Махалин, Вадим Викторович. Совершенствование организации и функционирования системы медицинского страхования в Российской Федерации : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Махалин Вадим Викторович; [Место защиты: Гос. ун-т упр.].- Москва, 2013.- 180 с.: ил. РГБ ОД, 61 13-8/492

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Теоретические основы медицинского страхования в Российской Федерации 10**

1.1. Экономическая сущность и структура медицинского страхования в Российской Федерации 10

1.2. Ключевые особенности организации медицинского страхования в Российской Федерации 20

1.3. Основные этаны становления и развития системы медицинского страхования в Российской Федерации 30

1.4. Обзор существующих моделей финансирования систем медицинского страхования 47

**Глава 2. Исследование современного состояния организации и функционирования системы медицинского страхования 58**

2.1. Анализ современного состояния рынка медицинского страхования Российской Федерации 58

2.2. Анализ эффективности функционирования системы медицинского страхования в Российской Федерации 73

2.3. Анализ зарубежного опыта организации медицинского страхования и возможности его применения в Российской Федерации 81

2.4. Важнейшие проблемы современной системы медицинского страхования в Российской Федерации 109

**Глава 3. Направления совершенствования системы медицинского страхования в Российской Федерации 116**

3.1. Разработка основных принципов функционирования эффективной системы медицинского страхования 116

3.2. Разработка механизма комплексного применения различных форм медицинского страхования

3.3. Применение превентивной функции страхования в целях повышения эффективности расходов на медицинское обслуживание населения России 139

3.4. Налоговое стимулирование системы медицинского страхования 152

Заключение 161

Библиография 164

Приложения 179

* [Ключевые особенности организации медицинского страхования в Российской Федерации](http://www.dslib.net/finansy/sovershenstvovanie-organizacii-i-funkcionirovanija-sistemy-medicinskogo-strahovanija.html#5246351)
* [Обзор существующих моделей финансирования систем медицинского страхования](http://www.dslib.net/finansy/sovershenstvovanie-organizacii-i-funkcionirovanija-sistemy-medicinskogo-strahovanija.html#5246352)
* [Анализ эффективности функционирования системы медицинского страхования в Российской Федерации](http://www.dslib.net/finansy/sovershenstvovanie-organizacii-i-funkcionirovanija-sistemy-medicinskogo-strahovanija.html#5246353)
* [Разработка механизма комплексного применения различных форм медицинского страхования](http://www.dslib.net/finansy/sovershenstvovanie-organizacii-i-funkcionirovanija-sistemy-medicinskogo-strahovanija.html#5246354)

**Введение к работе**

Актуальность темы диссертационного исследования. В начале нового тысячелетия большинство стран мира находятся в процессе осуществления глубоких реформ в финансировании здравоохранения или серьёзно обдумывают возможность их реализации. Общими для государств факторами, которые оказывают решающее влияние на содержание необходимых реформ, являются: старение населения, глобализация рынков, удорожание медицинских услуг в связи с ростом уровня жизни и техническим прогрессом. Острота проблем и характер первоочередных задач в области финансирования здравоохранения определяются особенностями исторического развития, сформированными формальными и неформальными институтами, а также достигнутым уровнем социально -экономического развития.

Экономические реформы объективно потребовали преимущественного развития страховых механизмов финансирования здравоохранения в условиях, когда бюджетная система оказалась на грани финансового краха. Двадцатилетний период эволюционного развития обязательного медицинского страхования в РФ, с одной стороны, не выявил безусловных преимуществ страхового механизма по сравнению с бюджетным, а с другой, обнаружил внутренние противоречия и проблемы сформированной бюджетно-страховой модели финансового обеспечения здравоохранения.

Низкая социальная эффективность государственных расходов на здравоохранение потребовала от правительства модернизации системы, в том числе её финансовой составляющей, базирующейся на обязательном медицинском страховании. Отсутствие системного подхода снижает эффективность управленческих решений, которые часто принимаются под влиянием политических и макроэкономических процессов без учёта финансово-экономических особенностей и интересов как макро-, так и микроуровня, а также конечных социальных целей.

