы (на содержание страховых компаний),</li> <li>• выраженный рост стоимости медицинских услуг</li> </ul>
Частная модель	<ul style="list-style-type: none"> <li>• высокий уровень материально – технического оснащения,</li> <li>• широкий выбор и высокий уровень качества услуг,</li> <li>• высокая оплата труда медицинского персонала,</li> <li>• материальная заинтересованность персонала,</li> <li>• отсутствие очередей в ЛПУ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• высокая стоимость медицинских услуг,</li> <li>• низкая доступность малоимущим,</li> <li>• трудность регулирования качества помощи</li> </ul>

Источник: собственная разработка

Таким образом, исходя из анализа трех основных систем финансирования здравоохранения можно сделать выводы, что ни одна из моделей здравоохранения не является универсальной, и ни одна не существует в чистом виде. У каждой из моделей есть свои недостатки и преимущества, например, бюджетная модель характеризуется меньшей затратностью по сравнению с двумя другими моделями, а также большей устойчивостью системы здравоохранения в результате более высокого уровня покрытия расходов из общественных источников, однако в страховой модели распределение средств более структурированное, чем в модели Семашко – Бевеиджа, а сильными сторонами частной модели являются высокое качество медицинской помощи и высокие доходы врачей и других медработников. Резюмируя все преимущества и недостатки социально-страховой модели, можно сказать, что она является наиболее оптимальной как для государства, так и для населения.

#### Список использованных источников

1. Лисицын Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 512 с.

2 Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. - 5-е изд., перераб. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 656с.

3. Экономика здравоохранения: учеб. пособие / В.Ю. Семёнов. – 2-е изд., перераб. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. – 1000 с.

4. Медик В.А., Юрьев В.К. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Профessional, 2009. – 432 с.