

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СИСТЕМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

A comparative analysis of health insurance systems in different countries

Д. А. Тужилина, студент

Н. К. Шеметова, кандидат экономических наук, доцент,

доцент кафедры экономики и управления

Уральский институт управления – филиал Российской академии народного хозяйства

и государственной службы при Президенте Российской Федерации

(Екатеринбург, ул. 8 Марта, 66)

Аннотация

В статье рассматриваются различные модели медицинского страхования, применяемые в разных странах мира, анализируются их преимущества и недостатки. Особое внимание уделяется влиянию системы страхования на доступность, качество и стоимость медицинских услуг. Целью исследования является выявление ключевых факторов, определяющих эффективность той или иной модели, и разработка рекомендаций по совершенствованию систем медицинского страхования в контексте современных вызовов.

Ключевые слова: медицинское страхование, здравоохранение, финансирование здравоохранения, модели страхования, доступность, качество, эффективность.

Summary

This article examines various health insurance models used in different countries around the world, analyzing their advantages and disadvantages. Particular attention is paid to the impact of insurance systems on the availability, quality, and cost of medical services. The aim of the study is to identify the key factors determining the effectiveness of each model and to develop recommendations for improving health insurance systems in the context of modern challenges.

Keywords: health insurance, healthcare, healthcare financing, insurance models, accessibility, quality, efficiency.

Одной из фундаментальных областей социальной жизни является здравоохранение, оказывающее непосредственное влияние на здоровье и благополучие граждан. Эффективное финансирование системы здравоохранения, в особенности через механизмы медицинского страхования, играет решающую роль в обеспечении доступности и высокого качества медицинских услуг для всего населения. В мире сегодня существуют различные модели медицинского страхования, каждая из которых обладает уникальными характеристиками, преимуществами и ограничениями.

Вопросы финансирования здравоохранения и медицинского страхования привлекают значительное внимание в последние годы. Среди наиболее значимых работ в этой области можно отметить публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), а также исследования ведущих экономистов и экспертов в сфере здравоохранения.

Существует несколько основных моделей медицинского страхования, каждая из которых характеризуется собственным механизмом финансирования, организацией предоставления услуг и степенью участия государства.

1. Модель Бевериджа используется в Великобритании, Италии, Испании, скандинавских странах, Новой Зеландии, Гонконге и ряде других стран. В рамках данной модели финансирование здравоохранения осуществляется преимущественно из государственного бюджета, а медицинские услуги предоставляются гражданам бесплатно или по символической цене. Примером является Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS). Основное преимущество – всеобщий охват и равный доступ, но она часто сталкивается с недостаточным финансированием, длительными периодами ожидания и ограниченным выбором учреждений. В Великобритании, согласно данным The King's Fund, бюджетные ассигнования на NHS составили около 188,5 миллиарда фунтов стерлингов в 2024 году. Однако, несмотря на значительные инвестиции, время ожидания плановых операций и консультаций с врачами-специалистами остается проблемой [1].

2. Обязательное медицинское страхование (ОМС), также известна как модель Бисмарка, используется в России, Германии, Австрии, Швейцарии. В этой модели финансирование здравоохранения осуществляется за счет обязательных страховых взносов работодателей, работников, а также органов власти, аккумулируемых в страховых фондах. Медицинские услуги (определенный государством спектр) предоставляются гражданам при предъявлении страхового полиса. Преимуществами ОМС являются более устойчивое финансирование и большая гибкость в выборе медицинских учреждений. Однако она может привести к неравенству в доступе к медицинским услугам для различных групп населения или территорий [2,3].

Примером может служить система здравоохранения Российской Федерации. В Российской Федерации тариф страховых взносов составляет 5,1% от фонда оплаты труда сотрудников организаций любых форм собственности. Тариф не меняется в зависимости от уровня заработной платы [4]. Любой гражданин Российской Федерации может получить бесплатные медицинские услуги в преимущественно государственных бюджетных учреждениях при предъявлении полиса ОМС. В последнее время в систему ОМС также начали включаться частные медицинские учреждения.

