

УДК 368.9.06

Карлова А.И.

МЕТОДЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

В статье рассмотрены основные способы финансирования медицинских услуг. Приведены особенности финансирования медицины в странах, в которых происходит реформирование здравоохранения.

Ключевые слова: государственное финансирование, частное страхование, социальное страхование

Введение. Актуальность темы исследования обусловлена тем, что на современном этапе особое внимание уделяется необходимым изменениям в структуре и организации системы финансирования здравоохранения Украины. За годы независимости государства существенных преобразований не произошло. Отсутствует стратегическое планирование развития отрасли, нет разграничения между плательщиком и поставщиком медицинских услуг, отсутствуют договорные отношения между ними. Отечественное здравоохранение ощутило потребность уйти от жестко регламентированного и недостаточного содержания из государственного и местного бюджетов к более гибкой, многоканальной системе финансирования, включающей и медицинское страхование.

Постановка проблемы. Поиском альтернативных методов оплаты медицинских услуг в Украине занимаются многие ученые-экономисты, такие как Лехан В.М., Шейман И.М., Кутузов И.Н., Заярский Н.И., Прозоров Ю.А. [2, 4] Исследованию данного вопроса посвящены также работы западных экономистов, таких как Морин Льюис, Энн Миллз, Сара Беннет, Моника Мразек, Элиас Моссиалос и других [5]. Но процесс формирования медицинского страхового рынка, становления медицинских страховых компаний и перемен в здравоохранении Украины протекает замедленными темпами, не оправдывая ожиданий ни широкого круга потенциальных страхователей, ни самих страховщиков, ни медицинских работников. Причин слабого формирования этого рынка много. Нерешенными остаются следующие проблемы: отсутствует прямое законодательство о медицинском страховании, не прояснены границы между уже проводящимся личным и готовящимся к внедрению социальным медицинским страхованием. Не построена система его методологического, организационно-методического, информационного, кадрового и других видов обеспечения.

Цель и задачи. Цель работы заключается в исследовании организационно-методического содержания возможных схем финансирования здравоохранения. Для этого необходимо решить следующие задачи:

- выявление основных методов финансирования медицинских услуг ;
- определение основных тенденций развития рынка медицинского страхования в Украине;
- выявление основных факторов, сдерживающих развитие рынка медицинского страхования в Украине.

Результаты исследования. Основными официальными источниками финансирования системы охраны здоровья являются средства государственного бюджета и местных бюджетов. Распределение бюджетных средств на охрану здоровья между территориями осуществляется по «подушному» принципу. Однако, финансовый норматив бюджетной обеспеченности, а соответственно и выделение бюджетных средств на охрану здоровья, формируется без какой-либо связи с гарантиями государства по предоставлению бесплатной медицинской помощи. Жесткое разграничение затрат на потребности охраны здоровья между бюджетами разных уровней и полное упорядочение использования ресурсов приводит к дезинтеграции территориальной системы медицинского обслуживания, сохраняет условия для существования на одной территории параллельных медицинских структур и создает преграды для оптимизации сети медицинских учреждений. Распределение средств между медицинскими учреждениями осуществляется в соответствии с советскими подходами: в зависимости от ресурсных показателей (числа коек, количества штатных единиц и т. д.), что мотивирует медицинские учреждения к экстенсивному развитию. Финансирование медицинских учреждений, которые находятся в государственной или коммунальной собственности, в соответствии с Бюджетным кодексом, осуществляется на их содержание, а не на покрытие затрат в зависимости от объемов выполненных работ [1]. Обеспечение в связи с общим недофинансированием отрасли в основном текущих затрат не позволяет осуществлять своевременное обновление морально и физически устаревшего оборудования, размер выделенных средств не покрывает всех затрат и не связан с результативными показателями деятельности. Зарботная плата медицинских сотрудников остается низкой и не зависит от объема и качества работы каждого. Система финансового и статистического учета и статистической отчетности по охране здоровья не позволяет получить необходимую информацию для финансового планирования деятельности территориальных медицинских учреждений, а также для корректной оценки использования бюджетных средств. Существующая система финансирования медицинских учреждений является одной из главных причин деформаций в структуре медицинских услуг, стимулирует неоправданный рост числа амбулаторных консультаций и необоснованных госпитализаций, способствует неэффективному использованию бюджетных средств и средств населения.