Исследования, направленные на изучение и развитие теоретических основ построения постоянно проводятся, но на современном этапе важно придать им комплексный характер и ориентироваться на ситуационный подход. Эти проблемы находились в поле внимания таких известных отечественных и зарубежных ученых как В.З.Кучеренко, Р.Б.Салтмана, Дж.Фигейраса, Дж.Л.Гран, A.Creese, M.Cichon, Ф.Хайека, Л.Эрхарза, Л.А.Артемьевой, В.А.Агаркина, Л.М.Бабича, М.Я.Шимиловой, Ю.В.Якушевой. Ими выдвигались различные подходы к построению системы медицинского страхования, но проблемы реализации современных механизмов финансирования рассмотрены не полностью. Все изложенное выше обусловило выбор направлений и темы исследований.

Степень научной разработанности и изученности темы. Изучение многочисленных исследовательских источников, по поставленной в работе проблеме, позволяет говорить о степени её разработанности по следующим направлениям:

проблемы финансирования, организации и экономики национальных систем здравоохранения мира, а также основные направления их реформирования представлены в работах В.З.Кучеренко, Р.Б.Салтмана, Дж.Фигейраса, Дж.ЛГран, A. Creese, M.Cichon;

проблемы финансового механизма в социальной сфере представлены в работах С.Бриттана, Д.Норта, Ф.Хайека, Л.Эрхарда;

проблематика финансов социальной сферы, в том числе социального страхования представлена работами известных ученых и специалистов: Л.А.Аремьевой, В.А.Агаркина, Л.М.Бабича, В.И.Басова, А.А. Гвозденко, М.Э.Дмитриева, Л.А.Дробозиной, Е.Н.Егорова, В.М.Жеребина, Е.Н.Жильцова, С.В.Кадомцевой, М.С.Ланцева, Л.Ф. Лебедевой, Е.Е.Магульской, С.Г.Мисихиной, Ю.В.Пешехонова, Г.Б.Поляка, Н.М.Римашевской, В.Д.Роика, А.И.Романова, Н.П. Сахировой, М.С.Содовой, В.К.Сенгалова, А.К.Соловьёва, Л.И.Соловьёвой, Е.В.Тишина, В.С.Чехутовой, Е.Н.Шутяк, М.Я.Шимиловой, Ю.В.Якушевой, С.Ю.Яковой;

проблемы в финансовом обеспечении здравоохранения и прав граждан на бесплатную медицинскую помощь в РФ нашло отражение в крупных работах А.Л.Линденбратена, А.В.Решетникова, Л.И.Рейтмана, И.М.Шеймана, С.В.Шишкина.

Целью исследования является определение перспективных направлений развития медицинского страхования в Российской Федерации, основанных на комплексном подходе к применению добровольного и обязательного медицинского страхования для повышения эффективности и результативности финансирования системы здравоохранения.

Задачи исследования. Поставленная цель реализуется путем решения следующих задач:

уточняется экономическое содержание и даётся институциональная характеристика системы медицинского страхования;

исследуются методы и принципы формирования финансовых ресурсов системы медицинского страхования в Российской Федерации и за рубежом;

конкретизируются принципы формирования механизма финансирования системы медицинского страхования в современных условиях;

оценивается существующее состояние системы медицинского страхования в РФ, в том числе с учетом подходов, предлагаемых мировыми национальными системами;

исследуется современный зарубежный опыт финансирования медицинских услуг с целью возможного использования его в практике модернизации здравоохранения;

определяются основные проблемы действующей системы медицинского страхования в Российской Федерации с целью определения путей её совершенствования и выработки механизма формирования финансовых источников медицинского страхования;

- предлагаются основные направления реформирования системы медицинского страхования в контексте повышения её результативности и эффективности.

Объектом исследования выступает система медицинского страхования Российской Федерации, деятельность финансовых институтов в системе медицинского страхования.

Предметом исследования выступает совокупность социально- экономических, организационных и финансовых отношений по поводу формирования и использования финансовых ресурсов системы медицинского страхования.

Теоретической и методологической основой исследования послужили монографии, научные разработки и публикации зарубежных и отечественных учёных и специалистов в области медицинского страхования и в области финансирования медицинских организаций, медицинской помощи и медицинских услуг. Научные результаты исследования базируются как на основных положениях экономической теории, так и менеджмента.