На рисунке 1 представлены доходы Фонда обязательного медицинского страхования за последние 5 лет.

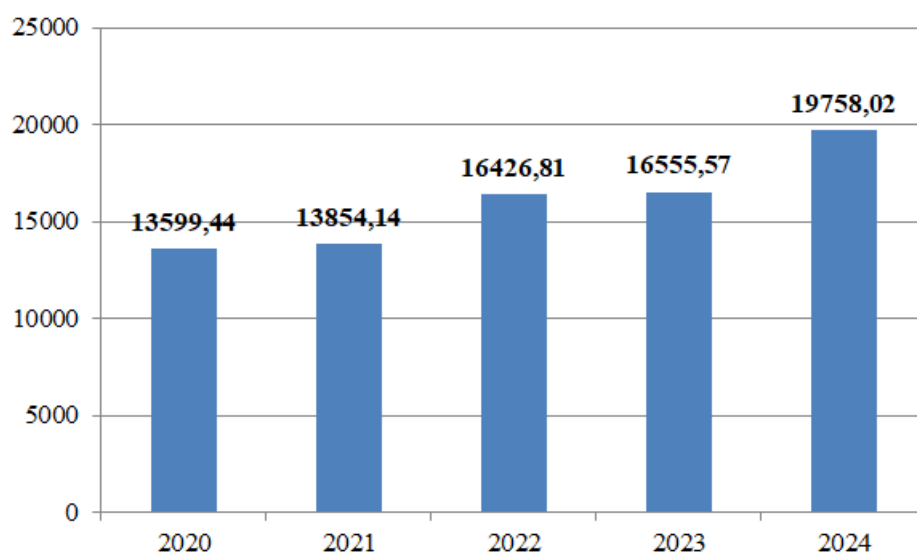


Рис. 1. Доходы фонда обязательного медицинского страхования в 2020-2024 гг., в млрд. руб. [5]

Рост уровня доходов фонда обусловлен, в том числе увеличением количества трудоспособного населения Российской Федерации, ростом уровня доходов граждан.

Значимым источником доходов Фонда также являются безвозмездные поступления в форме трансфертов, передаваемых из федерального бюджета (порядка 13% от совокупного объема доходов бюджета фонда в 2024 году).

Помимо этого следует отметить, что каждый год постепенно расширяется спектр предоставляемых услуг в рамках ОМС.

3. Добровольное медицинское страхование (ДМС). В этой модели финансирование здравоохранения осуществляется за счет добровольных страховых взносов граждан и организаций. Медицинские услуги предоставляются гражданам на основании страхового полиса, приобретаемого по желанию. Примером может служить система здравоохранения США, где ДМС играет значительную роль. Преимуществами ДМС являются широкий выбор медицинских услуг и учреждений, а также возможность получения высококачественной медицинской помощи. Однако она может быть недоступна для значительной части населения, особенно для малообеспеченных граждан. В США, где ДМС играет значительную роль, доля лиц, не имеющих медицинской страховки, в 2024 году составила около 8,3%, что свидетельствует о сохраняющейся проблеме доступности медицинской помощи. По данным Centers for Medicare & Medicaid Services, расходы на здравоохранение в США в 2024 году достигли 4,8 триллиона долларов, что составляет около 18,3% ВВП [6].

Многие государства используют смешанные системы, объединяющие элементы различных моделей. В России, например, также существует система дополнительного медицинского страхования. Так, юридические и физические лица могут оформить договор дополнительного медицинского страхования в коммерческой страховой компании.

По данным Всероссийского союза страховщиков, объем рынка ДМС в России в 2024 году вырос на 15% и составил около 220 миллиардов рублей [7].

