

УДК 330.1

## Альтернативные системы финансирования здравоохранения в условиях рыночных отношений



### **Сафина Р.С.**

Кандидат экономических наук,  
доцент кафедры экономической теории  
Казанского государственного архитектурно-строительного университета



### **Курзина И.М.**

Кандидат экономических наук,  
доцент кафедры экономической теории  
Казанского государственного архитектурно-строительного университета

*В статье рассматриваются различные варианты организации здравоохранения в рыночной экономике с точки зрения источников финансирования и обеспечения предоставления медицинских услуг. Приводятся примеры из зарубежной практики и анализируются направления реформирования российской модели. Обосновывается роль государства как гаранта конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Характеризуется место и значение частных институтов в рамках системы здравоохранения. Дается сравнительный анализ соотношения бесплатных и платных услуг, обязательного и добровольного медицинского страхования.*

*Ключевые слова: рынок здравоохранения, финансирование здравоохранения, государственное регулирование рынка медицинских услуг, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, рынок платных медицинских услуг.*

В мировой практике организации здравоохранения накоплен значительный опыт использования различных систем функционирования этой отрасли. В частности: частное медицинское страхование (с возможными его модификациями), прямое налогообложение, общественное медицинское страхование и организации поддержания и сохранения здоровья. Основными характеристиками любой из представленных систем являются: источники финансирования; способы оплаты услуг врачей; способы оплаты других поставщиков медицинских услуг (главным образом больниц).

Что касается источников финансирования, то организация финансовых посредников может создаваться на монополистической, олигополистической или на основе свободной конкуренции. В монопо-

листической системе финансирования посредником, как правило, является государство. В олигополистической системе (т.е. такой, где может существовать малое количество крупных посредников) финансы могут контролироваться как общественными, так и частными органами (страховыми компаниями). В условиях свободной конкуренции может существовать большое число малых посреднических организаций.

Отметим, что организация служб обеспечения медицинских услуг необязательно должна соответствовать организации их финансирования. Обратимся к рисунку 1, в котором представлена схема возможных сочетаний частного и общественного участия в финансировании и обеспечении медицинских услуг.

Как видно из схемы, могут существовать следующие модели:

		Обеспечение	
		Общественное	Частное
Финансирование	Общественное	1	2
	Частное	3	4

**Рис. 1. Возможное сочетание частного и общественного финансирования и обеспечения медицинских услуг**

1. Общественное финансирование и общественное обеспечение;
2. Общественное финансирование и частное обеспечение;
3. Частное финансирование и общественное обеспечение;
4. Частное финансирование и частное обеспечение.

Например, больничная услуга в большинстве европейских стран представляет собой большую вертикально-интегрированную систему, в которой финансирование и обеспечение объединены внутри одной организации (т.е. финансирование идет сверху вниз). Здесь и финансирование, и обеспечение являются общественными (квадрант 1). В то же время в большинстве стран общая практика попадает в квадрант 2, поскольку такая услуга предоставляется врачами, которые большую часть своего дохода получают из государственной казны. Система, финансируемая из частных фондов, может соответствовать квадрантам 3 и 4, в зависимости от того, у кого закупаются услуги – у частных или общественных поставщиков.

Государственное вмешательство преимущественно осуществляется в финансирование медицинских услуг, нежели в их обеспечение. Контроль над финансами позволяет государственным органам в большей степени ориентировать систему здравоохранения на достижение социальных целей. Однако существование общественных служб отнюдь не гарантирует их преимущественного использования теми группами населения, для которых, собственно, они создаются, потому что менее больные, богатые, частным образом застрахованные пациенты могут являться более привлекательными клиентами для таких больниц, чем те, кто в большей степени в таких услугах нуждается.

В настоящее время частное медицинское страхование (там, где оно является доминирующей формой, например, в США) реализуется в рамках олигополистической структуры. Такая ситуация усиливает положение частных компаний на рынке и

позволяет им сохранять высокий уровень страховых прибылей и премий.

В условиях «чистого» страхования (т.е. страхования без дополнительных платежей) потребитель выплачивает страховую премию, которая в будущем, в случае его болезни, должна покрыть расходы на медицинские услуги. Эта премия либо полностью выплачивается потребителем, либо часть оплачивает работодатель. В дальнейшем, в момент потребления медицинских услуг, когда издержки потребителя минимальны, у него нет особого финансового стимула ограничивать свои запросы. Со стороны врачей также нет финансового стимула к сдерживанию повышенного спроса. Напротив, они заинтересованы в увеличении спроса на свои услуги (феномен спроса, вызванного поставщиком). Именно здесь остро проявляется так называемая проблема «морального риска» (МР). Она заключается в том, что в системах здравоохранения, базирующихся на страховании, возникает феномен потенциального избытка спроса – как со стороны потребителя, так и производителя. Причем каждый имеет несколько аспектов.