При решении поставленных задач автором использованы методы, сравнительного анализа, группировки, системного подхода на основе сопоставления и сравнения теоретического и практического материала, а также экономико-статистические и графические методы и модели, позволившие сформулировать обоснованные и достоверные выводы.

Информационной базой исследования послужили данные Федеральной службы государственной статистики, Министерства финансов РФ, Счетной палаты РФ, законодательные акты РФ, постановления Правительства РФ, информационно-аналитические материалы Всемирной организации здравоохранения, Европейской обсерватории по системам здравоохранения, Института «Открытое общество», Всемирного банка, Организации экономического сотрудничества и развития.

Рабочая гипотеза диссертационного исследования заключается в том, что объединение двух основных видов медицинского страхования в единую систему позволяет создать комплексное представление о полноте и качестве медицинских услуг населению и определить механизмы управления по формированию и использованию финансовых ресурсов в целях повышения эффективности этой системы.

Область исследования

Исследование проведено по специальности 08.00.10 — Финансы, денежное обращение и кредит паспорта специальностей ВАК согласно Разделу 7. Рынок страховых услуг (7.1. Современные тенденции организации и функционирование системы страхования и рынка страховых услуг. 7.3. Финансовое и налоговое регулирование и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования).

Научная новизна результатов диссертационного исследования заключается в теоретическом обосновании и разработке методических основ реформирования и развития системы медицинского страхования, направленной на объединение двух видов медицинского страхования с целью повышения качества медицинских услуг населению и совершенствования формирования и использования финансовых ресурсов системы.

Наиболее существенные научные результаты, полученные автором и выносимые на защиту, заключаются в следующем:

дополнен понятийный аппарат медицинского страхования и представлена классификация подходов к сущности медицинского страхования с позиций: социальной защиты населения, получения медицинской помощи, финансирования медицинских расходов, раскрытия экономического содержания (с.11-22);

сформулированы основные направления совершенствования системы обязательного медицинского страхования (ОМС) в РФ, на основе анализа опыта зарубежных стран в организации и финансирования медицинского страхования, важнейшие из которых: использование принципа одноканального финансирования здравоохранения; мотивирования населения приобретать полисы добровольного медицинского страхования (ДМС); обеспечение максимального допуска коммерческих лечебно- профилактических учреждений (ЛПУ) в систему ДМС, разработка системы мотивации для ЛПУ, страховых медицинских организаций (СМО) и др. (с.83- 110);

определены проблемы современной системы медицинского страхования, заключающиеся в громоздкости и неэффективности структуры ОМС, отсутствии территориального единства системы ОМС, параллельности функционирования систем ОМС и ДМС, многоканальности системы медицинского страхования и др. (с. 110-120);

теоретически обоснованы и разработаны принципы формирования эффективной системы медицинского страхования: федеративность, одноканальность, тарифы для результата, интерес застрахованного, сочетаемость (система ФОТИС) (с. 121-135);

разработан механизм комплексного применения различных форм медицинского страхования (ДМС и ОМС) в финансировании здравоохранения, который включает предпосылки и действие факторов, способствующих сочетанию ОМС и ДМС в рамках одного страховщика и ожидаемые результаты этого сочетания (с. 136-144);

представлены мероприятия налогового стимулирования с использованием комплексного подхода для работодателей, заключающих договора ДМС за своих сотрудников, для физических лиц - страхователей, для страховых медицинских организаций (с. 159 -168);

Практическая значимость работы заключается в том, что разработанные рекомендации и предложения создают методическую основу перспективных направлений модернизации и развития системы медицинского страхования в Российской Федерации. Применение рекомендаций, содержащихся в диссертационном исследовании, позволит значительно повысить эффективность функционирования системы медицинского страхования Российской Федерации. Основные результаты диссертационного исследования могут быть использованы в учебном процессе студентами специальности "Финансы и кредит" при изучении дисциплин: "Страхование", "Финансы", "Бюджетная система РФ".