Каждая из моделей медицинского страхования имеет как свои преимущества, так и недостатки (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительный анализ систем медицинского страхования РФ и США [8,9]

Критерий	Российская Федерация (ОМС)	США (ДМС и смешанная система)	Достоинства	Недостатки
Источник финансирования	Обязательные страховые взносы работодателей и работников (фиксированный процент от ФОТ), бюджетные трансферты.	Преимущественно частное страхование, финансируемое работодателями и работниками (через взносы), государственное финансирование программ Medicare и Medicaid	- РФ: стабильное финансирование из обязательных взносов - США: большие объемы финансирования за счет частных источников.	- РФ: ограниченные финансовые ресурсы могут влиять на качество и доступность медицинских услуг - США: зависимость от экономических колебаний и политики работодателей; система ДМС по факту доступна не всем гражданам
Охват населения	Обязательное страхование для	Частичный охват населения. Значи-	- РФ: всеобщее страхование обес-	- РФ: ограниченный выбор учреждений и

	всех граждан РФ	тельная часть населения застрахована через работодателей, но есть доля не застрахованных, особенно среди бедных и самозанятых	печивает доступ к базовым медицинским услугам - США: широкий выбор страховых планов и медицинских учреждений для застрахованных.	специалистов в рамках ОМС - США: неравенство в доступе к медицинской помощи, высокая доля незастрахованных.
Доступность	Могут существовать проблемы с доступностью в отдаленных районах в связи с ограниченным выбором государственных медицинских учреждений	Доступность зависит от наличия страховки и финансовой возможности. Высокий уровень технологий и специалистов, но доступ к ним может быть ограничен из-за высокой стоимости для незастрахованных	- РФ: гарантированный доступ к базовым медицинским услугам, относительно низкая стоимость для застрахованных - США: высокий уровень технологий и специалистов.	- РФ: застрахованные не всегда имеют возможность получить своевременную медицинскую помощь, ограниченный выбор услуг - США: высокая стоимость может быть барьером для получения медицинской помощи даже при наличии страховки.
Качество	Контроль за качеством предоставляемых медицинских услуг возложен на Министерство здравоохранения РФ. Качество оказываемой медицинской помощи зависит от объема финансирования медицинских учреждений	Высокое качество медицинских услуг, современное оборудование, инновационные технологии. Однако, качество может различаться в зависимости от уровня страхового плана и выбранного учреждения	- РФ: единые стандарты качества, контроль со стороны государства. - США: инновации, высокий уровень специалистов и технологий.	- РФ: высокая степень зависимости медицинских учреждений от ФОМС, ТФОМС приводит к сокращению темпов модернизации оборудования - США: различия в качестве услуг в зависимости от страхового плана и учреждения.
Стоимость	Для имеющих полис ОМС помощь оказывается бесплатно, но финансирование ограничено. При необходимости граждане могут получить платные медицинские услуги в частных меди-	Высокая стоимость медицинских услуг и страхования. США тратит значительно больше на душу населения на здравоохранение, чем другие развитые страны, но результаты в плане	- РФ: бесплатная медицинская помощь (утвержденный перечень услуг) - США: доступ к инновациям и современным технологиям.	- РФ: недостаточное финансирование приводит к дефициту ресурсов и ограничению возможностей - США: очень высокая стоимость для населения в целом и для государства.

	цинских учреждений	здоровья населения не всегда соответствуют затратам.		
Роль государства	Государство играет ключевую роль в регулировании, финансировании и контроле системы ОМС.	Государство играет роль в регулировании страхового рынка, финансировании программ для пожилых (Medicare) и малоимущих (Medicaid), но основная часть системы основана на частном страховании	- РФ: обеспечение всеобщего доступа и контроля качества, обеспечение финансирования системы здравоохранения - США: стимулирование конкуренции и инноваций на рынке страхования	- РФ: возможное ограничение инноваций из-за централизованного управления - США: сложная система, требующая значительных административных затрат, отсутствие всеобщего охвата
Объем финансирования	3.3 трлн рублей в 2024 г..	\$4.8 трлн долларов в 2024 г.	- США: большие финансовые вливания в систему здравоохранения, которые можно направить на инновации и улучшение качества услуг	- РФ: относительно низкий объем финансирования по сравнению с другими развитыми странами, может приводить к дефициту ресурсов и ограничению возможностей для масштабной модернизации. - США: высокие затраты формируют значительную нагрузку на экономику и не всегда приводят к пропорционально лучшим показателям здоровья населения относительно вложенных средств.

В Российской Федерации на данный момент система ОМС обеспечивает более широкий охват граждан, чем ДМС.

