Лаврова Юлия Анатольевна. Медицинское страхование в ФРГ и возможность использования этого опыта в условиях современной России : Дис. ... канд. экон. наук : 08.00.10, 08.00.14 : Москва, 2003 192 c. РГБ ОД, 61:04-8/807-1

**Содержание к диссертации**

Введение

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДРЩИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ФРГ

1.1. Страхование здоровья как важнейшая часть социальной политики 10

1.2. Структура рынка медицинского страхования Германии 15

1.3. Формирование страховых взносов в обязательном и добровольном медицинском страховании 29

1.4. Правовые основы медицинского страхования и контроль качества медицинской помощи через систему медицинского страхования 41

1.5. Проблемы реформирования медицинского страхования в ФРГ 52

ГЛАВА 2. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

2.1 Организация и финансирование российской системы обязательного медицинского страхования 63

2.2 Проблема финансового дефицита в системе обязательного медицинского страхования 92

2.3 Особенности системы добровольного медицинского страхования в России 99

2.4 Контроль качества оказания медицинской помощи в системе медицинского страхования 125

2.5 Взаимосвязь обязательного и добровольного медицинского страхования 131

ГЛАВА 3. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

3.1 Изменение концепции финансирования системы обязательного медицинского страхования 134

3.2 Установление единых требований к системе медицинского страхования 143

3.3 Новые принципы формирования и реализации программ обеспечения граждан медицинской помощью 148

3.4 Реализация прав пациента в системе медицинского страхования 160

3.5 Необходимые реформы в системе ДМС 169

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 176

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

**Введение к работе**

Страхование как инструмент управления рисками и снижения неблагоприятных последствий реализовавшихся рисков играет важную роль в жизни и деятельности человека, в развитии экономики страны, в создании основ социальной защищенности граждан государства и финансовой защищенности субъектов рынка.

Более 10 лет назад Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» в нашей стране была введена система страховой медицины, как форма социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья. На сегодня актуальной задачей является завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации средств на финансирование здравоохранения, что отмечается, в частности, в «Программе социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2003-2005 годы)».

Система медицинского страхования в России еще окончательно не ' сформировалась, что обусловлено не только внутренними факторами ее развития, но и является прямым следствием макроэкономических процессов. Кроме того, за прошедший период выявились существенные недостатки и проблемы в организации медицинского страхования, которые требуют обязательного устранения.

При реформировании российской системы медицинского страхования является актуальным сравнительный анализ опыта развитых стран, в которых подобные системы успешно функционируют в течение длительного периода времени, и существующей в России системы. Изучение мировых достижений в области медицинского страхования, а также проблем, которые возникают при создании и функционировании системы страховой медицины, позволило бы использовать накопленный опыт в реалиях российского страхового рынка

Распоряжение Правительства Российской Федерации от 15.08.03г. №1163-р «Программа социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2003-2005 годы)».

4 и избежать повторения ошибок при модернизации отечественной страховой модели.

Актуальность комплексного научного исследования модели медицинского страхования в ФРГ связана с тем, что в Германии страховая медицина в целом эффективно выполняет свои задачи. Поэтому проведение сравнительного анализа принципов ее организации и работы с существующей в России системой медицинского страхования представляет практический интерес для отечественной системы здравоохранения.

В ФРГ система национального здравоохранения и социальной защиты создавалась постепенно, не разовым декретом, а серией законодательных актов, расширяющих сферу социальных гарантий. И каждый новый шаг соизмерялся с реальными экономическими возможностями, а принятию новых программ предшествовал тщательный анализ ресурсной базы отрасли. При формировании системы медицинского страхования не являлось целью обеспечение автоматизма социальных гарантий, «тотальной» бесплатности получения медицинских услуг. Для граждан основным применением принципа «участия в издержках» стала частичная оплата медикаментов, стоматологического обслуживания, послебольничного ухода, санаторно-курортного лечения.

Вместе с тем существующая в ФРГ система медицинского страхования имеет ряд недостатков, поэтому важным является рассмотрение не только положительного ее опыта, но и назревших на сегодняшний день проблем и способов их разрешения.