Апробация результатов исследования. Основные положения диссертационного исследования докладывались на международных и всероссийских научно-практических конференциях; «Актуальные проблемы управления: модернизация и инновации в экономике» - М.:ГУУ, 2010; «Модернизация финансово-кредитных отношений в условиях инновационной экономики» - М.:ГУУ, 2011; «Финансы реального сектора в условиях глобализации экономики» - М.:ГУУ, 2012.

Публикации. По теме диссертации опубликовано 7 работ, общим объёмом 1,89 п.л., из которых 4 публикации в журналах рекомендованных ВАК РФ.

Структура работы. Диссертация состоит из введения, трёх глав, заключения, библиографии и приложений. Общий объем диссертации 176 страниц. Диссертация включает в себя 9 таблиц и 17 рисунков. В диссертации использовано 165 источников, из которых 135 на русском языке, 17 на иностранном языке и 13 источников из сети Интернет.

Во введении обоснована актуальность темы диссертационного исследования, его теоретическая и практическая значимость, обозначена степень разработанности изучаемых проблем в научной литературе, определены цель, задачи, объект и предмет исследования, сформулирована научная новизна и практическая значимость работы.

В первой главе «Теоретические основы медицинского страхования в Российской Федерации» рассмотрена экономическая сущность и структура медицинского страхования, его эволюция с XVIII века до настоящего времени, проведен обзор действующей нормативной базы и обосновывается скорейшая необходимость развития и модернизации системы медицинского страхования в Российской Федерации. Значительное место уделено особенностям организации медицинского страхования в России и определению основных тенденций развития существующих моделей финансирования систем медицинского страхования.

Во второй главе «Исследование современного состояния организации и функционирования системы медицинского страхования», в соответствии с задачей исследования, произведён анализ организации современного состояния рынка медицинского страхования, его эффективность и определены проблемы действующей системы медицинского страхования в РФ. По результатам анализа систем медицинского страхования РФ и ряда зарубежных стран, следует необходимость разработки новых подходов и намечены возможности применения опыта зарубежных стран в совершенствовании системы медицинского страхования РФ.

В третьей главе «Направления совершенствования системы медицинского страхования в Российской Федерации» рассмотрены вопросы, связанные с разработкой основных принципов реализации эффективной системы медицинского страхования и механизма комплексного применения различных форм медицинского страхования. Сформулированы предложения по использованию превентивной функции страхования в целях повышения эффективности расходов на медицинское обслуживание населения, налоговому стимулированию ДМС и предложен механизм комплексного применения различных форм медицинского страхования.

В Заключение диссертации сформулированы основные выводы и рекомендации.

## Ключевые особенности организации медицинского страхования в Российской Федерации

Медицинское страхование предполагает оказание страховой помощи (страховую защиту) при возникновении страховых рисков и их негативном влиянии на состояние здоровья страхователей. Рассмотрение общепринятых мировых стандартов медицинского страхования указывает нам на то, что страхованию подлежат всего две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием: риск, покрывающий возникновение затрат на медицинские услуги при необходимости восстановления здоровья, реабилитации или ухода; риск потери трудового дохода. Возмещению подлежат фактические расходы, понесённые страхователем по поводу лечения, профилактики, восстановления возможности осуществлять трудовую деятельность и расходы, связанные с возмещением ущерба от этих непредвиденных расходов.

Денежное же возмещение выплачивается застрахованному при покрытии потери дохода. Размер возмещения и дата начала его выплаты определяются в договоре страхования и обычно зависят от получаемого застрахованным трудового дохода (обычно страховая сумма устанавливается в размере 2-3 годовых окладов) и норм Трудового кодекса или другими нормативно-правовыми актами, до заключения которого потеря трудового дохода в результате заболевания покрывается либо работодателем, либо государственным социальным страхованием. То есть, страхование потери трудового дохода является страхованием суммы дохода застрахованного и служит оно для защиты уровня дохода застрахованного аналогично рисковому или смешанному страхованию жизни.

