

**Министерство образования и науки Российской Федерации**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ**  
**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**  
**ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**  
**Балашовский институт (филиал)**

Кафедра математики

**Модели финансирования здравоохранения: виды, принципы, источники**

**АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

студентки 5 курса 51к группы  
направления подготовки 38.03.01 «Экономика»  
факультета математики, экономики, информатики  
Спиренковой Алены Викторовны

Научный руководитель  
доцент кафедры математики, кандидат экономических наук,  
доцент \_\_\_\_\_ И.Е. Чепляева  
(подпись, дата)

Зав. кафедрой математики,  
кандидат педагогических наук,  
доцент \_\_\_\_\_ О.А. Фурлетова  
(подпись, дата)

**Балашов 2018**

## ВВЕДЕНИЕ

Здравоохранение является важнейшим компонентом социальной политики государств. Охрана здоровья и создание условий для здорового образа жизни должны обеспечивать благосостояние человека и устойчивость социально-экономического развития.

Формирование здорового образа жизни, профилактика, лечение и реабилитация невозможны без хорошо функционирующей системы финансирования здравоохранения.

Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения 2005 года провозгласила, что каждый человек должен иметь доступ к медико-санитарным услугам, не должен испытывать финансовых трудностей в результате обращения за медицинской помощью.

Современное состояние изученности темы бакалаврской работы можно назвать достаточно глубоким.

Формирование системы взглядов на данную проблему можно встретить в работах таких экономистов, как Поляк Г.Б., Шейман И.М., Баева О.В., Кадыров Ф.Н. и др. Так, в частности, Г.Б. Поляк фокусирует внимание на вопросах оптимизации системы финансового обеспечения здравоохранения; Иванова М.С. - на сравнительном анализе отечественного и зарубежного опыта финансирования систем здравоохранения и пр.

Все вышеизложенное предопределило выбор темы работы, постановку целей и задач.

**Целью работы** является рассмотрение моделей финансирования здравоохранения и их источников. Поставленная цель обусловила **задачи исследования**:

- рассмотрение санитарной статистики как источника информации для финансирования здравоохранения;
- описание зарубежных моделей финансирования здравоохранения;
- освещение генезиса бюджетно-сметной модели финансирования здравоохранения в России;

- оценка достоинств и недостатков отечественной бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

**Предметом исследования работы** являются виды, принципы моделей финансирования здравоохранения и их источники.

**Объектом исследования** выступает здравоохранение как отрасль непродуцирующей сферы.

Цели и задачи бакалаврского исследования предопределили его **методологию**. Ее составили: метод теоретического анализа, ретроспективный и историко-логический методы, метод непосредственного наблюдения, прием детализации и пр.

Процесс исследования был значительно конкретизирован использованием нормативно-правовых актов, учебной и научной экономической литературы, официального сайта Министерства здравоохранения РФ и др.

**Структура работы** определяется целью и основными задачами исследования. Она состоит из введения, двух глав, заключения, библиографии. Работа содержит 2 таблицы, 1 рисунок.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ**

*В первой главе* «Теоретико - эмпирические основы исследования финансирования здравоохранения» рассмотрена санитарная статистика как источник информации для финансирования здравоохранения; описаны зарубежные модели финансирования здравоохранения.

В частности, отмечается, что предпринимательская модель финансирования здравоохранения предполагает оказание медицинских услуг в основной своей массе на возмездной основе как посредством их оплаты самим пациентом, так и работодателем.

Кроме того, особенностями подобной модели финансирования здравоохранения можно считать:

– оказание медицинских услуг поставщиками различных организационно-правовых форм: от частнопрактикующих врачей до стационаров и отдельных диагностических кабинетов;

– рыночное ценообразование на медицинские услуги исходя из складывающегося в данном сегменте рынка соотношения спроса и предложения на эти услуги;

– достаточно высокий удельный вес здравоохранения в национальном доходе (в денежном выражении).

Бюджетная модель финансирования здравоохранения предполагает два возможных варианта финансирования здравоохранения: или посредством прямого финансирования медицинских учреждений без участия государственных страховых фондов, или посредством учреждения страховых фондов, принадлежащих государству. Ресурсы этих государственных страховых фондов направляются в основном на финансирование различных медицинских учреждений. В большинстве стран с такой моделью финансирования здравоохранения существует четкое разграничение функций и полномочий центрального правительства и органов управления на местах (т. н. принцип разделения ответственности, сущность которого состоит в том, что приоритеты и пути развития здравоохранения находятся в компетенции центральных органов управления, а организация и планирование деятельности медицинских учреждений – на местах).

*Во второй главе* «Отечественный опыт реализации различных моделей финансирования здравоохранения» освещен генезис бюджетно–сметной модели финансирования здравоохранения в России; дана оценка достоинств и недостатков отечественной бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения.

В Советском Союзе реализовалась модель бюджетно-сметного финансирования. Финансирование осуществлялось из трех источников:

1. главным источником финансовых ресурсов, направляемых на здравоохранение, были бюджетные средства. Доля их в общем объеме

средств составляла примерно 85 %. Эти средства передавались медицинским учреждениям, подведомственным Министерству здравоохранения СССР;

2. 15 % от общего объема средств составляли ресурсы ведомств и подведомственных им предприятий. Эти средства передавались ведомственным медицинским учреждениям;

3. доля средств населения была незначительна, так как население оплачивало только зубопротезирование и некоторые не жизненно важные медицинские услуги<sup>1</sup>.

Финансирование медицинских учреждений, подведомственных Министерству здравоохранения СССР, осуществлялось по удельным нормативам затрат в расчете на объемные показатели деятельности медицинских учреждений (число коек в стационаре, число посещений в смену в амбулаторно-поликлиническом звене).