МР потребителя, с одной стороны, возникает из-за того, что застрахованное лицо, будучи уверенным, что в момент лечения (потребления медицинских услуг) его финансовые издержки будут минимальными, до некоторой степени теряет побудительный мотив к ведению здорового образа жизни, повышая тем самым вероятность своего обращения за медицинской помощью. Второй аспект МР потребителя связан с тем, что люди страхуются тогда, когда уже наступает болезнь и необходимо лечение, т.е. нулевая или малая цена в точке использования соответствует высокой скорости оказания медицинских услуг. И тот, и другой случай увеличивают количество медицинских услуг, приводя к сверхпотреблению, и сохраняют выгоды, получаемые застрахованными пациентами. Логично, что это сокращает стимулы для развития страхового бизнеса и приводит к потере благосостояния в целом.

МР производителя может возникать либо просто в результате неосведомленности о затратах, либо вследствие недобросовестного поведения, либо в результате использования методов оплаты по принципу «плата за услуги», при которых получаемые гонорары могут существенно отклоняться от конкурентных рыночных цен. Если оплата выше рыночной цены, появляются стимулы к увеличению числа предлагаемых услуг, в противном случае число услуг сокращается. В силу того, что медицинские услуги по своей природе являются абсолютно неэластичными, при недобросовестном поведении поставщиков здесь могут возникать серьезные проблемы, связанные с использованием неосведомленности потребителей и навязыванием им ненужных услуг. С другой стороны, в случае незаинтересованности поставщиков из сферы оказываемых услуг

могут выпадать социально значимые виды медицинской помощи.

Для борьбы с этой проблемой страховые компании, как правило, вводят так называемые схемы совместных платежей. Основная их цель – путем увеличения финансовой нагрузки на потребителя устранить или, по крайней мере, сократить «необязательное» использование медицинских услуг. Формы таких схем могут быть разными: например, определенную часть расходов за потребленную медицинскую услугу несет непосредственно застрахованный индивидум, или пациента обязуют самого производить оплату счетов, а уж затем предоставляют возможность возмещения издержек в страховой компании.

Это может привести к следующим последствиям. В зависимости от величины дополнительных расходов люди из социальных групп с низкими доходами могут быть лишены возможности потребления медицинских услуг, т.к. просто не могут их оплатить (что еще раз подтверждает необходимость вмешательства со стороны государства). С другой стороны, такая попытка решения проблемы морального риска (через дополнительные платы потребителей) не обеспечивает повышенного спроса, желаемого поставщиком. Врачи, переключив свое внимание от групп с низкими доходами, могут стимулировать повышенный спрос среди тех, кто способен платить больше. В результате в условиях частного медицинского страхования вполне реально возникает ситуация, когда средства, идущие на медицинские услуги, не используются со всей эффективностью, с точки зрения сохранения здоровья общества в целом.

Российская система здравоохранения существенно отличается от западной. Ее особенность обусловлена рядом причин, основными из которых являются, во-первых, сложившаяся во времена СССР и привычная для большинства взрослого населения система бесплатного медицинского обеспечения и недоступность для большинства людей платной медицины, а также неразвитость рыночных механизмов.

К концу 2012 г. в России насчитывалось 29,2 тыс. лечебных учреждений. Они очень неоднородны по профилю деятельности, виду предоставляемых услуг, численности и квалификации персонала, количеству обслуживаемых пациентов.

Как свидетельствуют данные таблицы 1, преобладающее число медучреждений являются муниципальными.

**Таблица 1**

**Численность медицинских учреждений по формам собственности в РФ, 2012 г. [1]**

Форма собственности	Количество, тыс. шт.
Государственная	6,2
Муниципальная	19,8
Частная	2,4
Иная	0,9
<b>Всего:</b>	<b>29,2</b>

ципальными (68 %) и государственными (21 %). Частные коммерческие клиники занимают незначительный удельный вес (8 %).

Если проиллюстрировать российскую систему организации здравоохранения с помощью вышеприведенной схемы (рис. 1), то сочетание механизмов финансирования и обеспечения лечебно-профилактических услуг выглядят следующим образом.

Квадрант 1 – предоставление бесплатной медицинской помощи с целью обеспечения основополагающих конституционных прав граждан. Помимо прямых бюджетных ассигнований, оно осуществляется через систему обязательного медицинского страхования (ОМС), основы которой были заложены в 1991 г. За счет средств обязательного медицинского страхования, аккумулируемых в Федеральном и территориальных фондах ОМС, оплачивается медицинская помощь, оказываемая в соответствии с базовой Программой государственных гарантий и предусматривающей первичную медико-санитарную, специализированную медицинскую помощь, а также обеспечение необходимыми лекарственными препаратами.