Во всех странах, одна из самых больших трудностей, с которой сталкиваются те, кто реформирует систему здравоохранения – это как развить здравоохранение в целом. На начальном этапе много реформаторских усилий направляется на систему финансирования. Финансирование включает поиск финансовых ресурсов и распределение этих ресурсов между поставщиками. В большинстве стран основная цель реформ заключалась в отходе от централизованной и интегрированной в государственную налоговую систему модели Семашко к децентрализованной модели Бисмарка, характерной для западной Европы и основанной на предоставлении контрактных услуг по социальному страхованию здоровья [2]. Это нововведение изменило схему сбора и объединения средств и создал новые отношения между покупателями и поставщиками услуг здравоохранения. Он был направлен на то, чтобы переассигновать или защитить финансы здравоохранения, повысить эффективность и реагирование, продемонстрировать отход от осознанных

МЕТОДЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

недостатков прошлого. В области поиска финансовых ресурсов можно выделить три важных вопроса, которые необходимо дополнительно исследовать. Во-первых, проблематичным оказалось введение эффективной системы страхования, что было центральным вопросом финансовых реформ многих стран. Во-вторых, определение более ощутимых выгод должно стать ключевой стратегией, гарантирующей финансовую автономию. Обязательно покрывать как универсальную страховку, так и полный пакет выгод – нереально и невыполнимо для многих стран. В-третьих, борьба с неофициальной оплатой должна стать вопросом номер один. Данные о распространении такого вида оплаты говорят о том, что в некоторых странах они являются самым крупным источником финансирования. Неофициальная оплата – это ответ системы здравоохранения, а точнее поставщиков услуг, на недостаток финансовых ресурсов; неофициальная оплата – это, также, система, которая делает невозможным нормальный доступ к основным услугам.

Существует три основных варианта для систем государственного финансирования:

- общее налогообложение;
- целевые налоги на заработную плату;
- социальное страхование.

Системы различаются на основе того, целевыми являются отчисления или нет (т.е. собираются и используются только на медицинскую помощь), как определен размер платежей и по природе компенсационных выплат. Финансирование от общего налогообложения, аккумулируется из нескольких источников, включая налоги на доход, прибыль, добавленную стоимость и таможенные пошлины. Полученные средства распределяются правительством на здравоохранение и в другие секторы, при этом компенсационные выплаты являются универсальными. Интерес к вариантам финансирования, который использует черты обеих систем, возникает от сознания, что оценка риска зачастую конфликтует с задачами справедливости, а финансирование из общего налогообложения является предметом, зависящим от изменения политических приоритетов [3]. Различие между налогами на заработную плату и социальным страхованием является важным, поскольку многие из предполагаемых преимуществ социального страхования могли бы быть достигнуты как эффективно, так и по возможно низкой стоимости, через целевые налоги на заработную плату.

Экономисты нелиберального направления считают, что оптимальный способ распределения средств – это рынок. Такая убежденность основана на допущении свободной конкуренции. В здравоохранении действие рыночных механизмов ограничено; для преодоления присущих этому сектору рыночных трудностей целесообразно государственное регулирование. Так как нерегулируемый рынок медицинского страхования неэффективен по следующим причинам:

Отдельные люди могут знать о своем состоянии здоровья нечто такое, что целесообразно скрыть от страховщика (негативный отбор).

Вероятность ухудшения здоровья велика для лиц с отягощенной наследственностью или хроническими заболеваниями и для пожилых людей, что делает эти категории людей «нестраховемыми».

Страховщик не владеет информацией о текущем и будущем состоянии здоровья индивида, что затрудняет оценку ожидаемых требований и калькуляцию премии исходя из степени риска.

Будучи застрахованы, индивиды могут искусственно провоцировать необходимость медицинской помощи (моральный риск). Этот вид «риска» часто исключается из частного медицинского страхования при заключении договора.

Вероятность заболеть часто зависит от болезней других людей, так как некоторые болезни заразны.

Основным различием между системами государственного финансирования (или через налогообложение, или через страхование) и частным страхованием является определение размера страховых платежей.

Поэтому отчисления являются целевыми и оцениваются риском, который в свою очередь определяет компенсационные выплаты. В большинстве стран частные страховые компании страхуют риски некоторых индивидуумов. Частные страховые компании обычно действуют на такой основе, что ожидаемые и оплачиваемые в течение длительного срока льготы, по своей стоимости, не должны превышать размер взносов, собранных с каждого застрахованного. Если же размер страховых взносов превышает оплату рисков, то образуется прибыль. Распределение прибыли зависит от того, на какой основе работает компания. Наиболее простой путь расчета уровня страховых отчислений заключается в делении общих расходов фонда медицинского страхования на число застрахованных. Общие расходы включают в себя ожидаемые выплаты при наступлении страхового случая, административные затраты и количество резервных средств на покрытие крупных дополнительных платежей. Взносы также будут приниматься в расчет и прибыль.