Качество медицинской помощи определяется уровнем финансирования, квалификацией персонала, наличием современного оборудования и лекарств. В странах с высоким уровнем финансирования, качество, как правило, выше.

Стоимость медицинской помощи является одной из наиболее острых проблем. В странах с преобладанием ДМС стоимость зачастую выше, чем в странах с бюджетной системой или

ОМС. Однако в данном случае финансовая нагрузка с бюджетной системы перекладывается на бюджеты физических и юридических лиц.

В условиях глобализации, старения населения и роста хронических заболеваний, системы медицинского страхования сталкиваются с новыми вызовами. Так по данным Росстата, в 2023 году доля граждан в возрасте 65 лет и старше составляла около 24%. По прогнозам, к 2046 году она достигнет почти 27% [10]. Соответственно, это все приводит к усилению нагрузки на систему здравоохранения. И. медицинского страхования в том числе.

Мировая практика показывает, что повысить эффективность системы медицинского страхования можно, в том числе, за счет:

- оптимизации использования ресурсов за счет сокращения неэффективных расходов и повышения производительности труда медицинского персонала, в том числе за счет введения практик бережливого производства;
- усиления профилактики заболеваний и пропаганды здорового образа жизни;
- внедрения инновационных технологий, таких как телемедицина, искусственный интеллект и генетические исследования;
- совершенствования системы управления здравоохранением, включая планирование, организацию, контроль и оценку, а также развития государственно-частное партнерства;
- укрепления международного сотрудничества в области здравоохранения, обмена опытом и передовыми практиками, а также совместного решения глобальных проблем здравоохранения.

Система медицинского страхования является значимым элементом современной организации здравоохранения, непосредственно влияющим на доступность, качество и эффективность предоставляемых медицинских услуг. Многообразие существующих моделей медицинского страхования обуславливает необходимость критического анализа их применимости в контексте специфических социально-экономических условий различных государств. Выбор оптимальной модели страхования – сложная задача, определяемая экономическим развитием, политической системой, культурными особенностями и потребностями населения.

Факторы, определяющие выбор между обязательным (ОМС), добровольным (ДМС) или бюджетным финансированием здравоохранения, не являются универсальными и требуют особого подхода. ОМС, как правило, обеспечивает базовый пакет медицинских услуг, доступный более широкому слою населения без прямого финансового бремени для страхователей и застрахованных лиц. Однако, потребность в расширенном спектре услуг, оперативном доступе к квалифицированной медицинской помощи и комфортном обслуживании в медицинских учреждениях актуализирует роль ДМС, предоставляющего возможность формирования индивидуализированных страховых пакетов.

Библиографический список

1. У истоков социального государства: модель Бевериджа. URL: <https://worldsocial.wordpress.com/история-развития-обязательного-соци/модель-бевеиджа/>
2. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 1499-1 от 28 июня 1991 г. URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/laws/87>.
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 28.12.2024) // Собрание законодательства Российской Федерации. 2010. № 49. Ст. 6422.

4. Налоговый кодекс Российской Федерации: Федеральный закон 5.08.2000 года N 117-ФЗ // Доступ из справ правовой системы «КонсультантПлюс».
5. Единый портал бюджетной системы Российской Федерации. URL: <https://budget.gov.ru>.
6. Realting.com: сайт // Система здравоохранения США. URL: <https://realting.com/ru/news/us-health-care-system>.
7. Всероссийский союз страховщиков. URL: <https://ins-union.ru> (дата обращения: 20.10.2025).
8. Антонова А. Е. Особенности системы медицинского страхования в России и за рубежом // Территория науки. 2018. № 1. С. 165-170.
9. Саломатин А. Ю., Макеева Н. В., Жубанов В. А. Медицинское страхование: российский и зарубежный опыт: учебно-методическое пособие. Пенза: Издательство ПНИПУ, 2022. 44 с.
10. Как старение населения повлияет на экономику России URL: <https://www.rbc.ru/economics/25/10/2023/653654369a79474c35c944c6?ysclid=mh1qsou08e535685789>.