Страховая защита в случае потери дохода в результате болезни не осуществляется. Возможна лишь выплата государством пособия по инвалидности, которая очевидно меньше, нежели средний доход по стране. Факт отсутствия в российской практике медицинского страхования риска страхования от потери дохода обуславливается двумя факторами. Во-первых, потерю трудового дохода в теории призвана обеспечить система обязательного страхования РФ, но на практике этого, как отмечалось выше, не происходит. Во-вторых, подавляющее большинство частных страховых компаний России просто не имеют достаточной актуарной базы для осуществления расчётов и формирования тарифов. Хотя, ряд крупных компаний, например «Ренессанс Страхование», «Ингосстрах», «Росгосстрах» и «СОГАЗ» предлагают страхование доходов работника, но только когда договора страхования заключаются юридическими лицами, то есть компании комплексно страхуют своих сотрудников по ДМС и НС.

На сегодняшний день, порядок регламентации рынка медицинского страхования определяется Законом РФ №326 от 01.01.2011г. «Об обязательном медицинском страховании", "Гражданским кодексом (ГК РФ)", Законом РФ №4051-1 от 27.11.1992г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации». В данном законе прописано, что медицинское страхование в РФ может быть в двух формах: обязательное и добровольное.

ОМС является базовым и обязательным, а добровольное может выступать в качестве дополнительного элемента к обязательному. В рамках этой формы, застрахованное лицо, на базе предлагаемых страховщиком программ добровольного медицинского страхования, может выбрать и приобрести сверх установленного перечня услуг по базовой и территориальной программам, набор дополнительных услуг.

В соответствии с Конституцией Российской Федерации, каждый гражданин имеет право на получение бесплатной медицинской помощи и именно за счёт государства, в лице внебюджетного фонда ОМС, обеспечивает финансовыми ресурсами равные возможности при получении этой помощи по перечню, установленному Правительством РФ и в объёмах, запланированных в бюджете фонда.

Страхователями могут быть: - работодатели уплачивают обязательные страховые взносы за своих сотрудников в фонды ОМС; - бюджеты муниципальных образований выплачивают страховые взносы в фонды ОМС за неработающее население на основании подушевых нормативов, определённых Программой государственных гарантий оказания медицинской помощи на соответствующий год; Застрахованными лицами могут быть: - физические лица, независимо от пола, возраста, состояния здоровья, наличия дохода, и в пользу которых заключается договор обязательного медицинского страхования. Стоит отметить, что действие системы ОМС распространяется не только на граждан РФ, но и на иностранных граждан, постоянно проживающих на территории РФ. Это связано с тем, что ОМС в России носит всеобщий характер. Застрахованный в системе ОМС имеет право на получение первичной медико-санитарной помощи, амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи. Большой список высокотехнологичных, сложных и прочих специфических медицинских манипуляций включён в так называемые государственные программы, которые также утверждаются органами государственного управления субъектов Федерации, Правительства РФ или муниципальных образований, и финансируются полностью за счет средств бюджетов соответствующих уровней (например, медицинские услуги, связанные с родовспоможением и оказанием медицинской помощи детям, скорая медицинская помощь, критические заболевания, социально-значимые заболевания и др.

## Обзор существующих моделей финансирования систем медицинского страхования

В начале второй половины прошлого века почти все развитые страны создали общедоступные системы здравоохранения. Однако, к началу последней трети двадцатого века правительства европейских стран столкнулись с замедлением экономического роста и начали поиск способов, позволивших бы им удержать, а еще лучше, сократить бюджетные расходы на социальную сферу. Одной из наиболее затратной, а потому привлекшей наибольшее внимание явилось здравоохранение - повышение его эффективности, понимаемой как соотношение результата к затратам на его достижение, стало одной из самых поднимаемых тем как в предвыборные периоды, так и в содержательной работе действующих правительств. Их действия оказались успешными: доля затрат на эту отрасль в ВВП этих государств чуть выросла в 1980-е гг. - с 5,7% до 6,1%) и не менялась, оставаясь на уровне 6% в первые 8 лет следующего десятилетия.

Суть реформ состояла в переводе на рыночные рельсы отношений между субъектами системы здравоохранения. Однако речь не шла о замене бесплатной или страховой медициной платной - это было невозможно ни по социальным мотивам, ни потому что к тому времени было очевидно то, что такой способ организации здравоохранения является наименее эффективным. Идея состояла в создании рынка внутри системы финансирования здравоохранения. Но не «невидимой руки», а регулируемых государством рыночных отношений. Такая модель получила название «квазирынка» и отличалась от «чистой рыночной модели» за исключением наличия в ней государственного регулирования следующими особенностями: не предусматривается непосредственная оплата потребителями за полученные ими услуги, а их средства собираются в специальный фонд, являющийся основным институтом перераспределения; не предусматривается внедрение рынков труда и капитала; Иначе говоря, сущность новой модели состоит в перераспределении как прав, так и обязанностей и ответственности потребителей и продавцов услуг системы здравоохранения - то есть, по сути, речь шла о внедрении классического финансового механизма в общественную сферу.