Идея обеспечения доступности медицинских услуг надлежащего качества всем гражданам страны является ключевой в реализации экономической модели медицинского страхования как в ФРГ, так и в России. В сложившихся рыночных отношениях в экономике страховая медицина должна функционировать как механизм снижения финансовых нагрузок на население в результате постоянного роста цен на медицинские услуги и тенденции к изменению средней продолжительности жизни. Обозначенные

5 проблемы подтверждают актуальность сравнительного исследования систем медицинского страхования двух стран. Использование Россией международного опыта чрезвычайно важно в мире, где происходит процесс глобализации, для которого характерны такие явления, как свободный обмен идеями, продуктами и услугами.

Сравнивая организацию систем медицинского страхования в ФРГ и России, можно отметить много общих принципов построения и функционирования и, в то же время, много нового и прогрессивного, целесообразного для использования в современных российских условиях, для обеспечения населению страны достаточной степени социальной и экономической защищенности.

Основной целью данной работы является всестороннее, комплексное изучение и сравнительная характеристика систем медицинского страхования в Федеративной Республике Германии и в Российской Федерации с целью выявления и обоснования возможности применения положительного опыта экономически развитой страны в современных российских условиях. Другой целью является привлечение внимания специалистов медицинского страхования и широких кругов научной общественности (в том числе специалистов в области экономической теории, финансов и других не страховых специальностей) к проблемам развития рынка медицинского страхования. В настоящее время является насущной необходимостью выработка новых теоретических положений и практических предложений по совершенствованию отечественной системы медицинского страхования в Российской Федерации.

Достижение поставленной цели предопределило необходимость решения следующих задач: - характеристика основных позиций систем медицинского страхования, функционирующих в экономически развитых странах мира, их положительных и отрицательных сторон, значения для социальной защиты населения; обобщение теоретического и практического опыта ФРГ в области медицинского страхования на основе рассмотрения моделей обязательного и добровольного медицинского страхования Германии, анализа его особенностей, характерных для сложившегося развитого рынка медицинского страхования; рассмотрение эволюции формирования отечественной системы медицинского страхования, содержания этапов ее'становления, основных тенденций современного развития и перспектив; проведение сравнительного анализа составляющих российской модели обязательного медицинского страхования (ОМС) и модели добровольного медицинского страхования (ДМС) с аналогичными моделями, функционирующими в Германии; обоснование возможности и необходимости использования зарубежного опыта в современной российской практике с определением перспективных путей совершенствования отечественной системы медицинского страхования.

В соответствии с поставленной целью, объектами исследования диссертации являются социально-экономические основы системы медицинского страхования ФРГ и системы медицинского страхования, существующей в Российской Федерации.

Предметом исследования явились методологические и практические вопросы организации рынка медицинского страхования обеих стран.

Теоретическую и методологическую основу настоящей работы составляют исследования отечественных специалистов в области медицинского и социального страхования: Алексеевой Т.И., Габуевой Л.А., Гришина В.В., Гурдуса В.О., Кагаловской Э.Т., Киселева СВ., Климовой Н.Б., Левант Н.А., Линьковой И.В., Мартьяновой Н.В., Сибуриной Т.А., Четыркина Е.М., Шеймана И.М. и др, а также зарубежных специалистов Бётуса Ж., Книпса Ф., Улеера Н.К., Франке Р., Шварца Ф. и других. Важное значение в выработке принципиальных подходов к решению актуальных

7 проблем имели работы специалистов по теории и практике страхования Агеева Ш.Р., Ковалевского М.А., Коломина Е.В., Пылова К.И., Райхера В.К., Уткина Э.А., Цаликовой Е.М и др. Исследование основывалось в том числе на теоретических работах зарубежных исследователей и отечественных специалистов в области экономики и социологии здравоохранения Донабедиана А., Ригельмана Р., Эрез Дж.Л., а также работах Зимина В.П., Комарова Ю.М., Кучеренко В.З., Лебедева А.А., Линденбратена А.Л., Лисицина Ю.П., Решетникова А.В., Шевченко С.Е., Щепина О.П. и др.

Информационной базой по служили законодательные и нормативные акты Российской Федерации и ФРГ, официальные статистические данные по рынку медицинского страхования Российской Федерации и зарубежных стран, материалы Министерства финансов РФ, Министерства. труда и социального развития, Федерального Фонда ОМС, а также материалы страховых медицинских организаций ФРГ и России.

В исследовании отражен также практический опыт работы диссертанта в системе медицинского страхования.

