

## Эволюция моделей финансирования здравоохранения: методологические аспекты

Научный руководитель – Егоров Евгений Викторович

*Иралиева Аида Сериковна*

*Студент (бакалавр)*

Казахстанский филиал МГУ имени М.В.Ломоносова, Кафедра экономики, Нур-Султан, Казахстан

*E-mail: iraliyeva.aida@mail.ru*

В мире все еще бушует коронавирусная инфекция COVID-2019, которая стала серьезной проверкой качества функционирования национальных систем здравоохранения.

Классифицировать системы здравоохранения можно по разным параметрам [3]:

- по масштабам - региональные и национальные;
- по степени централизации управления - централизованные, децентрализованные и смешанные;
- по форме собственности - частные и государственные.

Ученые Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) выделяют три модели финансирования его систем, которые считаются идеальными (теоретическими) типами - бюджетная, страховая и частная [2].

- 1) Бюджетная модель - Бевериджа-Семашко, у данного типа финансирование идет из государственного бюджета (доходов от налогообложения). Плюсы модели - массовость охвата населения, контроль качества и доступность медицинских услуг. Минусы модели - ограниченность в выборе услуг, ограниченность бюджета [2,3];
- 2) Страховая модель - модель обязательного медицинского страхования (далее ОМС), или модель Бисмарка - финансирование данной модели идет из взносов в специализированные фонды медицинского страхования. Плюсы модели - контроль услуг со стороны фондов страхования, четкое разграничение функций субъектов финансирования. Минусы модели - зависимость от стабильности экономики, более сложная система, которая увеличивает затраты на администрацию [2,3].
- 3) Частная модель - ее финансирование основано на рыночных принципах: источниками служат индивидуальные доходы физических лиц, а также средства работодателей. Плюсы - конкуренция поставщиков и разнообразие выбора медицинских услуг. Минусы - дороговизна услуг, нет контроля качества и объема предоставления услуг, неравенство в доступности медицинской помощи [2,3].

Приведенные выше модели считаются идеальными, т.е. в реальных системах здравоохранения в чистом виде они не применяются, каждое государство обладает своей историей, поэтому каждая национальная модель финансирования данной отрасли - уникальна.

В статье Карпова О.Э. и Махнева Д.А. [1] приведены группировка и описание современных моделей финансирования здравоохранения:

- 1) Универсальная - бюджетная модель, в которой приоритет имеет первичная медико-санитарная помощь. Характерна для Англии и Ирландии;

- 2) Континентальная - социально-страховая модель, характерна для стран с высокими доходами: Германия, Австрия, Бельгия, Нидерланды, Франция;
- 3) Южная - основана на принципе всеобщей и равной доступности медицинских услуг, характерна для таких стран, как Испания, Португалия и Греция;
- 4) Скандинавская - финансирование за счет подоходного налога, а Областные Советы отвечают за доступность услуг. Используется в Швеции, Дании, Финляндии;
- 5) Преимущественно частная - финансируется из частных источников и в гораздо меньшей степени государством (США);
- 6) Модель, используемая в странах с переходной экономикой - сочетание бюджетной, страховой и частной моделей, характерно для стран СНГ и Восточной Европы.

Кроме того, в работе Сисигиной Н.Н. [4] приводится классификация страховых моделей финансирования: «старые» - приняли систему ОМС в конце XIX-первой половине XX века (Германия, Бельгия, Австрия, Франция, Япония, Нидерланды, Швейцария); «новые» модели западного типа - переход к модели в 1980-1990 гг., более низкий уровень экономического развития (Турция, Южная Корея, Чили, Израиль), «новые» страховые модели стран Центральной и Восточной Европы - постсоциалистические страны осуществили переход от бюджетной модели (Чехия, Польша, Словения, Эстония, Словакия).

В международных рейтингах оценивается также эффективность национальных систем здравоохранения.

Из данных на Рисунке 1, который составлен по рейтингу агентства Bloomberg -Bloomberg Health Care Efficiency, эффективность систем определяется по трем индикаторам: средняя продолжительность жизни при рождении, государственные расходы на здравоохранение (% от ВВП на душу населения), стоимость медицинских услуг на душу населения[4]. По рейтингу аналитиков Bloomberg на 2020 год видно, что Сингапур, Тайвань, Южная Корея, Израиль, Ирландия, Австралия, Новая Зеландия и Таиланд поднялись в рейтинге, однако в полном списке стран заметно, что многие страны пострадали в период пандемии (Италия опустилась на 9 пунктов, а Испания на 11 пунктов, хотя раньше они входили в топ-5).[6]

В сентябре 2020 на сайте Международного валютного фонда представлен журнал со статьей Женеви Фернандес [5], в которой выделено 5 свойств устойчивой системы здравоохранения:

- 1) Бдительное отслеживание заболеваний;
- 2) Способность к быстрому реагированию;
- 3) Гибкость и адаптивность системы;
- 4) Устойчивость обслуживаемых местных сообществ;
- 5) Социальная справедливость системы.

Системы, которые проявляли эти 5 свойств сейчас находятся в рейтинге эффективности, странам стала очевидна важность инвестирования в здравоохранение, чтобы увеличить охват его услугами даже в условиях нищеты во время чрезвычайных ситуаций. [5] в условиях нищеты во время чрезвычайных ситуаций. [5]

#### **Источники и литература**

- 1) Карпов О.Э., Махнев Д.А. Модели систем здравоохранения разных государств и общие проблемы сферы охраны здоровья населения // Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова. 2017. No. 3. С. 92-100

- 2) Кулагина А.К. Модели финансирования здравоохранения зарубежных стран // Научные достижения и открытия 2017. 2017. С. 76-80
- 3) Положенцева Ю. С., Муштенко Н. С., Хомутинникова А. Д. Анализ эффективности системы здравоохранения: основные тенденции развития и перспективы модернизации // Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Экономика. Социология. Менеджмент. 2020. No. 10(3). С. 123–139
- 4) Сисигина Н. Н. Финансовое обеспечение современных страховых систем здравоохранения // Финансовый журнал. 2017. No. 1. С. 77-90
- 5) Фернандес Ж. Пересмотр систем здравоохранения // Финансы и развитие. Сентябрь 2020. С. 25-27
- 6) Bloomberg Global Health Index, <https://www.bloomberg.com/news/articles/2020-12-18/asia-trounces-u-s-in-health-efficiency-index-amid-pandemic>

### Иллюстрации

| Место в рейтинге |      | Страна         | Эффективность |      |
|------------------|------|----------------|---------------|------|
| 2020             | 2018 |                | 2020          | 2018 |
| 1                | 2    | Сингапур       | 67,79         | 85,6 |
| 2                | 1    | Гонконг        | 64,89         | 87,3 |
| 3                | 9    | Тайвань        | 51,69         | 60,8 |
| 4                | 5    | Южная Корея    | 50,79         | 67,4 |
| 5                | 6    | Израиль        | 46,44         | 67,0 |
| 6                | 13   | Ирландия       | 45,22         | 58,2 |
| 7                | 8    | Австралия      | 42,77         | 62,0 |
| 8                | 15   | Новая Зеландия | 41,74         | 55,6 |
| 9                | 27   | Таиланд        | 41,40         | 51,9 |
| 10               | 7    | Япония         | 40,21         | 64,3 |

Источник: составлено автором на основе данных [6]

**Рис. 1.** Рейтинг 10 стран мира по эффективности систем здравоохранения