Последствия проводимых реформ оказались совершенно не такими, которые от них ждали оба лагеря - сторонников и противников: система не рухнула, но не было отмечено сколько-нибудь существенных подвижек, на которые уповали те, кто ратовал за ее проведение. И, тем не менее, нельзя не отметить того, что рынок сделал свое дело и к управлению в здравоохранении пришли менеджеры, профессиональные управленцы, которые обеспечили понимание необходимости экономии финансовых ресурсов, четкого ведения дел, тле. отнынегэтй"самые дела являются\_объектом повышенного-внимания со-стороны государства; переход на контрактную систему обеспечил понимание всеми сторонами теперь уже рыночных отношений состояния спроса на медицинские услуги - какие именно услуги, по какой цене и по каким минимальным стандартам нужны потребителю. Еще одним существенным результатом стало изменение статуса первичного звена: амбулаторно-поликлинические учреждения и врачи общей практики, т.к. именно они стали теми, с кем встречался пациент, столкнувшись с проблемой со своим здоровьем и именно они определяли дальнейший ход его лечения и, тем самым, теми, кто формировал спрос на услуги системы здравоохранения в целом. В иных странах - тех, которые только что вышли из так называемого «социалистического лагеря» и столкнулись с необходимость коренных, даже фундаментальных преобразованиях во всех сферах жизни, реформирование здравоохранения также являлось одним из краеугольных камней общей работы по изменению жизненного уклада общества в этих странах, однако как причины, так и цели его были в корне другими.

Системы здравоохранения в этих странах были неэффективными по нескольким причинам, схожими, впрочем, с теми, которые снижали уровень эффективности всей социалистической экономики: излишне централизованное управление, избыточно высокий уровень обеспеченности врачами одновременно с недостаточным уровнем их обеспеченности современным оборудованием и технологиями лечения.

С одной стороны необходимость существенного увеличения объема финансирования здравоохранения - в первую очередь инвестиционных расходов - была очевидной, но с другой общее состояние экономик в таких странах было настолько удручающим, что говорить о возможности бюджетного финансирования таких расходов было невозможно. Поэтому акцент был сделан на увеличении числа источников финансирования здравоохранения и их диверсификации. И единственной целью таких реформ было повышение эффективности самой системы здравоохранения.

## Анализ эффективности функционирования системы медицинского страхования в Российской Федерации

Эффективность системы медицинского страхования определяется, в первую очередь, таки качественным показателем как уровень здоровья населения. Для начала необходимо определиться с самим термином «уровень здоровья населения». Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) определяет здоровье как состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов [165].

В этой связи на уровень здоровья населения влияют, безусловно, масса факторов: социально-экономических, эколого-гигиенических, природных, политических, культурных и т.п. Общественное здоровье также характеризует жизнеспособность всего общества как социального организма и его возможности непрерывного гармоничного роста и социально-экономического развития.

Отечественные эксперты предложили свою группировку факторов, влияющих на уровень здоровья населения, определив удельный вес каждой такой группы в своем влиянии (таблица 5) [79]. Несмотря на десятилетия, разделяющие эти разработки, они практически повторяют друг друга. Существует взаимосвязь повышения эффективности финансирования системы здравоохранения и экономического роста. При этом мы исходим из той предпосылки, что совершенствование организации финансирования здравоохранения должно иметь в первую очередь эффект в виде повышения уровня здоровья населения. Поэтому важно определить, какие потери для ВВП несет в себе низкий уровень общественного здоровья и какие перспективы увеличения валового внутреннего продукта имеет повышение уровня здоровья населения. Таблица - 5 Группировка факторов риска общественного здоровья [79]

Экономические последствия снижения уровня здоровья населения имеют два аспекта. Первый из них связан с затратами на социальные трансферты (оплата временной нетрудоспособности, пособий по инвалидности, затраты на лечение), тогда как второй - с недопроизводством ВВП в силу выбытия трудоспособного населения из производственного процесса на период лечения.