Настоящая диссертационная работа является первым научным комплексным сравнительным исследованием систем медицинского страхования ФРГ и России. В процессе сопоставления принципиальных подходов и практики осуществления медицинского страхования были получены следующие результаты, составляющие его научную новизну:

Развернутая характеристика содержания систем обязательного и добровольного медицинского страхования ФРГ выявила различные принципы их организации, формирования и использования страховых фондов; проанализированы правовые основы системы медицинского страхования, включая защиту прав застрахованных.

Систематизированы и обобщены современные и предстоящие направления реформирования системы обязательного медицинского страхования Германии и возможные пути решения проблемы финансового

8 дефицита ОМС с учетом экономической и демографической ситуации в стране.

Дана практическая оценка полиморфизму организационно-финансовых моделей ОМС в субъектах Российской Федерации, выявлены противоречия некоторых моделей действующему законодательству и обоснована необходимость единого для всех регионов подхода к реализации ОМС.

Научно обоснованы необходимые изменения Программы государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи. Предложена ее многоуровневая модель, которая может быть обеспечена при имеющемся объеме финансовых средств.

Обосновывается идея введения накопительной системы взносов граждан на ОМС с одновременным внедрением персонифицированного учета налоговых отчислений на медицинские цели, что позволит обеспечить максимальную эффективность использования имеющихся ресурсов. Рассматривается целесообразность введения . специального налога, отчисляемого на здравоохранение и вычитаемого из доходов работников как часть неизменного подоходного налога для финансирования здравоохранения до уровня обеспечения гарантированного объема медицинских услуг.

Предложена, как один из способов повышения финансовой устойчивости ОМС, дополнительная децентрализация источников страховых взносов путем расширения круга страхователей (наделение Пенсионного фонда РФ полномочиями страхователя по ОМС такой категории неработающего населения, как пенсионеры).

Доказывается необходимость системного подхода к развитию ДМС в России, координации систем ОМС и ДМС, совместные программы которых должны являться основой построения финансовых взаимоотношений в системе медицинского страхования. Обосновываются принципы добровольного медицинского страхования частных лиц и ряд

9 мероприятий, необходимых для перехода к накопительной системе долгосрочного ДМС.

8) Обоснованы меры по усилению защиты прав пациента в системе медицинского страхования. Доказывается возможность введения обязательного страхования профессиональной ответственности врачей в условиях существующей в России нормативной базы при определении источников финансирования для данного вида страхования и правовом регулировании данных вопросов.

Практическая значимость диссертационной работы определяется наличием в России ряда нерешенных проблем в области медицинского страхования и необходимостью проведения в ближайшее время реформирования обязательного медицинского страхования.

Ряд сформулированных в диссертации предложений может быть рекомендован к использованию общественными организациями страховщиков и участниками страхового рынка для совершенствования системы медицинского страхования, а также в практической деятельности фондов обязательного медицинского страхования, страховых компаний и медицинских учреждений - специалистам, работающим в области медицинского страхования. Кроме того, данная работа может быть использована учебными заведениями при преподавании дисциплин страхового цикла.

Основные теоретические и практические результаты исследования апробированы автором в открытой печати. По теме диссертации опубликовано работы общим объемом 2,4 п.л.

Цель и характер диссертационного исследования предопределили соответствующий план работы, которая состоит из введения, трех глав, заключения и списка литературы. Работа изложена на 192 страницах стандартного формата, содержит 7 схем, 8 таблиц, 11 диаграмм и графиков. Список использованной литературы включает 114 источников на русском, английском и немецком языках.

## Страхование здоровья как важнейшая часть социальной политики

Проблемы социального обеспечения и всей социальной инфраструктуры в целом занимают важное место в программах правительства и профсоюзных организаций зарубежных стран, формируемых как в национальном, так и, например, в европейском масштабах.

Экономически развитые страны, проводя социальную политику, основанную на приоритете человеческих ценностей, рассматривают охрану здоровья населения в качестве основополагающего принципа социальной защиты.

Здравоохранение в экономически развитых странах представляет собой сложную систему и организуется на различных основах. В зависимости от основного источника финансирования можно выделить государственные, общественные и частные, а также смешанные, субсидируемые из общественных и государственных фондов, системы медицинского страхования. Обычно используются все эти системы, но удельный вес и, соответственно, значимость их в возмещении расходов на здравоохранение в каждой стране различны. Данные системы охватывают от 80 до 100% населения, т.е. практически всех лиц наемного труда и их иждивенцев, пенсионеров, студентов, мелких предпринимателей. Лишь незначительная часть населения, принадлежащая, как правило, к высшим социальным слоям, лечится за свой счет.