Большая часть потенциального спроса на медицинскую помощь является неопределенной. Это делает трудным планирование расходов семей на здравоохранение. Однако некоторые расходы могут быть предсказаны: рождение детей является для большинства семей планируемым процессом, то же можно сказать о профилактическом лечении, например, осмотрах у стоматолога. Для таких случаев страхование может и не понадобиться, хотя эти услуги могут оказываться при нулевых затратах пользователей для содействия равнодоступности или как реакция на позитивные внешние эффекты от проведенного лечения. Следующей причиной введения медицинского страхования является то, что требующиеся расходы на лечение могут иметь катастрофические последствия для бюджетов семей. Длительное пребывание в больницах, сложные хирургические процедуры, диагностические тесты и следующие за лечением консультации специалистов могут стоить очень дорого. Это не относится ко всем заболеваниям. Стоимость консультации у хорошего специалиста после проведенного терапевтического курса лечения, даже если и не предсказуема, будет находиться в пределах нескольких бюджетов семьи, при этом некоторые из них найдут трудным оплатить даже небольшие расходы. Также важной причиной медицинского страхования является то, что большинство заболеваний случается тогда, когда доход индивида или семьи является низким. Кроме того, исследования показывают, что тем, кто не работает, медицинская помощь требуется в большей мере. В дополнении, роль медицинского

страхования в сокращении неопределенности на рынке может быть также использована для достижения равенства (которое в свою очередь способствует социальному единству) посредством перераспределения средств от богатых и здоровых к бедным и больным. В то время как система налогообложения/получаемых выгод может каким-то образом способствовать равенству в распределении дохода, система здравоохранения может пойти дальше в своих усилиях содействия равенству в распределении самих услуг.

Выводы. В итоге проведенного исследования можно сделать следующие выводы. Мы считаем, что недостаточно оплачивать медицинские услуги только из Государственного бюджета. И смешанное финансирование (с использованием медицинского страхования) могло бы решить проблему недофинансирования здравоохранения. Рассматривая здравоохранение с позиции классического рынка, очевидно, что по ряду причин рыночные механизмы могут не работать, и тогда требуется правительственное вмешательство. С точки зрения спроса рынок здравоохранения имеет две отличительные особенности: отсутствие доступной для потребителей информации и неопределенность. Именно поэтому, частная оплата медицинской помощи может оказаться неэффективной, а доступ к медицинской помощи - неравным. Для того, чтобы принять решение в каком направлении реформировать украинское здравоохранение нужно, прежде всего, тщательно сопоставить преимущества и недостатки всех методов финансирования и связать их обсуждение в контексте законодательства Украины. Дальнейшее направление исследования связано с углубленным анализом зарубежного опыта и определения путей внедрения.

Список литературы

1. Проект ЗУ от 11.04.2005г. №7345 Страховой кодекс Украины / rada.gov.ua
2. Шейман И.М. Реформа управления финансирования здравоохранения. – М: Издатцентр, 1998. – 336 с.
3. ЗУ «О финансовых услугах и государственном регулировании рынка финансовых услуг» от 04.04.2003г. №292/2003 / rada.gov.ua
4. Лехан В.М., Лакіза – Савчук Н.М. та інші. Стратегічні напрямки розвитку охорони здоров'я в Україні, під ред. В.М. Лехан. – К.: Сфера, 2001. – 176 с.
5. Паламарчук В.А., Филатов В.М. Социально-экономические проблемы здравоохранения: Монография.- Харьков: изд-во НФАУ, 2001. – 190 с.

***Карлова Г.І.* Методи фінансування медичних послуг**

У статті розглянуті основні способи фінансування медичних послуг. Наведено особливості фінансування медицини в країнах, у яких відбувається реформування охорони здоров'я.

Ключові слова: державне фінансування, приватне страхування, соціальне страхування

***Karlova A.I.* Abstract: The Methods of the financing the medical services**

In article are considered main ways of the financing the medical services. Present's particularities of the financing of medicine in countries, in which occurs changes of public health's.

Keywords: state financing, quotient insurance, social insurance

Статья поступила в редакцию 1 ноября 2007 г.