В качестве организационных форм лечебно-профилактических учреждений, обеспечивающих предоставление медицинских услуг, здесь выступают главным образом государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения.

Квадрант 2 – во-первых, включает прямое бюджетное финансирование высокотехнологичной врачебной помощи, которая может быть оказана только лишь в специализированных частных клиниках. В силу высокой стоимости таких услуг, они весьма редки и осуществляются адресно. Во-вторых, в этот сегмент может быть отнесено привлечение частных ЛПУ на конкурсной основе в рамках осуществления общего медицинского страхования. В-третьих, сюда попадает та часть медицинских услуг, которая оказывается высококвалифицированными специалистами государственных и муниципальных больниц, совмещающими основную врачебную практику с работой в частных клиниках.

Квадрант 3 – представлен достаточно значительной и постоянно увеличивающейся долей платных услуг, оказываемых бюджетными ЛПУ, в том числе через систему добровольного медицинского страхования (ДМС). Кроме того, именно здесь проявляется весьма специфичный российский феномен – теневой рынок медицинских услуг.

Однозначных мнений по поводу размеров теневого сектора не существует – эксперты дают разные оценки, отличающиеся в разы. Согласно данным РБК.research, полученным в ходе опроса россиян в марте 2013 г., объем нелегальных медицинских услуг (платежей на руки врачам и другим медицинским работникам) составляет порядка 80-130 млрд. руб. [2]. Неформальные платежи при оказании бесплат-

ных услуг в некоторых случаях приобретают характер обязательных, варьируясь от выражения благодарности до прямого вымогательства.

Квадрант 4 – чисто рыночный сегмент, который включает две составляющие: частные лечебные учреждения и систему добровольного медицинского страхования.

Частные клиники, как правило, специализируются на конкретных медицинских услугах – пластической хирургии, стоматологии, родовспоможении и др. В этом секторе относительно немного многопрофильных медицинских организаций, поскольку они вынуждены конкурировать с государственными лечебно-профилактическими учреждениями, также оказывающими медицинские услуги на коммерческой основе. Однако специалистами отмечается тенденция расширения сферы оказываемых частными клиниками услуг. Это происходит благодаря процессу отраслевой концентрации, в ходе которой вместо небольших платных медицинских кабинетов во многих российских городах появляются крупные многопрофильные медицинские центры. При этом необязательно оказывать услуги по редким медицинским показаниям, так как их введение в ассортимент не будет окупаться. До 80 % оборота российской платной медицины приходится на 20 наиболее распространенных врачебных специальностей.

Складывается олигополистическая структура рынка, особенно в мегаполисах. Так, основными операторами на рынке платных медицинских услуг являются компании «Медси», «Медицина», «Европейский медицинский центр», «Скандинавия», «Будь здоров» (см.: табл. 2).

В Казани в 2013 г. по оценкам BusinesStat, в рейтинге 10 частных многопрофильных клиник-лидеров рынка медицинских услуг наибольшую численность филиалов имела медицинская сеть «Биомед» (7 собственных медучреждений компании); наибольшее число специальностей (24) – представлено в клиниках «Биомед», Академия здоровья «Звезда» и «Здоровье семьи»; по количеству пациентов лидирует клиника «Медел», услугами которой воспользовались 119,5 тыс. пациентов, на втором месте – сеть клиник «Биомед», куда хотя бы раз за год обратилось 110 тыс. пациентов; лидером по доходам

стала клиника Академия здоровья «Звезда», второе место – у компании «Здоровье семьи» с выручкой в 254,1 млн. руб. [3].

В целом, платные услуги для большинства российских граждан пока малодоступны и постоянно услугами частных клиник пользуются единицы. Разовые визиты в эти учреждения совершаются большим числом пациентов либо в целях экономии времени, либо для получения более качественной медицинской помощи.

Тем не менее эксперты едины в оценках, что рынок платных медицинских услуг в ближайшие годы будет расти, правда, динамика будет замедляться. Предполагается, что темпы роста сохранятся на уровне 12-15 %, причем в основном за счет ценовой составляющей (рис. 2). Главным стимулом роста количества предоставляемых услуг, как и ранее, будет неудовлетворительное качество бесплатной медицины.