В ряде стран финансирование здравоохранения построено по принципу социального страхования, но роль общего государственного бюджета здесь выше, чем в традиционно соцстраховских системах. Такие системы смешанного бюджетно-соцстраховского типа действуют в Исландии, Канаде, Финляндии, Швеции. В Англии, Ирландии, Дании, Италии сложились системы. государственного бесплатного медицинского обслуживания.

Централизованное финансирование здравоохранения позволяет в какой-то мере сдерживать рост стоимости лечения. По этому пути развивается государственная Национальная служба здравоохранения Англии, действующая как жесткая система бюджетного финансирования с высокой степенью централизации фондов и незначительной ролью местных финансов.

В ряде стран, где существует Национальная служба здравоохранения, оказывающая бесплатную медицинскую помощь, введен налог на здравоохранение в соответствии с доходом. Чаще всего фиксированные проценты от зарплаты и фонда оплаты труда предприятий вносятся соответственно работником и нанимателем непосредственно в отдельную программу, которая обеспечивает медицинское обслуживание, предоставляет денежные пособия по болезни, беременности и родам. В ряде случаев часть финансирования программы осуществляется из государственного бюджета. Таким образом, финансирование программы строится на конкретной основе (страховые взносы или налог и государственные дотации), не исключающей привлечения личных средств пациентов.

Из социальных фондов покрывается расходов на медицинское обслуживание: в Канаде - 76%, ФРГ - 79%, Англии - 86%, Италии — 87%, Швеции — 91%. Системы общественного здравоохранения обеспечивают оплату подавляющей части расходов на лекарства по рецептам, очки, протезы (80 - 95%). Что же касается частного (добровольного) страхования, то оно охватывает преимущественно те области медицинского обслуживания, которые не обеспечиваются или недостаточно обеспечиваются национальной системой здравоохранения и выступают в качестве дополнительных услуг, предоставления повышенной комфортности при госпитализации и длительном уходе за больным.

На сегодняшний день США - единственная развитая капиталистическая страна, где отсутствует единая система государственного медицинского страхования. Правительство США в настоящее время оплачивает более 40% расходов на здравоохранение в стране (в 1960г. — 21%) через две основные программы: «Медикэр» (страхование лиц старше 65 лет или лиц с тяжелыми заболеваниями) и «Медикэйд» (страхование нуждающихся американцев). Индивидуальное страхование в США почти полностью осуществляется через предоставление страховых пособий по месту работы. Страхование от болезней — это наиболее распространенный вид страхования по месту работы, однако работодатели вовсе не обязаны его предоставлять. В 1990г. медицинским страхованием было охвачено около 75% населения США. Однако существует значительная часть американцев, не охваченных никакими видами страхования. Многие их них работают, но их наниматели не обеспечивают их медицинской страховкой. В то же время эти люди слишком молоды, чтобы соответствовать требованиям «Медикэр» а также не относятся к категории необеспеченных, поэтому на них не распространяется программа «Медикэйд». По разным оценкам, число незастрахованных американцев колеблется от 8 до 20% от всей численности населения.2 Поэтому возникает проблема равной доступности медицинской помощи и ее качества для всех слоев населения. Возможно, этим объясняется негативное отношение ряда стран к американской модели здравоохранения.

## Организация и финансирование российской системы обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является всеобщим для населения. Это составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской, лекарственной и профилактической помощи, предоставляемой за счет средств ОМС. К настоящему времени число застрахованных по договорам обязательного медицинского страхования составляет 138,4 млн. человек, что составляет более 95% всех россиян1.

При подробной характеристике организации системы ОМС в России и сравнении ее с системой ОМС в Германии выявляются элементы, общие для обеих стран и характерные только для России, спорные моменты, недостатки и отрицательные стороны, имеющиеся в обеих системах.

Правовую основу страховой медицинской деятельности в Российской Федерации составляют следующие основные законодательные и подзаконные акты:

- Гражданский кодекс РФ (Часть II, гл. 48);

- Закон РФ от 27,11.92 № 4015-1 "Об организации страхового дела в Российской Федерации" (ред. от 20.11.99.Г.);

- Закон РФ от 28.06.91 № 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" (ред. 01.07.94.Г.);

- Общее положение о страховых медицинских организациях, утвержденное постановлением Правительства РФ от 23.01.92 №41;

- Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование, утвержденное постановлением Правительства РФ от 11.10.93 № 1018;

- нормативные и инструктивные акты Минфина России.