Можно подсчитать ущерб понесённый экономикой России в 2010 году в результате роста заболеваемости и инвалидизации граждан по наиболее значимой группе населения - это группа занятых в национальной экономике.

Итак, в 2010 году по данным Росстата [157], общая численность занятых в экономике составила 69,8 млн. чел. Фонд социального страхования говорит о том, что в том же 2010 году в среднем на одного работающего приходилось 10,39 дней отсутствия на рабочем месте по причине временной нетрудоспособности [154]. Таким образом, общее количество дней, потерянное для экономики составило 725,2 млн. дней, что при 249 рабочих днях в 2010 году, соответствует отсутствию на рабочем месте на протяжении всего года 2,9 млн. чел. или более 4% от общего количества занятых в экономике. ВВП в 2010 году равнялся 44939 млрд. руб., в расчете на одного занятого в экономике -643,8 тыс. руб. По данным экспертов, если взять среднестатистического гражданина РФ, то затраты на его лечение в течение одного года обойдутся в примерную сумму в размере 67 тыс. руб. (медицинское обслуживание и лекарства) [ 154] Расходы —на выплату пособий—по — временной нетрудоспособности составили в 2010 году 182,5 млрд. руб. [154]. Таким образом, потери ВВП в 2010 из-за заболеваний с временной нетрудоспособностью составят: 2,9 млн.чел. (67 тыс.руб. + 643,8 тыс.руб.)+182,5 млрд.руб=2,2 трлн. руб. или 4,8% от ВВП. В 2010 году впервые инвалидами были признаны 893 тыс. человек [157]. Средний размер пенсии по инвалидности составил 5136 руб. [157]. Таким образом, прямые потери по выплате пенсий по инвалидности лицам, получившим инвалидность в анализируемом году, составили 55,37 млрд. руб. Упущенная выгода от того, что эти люди перестали участвовать в производстве, составила 643,8 тыс. руб., а потери на лечение 67 тыс. руб. (см. выше). Таким образом, потери ВВП от инвалидизации в 2010 году составили: (61,632+643,8+67) тыс. руб. 893 тыс. чел. = 689,7 млрд. руб. или 1,53% от ВВП. Совокупно от болезней, приведшим к временной и постоянной нетрудоспособности, ВВП России в 2010 году недосчитался 6,33% своего достигнутого значения или более 2,84 трлн. руб., что превышает весь объем продукции сельского хозяйства РФ, произведенный в 2010 году и в два раза превосходит весь объем финансирования здравоохранения из всех источников.

Даже при сокращении среднего периода временной нетрудоспособности на один день экономический эффект составит 165 млрд. руб. или примерно треть от общего объема средств системы ОМС. В таблице 6 приведены расчеты, описывающие динамику экономической отдачи от среднестатистического человека в течение всей его жизни. Под экономической отдачей в рамках настоящего диссертационного исследования мы понимаем разницу между произведенным им ВВП (исчисляемым как отношение всего объема ВВП и среднегодовой численностью занятых в экономике) и стоимостью его жизни (выражающийся произведением его среднегодовой зарплаты к средней продолжительности Урудов ого стажа принятого 1за 40 лёт) Иначе говоря, показатель экономической отдачи характеризует разницу чистого экономического результата трудовой деятельности среднестатистического человека за всю его жизнь.

На фоне позитивного тренда в изменении, как общего объема ВВП, так и удельного показателя произведенного ВВП одним занятым в экономике, экономическая отдача, выраженная в % от ВВП, стабильно снижается. Только в анализируемом периоде этот индекс сократился с 48,2% до 34,8%), хотя еще в 1999 году он находился на уровне 60,1%). Непозитивный характер такого положения дел очевиден, если рассматривать стоимость статистической жизни как выражение объема инвестиций в человеческий капитал: образование, лечение, творческое развитие и т.п. и составляют ту самую стоимость жизни. Однако эффективность этих инвестиций, выражающаяся показателем ожидаемой экономической отдачи в течение жизни, как показано в таблице 6 [160], сокращается.