Как отмечалось выше, в квадрант 4 (рис. 1) попадает также система ДМС, которая в России пока занимает незначительную долю в общем объеме предоставляемых услуг. Емкость этого рынка составляет порядка 110 млрд. руб., в то время как рынок бесплатных медицинских услуг, по оценкам экспертов, многократно больше и доходит до 1,7 трлн. руб. [2]. По своей природе этот вид страхования относится к убыточным в силу описанного

Таблица 2

Рейтинг ведущих компаний на рынке платных медицинских услуг в 2011 г. [2]

Компания	Выручка по России, млрд. руб.	Выручка по Москве, млрд. руб.	Доля на рынке платных мед. услуг РФ, %	Доля на рынке платных мед. услуг Москвы, %
«Медси»	4,8	3,5	1,32	3,69
«Медицина»	2,6	2,6	0,71	2,75
«Европейский медицинский центр»	1,7	1,7	0,47	1,8
«Скандинавия»	1,6	-	0,43	-
«Будь здоров»	1,5	1,2	0,42	1,29

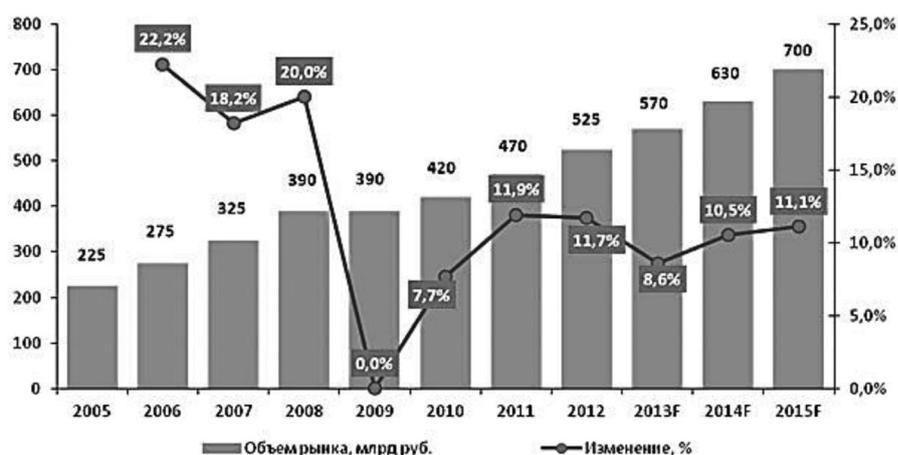


Рис. 2. Динамика объема рынка платных медицинских услуг в РФ, 2005-2015 гг., млрд. руб., % [2]

выше феномена «морального риска». В России он имеет место, в частности, из-за низкой страховой культуры. Мотивацией страхования граждан в большинстве случаев является не возможность избежать непредвиденных расходов в случае болезни, а желание «подлечиться» за счет страховой компании (СК). Такое поведение потребителей, а также низкая платежеспособность населения являются причинами того, что физические лица составляют очень маленькую долю в страховом портфеле СК. Порядка 95 % держателей полисов – корпоративные клиенты. Организации используют этот инструмент как составляющую социального пакета для поддержания здоровья и лояльности своего персонала. Данный рынок в России близок к насыщению, поскольку большинство крупных компаний уже включены в его сферу. Дальнейшее развитие ДМС должно идти в направлении усиления конкуренции и улучшения качества медицинского обслуживания.

Подводя итоги, следует отметить, что до сих пор никто в мире не придумал идеальной и универсальной системы организации здравоохранения. Страховая модель в различных вариантах – одна из наиболее распространенных форм медицинского обеспечения населения. Очевидно, что эффективность ее в России зависит в целом от качества действия рыночных механизмов и их институционального обеспечения.

### Литература:

1. Анализ рынка медицинских услуг в России в 2008-2012 гг, прогноз на 2013-2017 гг. – URL: megaresearch.ru/files/demo\_file/4919.pdf
2. Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни. – URL: www.minzdrav.org/news/24/
3. Рейтинг операторов рынка медицинских услуг в Казани в 2013 г. – URL: www.chemport.ru/biddings/biddings/page.php?h=chemport.
4. Федеральный закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» // Парламентская газета. – 2010. – № 4.
5. Евтушенков В.П., Шамолин М.В. Как мы платим за лечение. // Forbes. – 2014. – № 01 (118). – С. 100-103.
6. Фролова Т.Н. Организационные основы системы обязательного медицинского страхования в РФ // Бизнес в законе. – 2011. – № 4. – С. 289-292.
7. Черепанова И.С., Говоров А.М. Добровольное медицинское страхование в Российской Федерации: опыт развития и перспективы оказания качественных медицинских услуг // Приложение к журналу Вестник Росздравнадзора. – 2010. – № 1. – С. 50-52.

## Alternative Systems of Funding of Public Health Service in the Context of Market Relations

*R.S. Safina, I.M. Kurzina*  
*Kazan State University of Architecture and Engineering*

*The paper deals with several variants of organization of public health service in market economy from the perspective of funding sources and provision of medical service. The authors present examples from foreign practice and analyze the directions of reforming of the Russian model. The role of state as a guarantee of constitutional rights of citizens for receiving free medical aid, as well as the place of public institutions in the public health system, are justified. The correlation of free and paid services and compulsory and voluntary health insurance is compared.*

*Key words: public health market, health care market, funding of public health service, state regulation of medical service market, compulsory health insurance, voluntary health insurance, market of paid medical service.*