Такая модель финансирования способствовала экстенсивному развитию отрасли:

- увеличению численности коек, росту числа посещений в поликлиниках,
- увеличению сети учреждений здравоохранения,
- росту показателя обеспеченности врачебными кадрами и др.

В сочетании со значительным дефицитом государственных ассигнований это привело к недофинансированию отрасли здравоохранения.

Здравоохранение финансировалось по остаточному принципу. Это привело к:

- резкому ухудшению материально-технической базы,
- сокращению приобретения медицинского оборудования, новых медицинских препаратов, внедрения передовых медицинских технологий,
- снижению уровня заработной платы медицинских работников.

---

<sup>1</sup> Цит. по: Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению: учебник / В. А. Медик, В.К. Юрьев. – М., 2013.

Именно поэтому целью стало изменение ситуации в здравоохранении и было решено начать ряд экономических экспериментов, позволявших осуществить переход от бюджетной модели к бюджетно-страховой.<sup>2</sup>

Конец 60-х годов-80-е годы стал переходным этапом от бюджетной модели здравоохранения к бюджетно-страховой.

Цель экономических экспериментов:

- предоставление коллективам работников больших возможностей в использовании выделяемых ресурсов с целью повышения эффективности их применения;

- рациональное использование коечного фонда стационаров за счет совершенствования лечебно-диагностического процесса, сокращения сроков обследования больных, уменьшения длительности пребывания больного на койке и увеличения оборота койки.

Организационными формами проявления экономических методов управления в здравоохранении стали:

- бригадная форма организации труда и материального стимулирования;

- социалистическое соревнование между сотрудниками, отделениями;

- лечебными учреждениям,

- научная организация труда,

- новый хозяйственный механизм.

Основными итогами эксперимента стали:

- снижение потребности в кадрах медицинского персонала,

- повышение трудовой дисциплины, качества и культуры обслуживания больных,

- усиление материальной заинтересованности работников в выполнении дополнительного объема работы,

- увеличение оборота койки,

- сокращение сроков пребывания больных в стационаре,

---

<sup>2</sup> Цит. по: Там же.

-увеличение заработной платы сотрудников.

Результаты анализа экспериментов по внедрению экономических методов управления в здравоохранении позволили сделать следующие выводы:

1. применяя экономические методы управления, можно более интенсивно использовать имеющиеся основные и оборотные фонды ЛПУ, сохраняя надлежащее качество медицинской помощи;

2. одним из факторов интенсификации деятельности медицинского учреждения является материальная мотивация;

3. дополнительные финансовые ресурсы, выделяемые в ходе некоторых экономических экспериментов на интенсификацию лечебного процесса в медицинском учреждении, в том числе и на стимулирование медицинских работников, оказались значительно меньше, чем расчетные затраты по дополнительному числу пролеченных больных с использованием прежней материально-технической базы;

4. экономические методы управления в медицинских учреждениях, а также в целом в отрасли можно использовать не только в условиях бюджетного финансирования, но и при оказании платных услуг и при медицинском страховании.

Новый хозяйственный механизм стал одной из попыток перехода к интенсивной модели развития отрасли.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В результате написания работы были сформулированы следующие выводы, а именно:

– в любом государстве исторически складываются свои способы привлечения финансовых ресурсов для оказания медицинской помощи. Экономические и политические отношения, особенности национальных экономик и исторического развития страны определяют количество и

качество выделяемых средств и эффективность их использования в сфере здравоохранения;

– модели финансирования здравоохранения можно классифицировать по различным признакам - единой классификации не существует. Нет разногласий только при разграничении бисмарковской (страховой) и бевериджской (бюджетной) систем здравоохранения. Это обусловлено тем, что ни одна из моделей не реализуется в чистом виде. Основы второй модели были изложены в докладе английского экономиста Уильяма Бевериджа Правительству Великобритании в 1942 году: основным поставщиком медицинских услуг как общественных благ является государство, осуществляющее их финансирование из средств общего налогообложения. Базовые принципы страховой модели были заложены в конце позапрошлого века канцлером Германии Отто Бисмарком. Именно тогда были созданы три отрасли социального страхования, существующие в немецкой системе социальной защиты и по сей день: страхование по старости и инвалидности; по болезни; от несчастных случаев на производстве.

Основополагающий принцип здесь – принцип профессиональной солидарности в противовес бевериджской модели, где реализуется принцип бюджетной универсальности. Существует также предпринимательская модель: продажа медицинских услуг населению соответствующими учреждениями непосредственно или за счет добровольного медицинского страхования;

– в Советском Союзе действовала так называемая модель бюджетно - сметного финансирования здравоохранения, когда оно (финансирование) осуществлялось по удельным нормативам затрат на душу населения с дифференциацией по видам медицинских учреждений (например, для службы скорой помощи - количество вызовов, для амбулаторно-поликлинических учреждений - один прикрепленный житель и т.д.).

Следствием развала СССР в здравоохранении явилось огромное недофинансирование отрасли – в 1992 году было выделено всего 40%



средств от фактической потребности. В этих условиях отрасль вынуждена была осуществить переход к бюджетно- страховой модели, финансируемой за счет бюджета (социально-значимые виды помощи и паллиативная помощь) и за счет ОМС (все виды медицинской помощи, оказываемой в рамках базовой программы ОМС, в том числе высокотехнологичные виды медицинских услуг, стационарная, амбулаторно-поликлиническая, стационарнозамещающая медицинская помощь и др.). Однако данное финансирование ограничивает возможности стратегического и текущего планирования финансовых ресурсов и, по мнению аналитиков, в настоящий момент времени нуждается в оптимизации.