Характеризуя структуру системы ОМС, ее достоинства и недостатки, несправедливо забывать о той экономико-политической ситуации, в которой она создавалась и о срочности ее формирования в Российской Федерации. Система медицинского страхования, которая в Германии существовала, развивалась и шлифовалась не одно столетие, в нашей стране должна была быть создана за несколько лет. Внедрение такого социально значимого вида страхования как обязательное медицинское страхование с самого начала проходило в условиях все большего разбалансирования между экономической и социальной системами общества, что, несомненно, способствовало снижению ожидаемого социально-экономического результата. Одновременно в процессе проведения экономических реформ существенно снизился уровень социальной защищенности населения и значительно возрос риск утраты материальной обеспеченности граждан страны, в том числе и при получении медицинских услуг.2

## Изменение концепции финансирования системы обязательного медицинского страхования

Реализация Закона о медицинском страховании осложняется бюджетным недофинансированием здравоохранения. В этих условиях В ФРГ, где основными источниками финансирования здравоохранения, так же как и в России являются средства системы ОМС, бюджетные средства и средства, поступающие из системы ДМС, законодательно определена обязанность субъектов федерации (Земель) и соответствующих органов государственного управления и местной администрации по уплате страховых взносов на ОМС за неработающее население. Поэтому программы ОМС в части поступления средств из бюджета полностью финансово обеспечены.

Ритмичность поступления денежных средств в систему ОМС — одно из обязательных условий нормального функционирования территориальной системы ОМС. Требование отчислений в полном объеме от всех плательщиков, помимо утилитарной цели расширения финансовых возможностей реализации территориальной программы ОМС, имеет еще и социальный аспект - обеспечение равных прав застрахованных через равные обязанности. В системе ОМС должен реализовываться механизм, исключающий уклонение от уплаты взносов любых плательщиков, действующих на территории и потребляющих ресурсы системы ОМС.

В России оптимальными шагами для достижения данной цели могут являться следующие:

Определение компетенции и ответственности федеральных и региональных властей в обеспечении медицинской помощью неработающего населения.

Разработка норматива финансирования ОМС неработающего населения и ежегодное закрепление размера страхового взноса на федеральном и территориальном уровнях.

Законодательное закрепление порядка осуществление платежей на ОМС неработающих граждан.

Выработка действенного механизма дотирования бюджетов субъектов РФ и органов местного самоуправления из бюджета финансовой поддержки регионов на цели выравнивания условий финансирования территориальных программ ОМС.

Установление ответственности органов исполнительной власти за уклонение от финансирования страхования неработающего населения.

Экономическая природа страхования, заключающаяся в создании централизованного страхового фонда из децентрализованных источников (страховых взносов), позволяет достигать финансовой устойчивости данного экономического механизма. Значительная централизация источников страховых взносов (платежей) на ОМС неработающего населения ослабляет стабилизирующие свойства системы страхования. Возникновение дефицитов бюджетов публичных субъектов — органов государственной исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, которые уплачивают в настоящее время данные взносы (особенно с учетом существенной зависимости муниципальных бюджетов от бюджета соответствующего субъекта РФ), ведет к финансовой неустойчивости ОМС на соответствующей территории.система ОМС вынуждена принимать на себя ответственность за финансовое обеспечение здравоохранения даже в той части, которая не предусмотрена Законом о медицинском страховании. Так, в 2002 г. потребность в полном финансировании Базовой программы ОМС составляла 218,6 млрд. руб., поступило же в систему 127,9 млрд. руб., т.е. дефицит финансирования Базовой программы ОМС составил 90,7 млрд. руб., или 42%.1 Этот дефицит складывается главным образом за счет ненадлежащего выполнения органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации своих обязанностей по финансовому обеспечению медицинского страхования неработающих граждан. Этот фактор влечет за собой дестабилизацию финансовой системы ОМС.

Существенными являются также медико-демографические факторы, в частности увеличение доли нетрудоспособного населения, что на практике означает сужение источников поступлений при одновременном росте финансовой нагрузки на систему.

В настоящее время основными источниками поступления финансовых средств в систему ОМС являются:

- уплачиваемые налогоплательщиками суммы единого социального налога, единого налога на вмененный доход и сельскохозяйственный налог в части, зачисляемой в фонды ОМС;

- страховые взносы органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления на ОМС неработающего населения.