Желательной была бы ситуация опережающего роста показателя экономической отдачи - в таком случае рост эффективности таких инвестиций приводил бы к внедрению более безопасных и совершенных технологий. То же самое относится к медико-демографической ситуации, которую отражают показатели ожидаемой продолжительности жизни, заболеваемости и инвалидизации. Если бы рост ВВП и стоимости статистической жизни приносил результаты, которые он приносит при правильном отношении к человеческому капиталу, ситуация была бы обратной - ожидаемая продолжительность жизни по мере роста ВВП и стоимости жизни увеличивалась бы, а заболеваемость и инвалидизация снижались, отражая постепенное улучшение социально-экономической ситуации. При этом растет как общий уровень заболеваемости, так и те виды заболеваний, которые вызваны, в том числе, и неблагоприятным воздействием окружающей среды, организации труда и прочими социальным факторами. "Доістаточно їока тельной ляется цішамика доли инвалидов, находящихся в трудоспособном возрасте в их общем числе - она возросла с 31,5% до 49,4%. Трудно представить, но половина тех, кто участвует в производстве ВВП, получает от государства социальные выплаты и генерирует бюджетные расходы на свое лечение, могли бы не сокращать, а ускорять экономический рост.

## Разработка механизма комплексного применения различных форм медицинского страхования

Проведенные исследования экономических отношений, порождаемых процессом медицинского обслуживания населения, и анализ развития «квазирынка» медицинских услуг позволяют сделать вывод об острой необходимости совершенствования механизма действия медицинского страхования.

Для того чтобы действующая система российского здравоохранения преодолела кризисный период и стала отвечать требованиям, предъявляемым к ней населением и работниками, требуется не только изменение механизма её финансирования, но и серьезное реформирование её организации. Те изменения, которые надо провести, гораздо шире механизма медицинского страхования. Но медицинское страхование уже стало неотъемлемой частью современного российского здравоохранения и поэтому его следует реформировать в общем русле стратегии развития отрасли.

Принимая во внимание необходимость системного подхода при проведении реформ, а также невозможность приостановки деятельности отрасли здравоохранения ни на один день, считаем рациональным предложить направление модернизации существующего на сегодняшний день механизма медицинского страхования и реализуемого в рамках действующей системы здравоохранения. В качестве такого направления предлагается реализация мероприятий, представляющих собой комплексное сочетание добровольного медицинского страхования (ДМС) и обязательного медицинского страхования (ОМС). Предполагается, что названное направление даст экономический эффект, что и будет доказано в ходе проводимого исследования, и подтверждено при внедрении разрабатываемых предложений в практику.

Под комплексной реализацией ДМС и ОМС мы понимаем реализацию программ ОМС и ДМС в страховой организации либо страховом холдинге за счёт аккумулированных у них административно-финансовых ресурсов и направленных на защиту имущественных интересов конкретных страхователей и имеющих своей целью повышение экономической эффективности этих видов деятельности.

Оценивая современное состояние рынка медицинского страхования, мы полагаем, что реализация, в комплексе программ ОМС и ДМС, даёт достаточно ощутимый экономический эффект. Мы можем объяснить его тем, что законодательные и подзаконные акты разрешают деятельность по осуществлению добровольного медицинского страхования неспециализированными страховыми медицинскими организациями, а также тем, что крупные страховые организации создают собственные СМО (страховые медицинские организации, действующие в рамках страховой группы). В параграфе 1.2, настоящего диссертационного исследования, приводится сравнительная характеристика систем ДМС и ОМС. Нами выделены сходства и различия этих категорий (таблица 1). Выполненный анализ даёт нам достаточное основание утверждать, что наличие одинаковых признаков и звеньев является предпосылкой и основой возможности для применения и реализации комплексной программы. На наш взгляд, наличие общих признаков в функциональной и субъектной составляющей в механизме медицинского страхования позволит совершенствовать его финансовый механизм при практической реализации комплексного продукта. - — Далее приводится перечень и краткое описание сходных (совпадающих) звеньев двух названых видов медицинского страхования. 1. Осуществление мероприятий по оценке риска. В основе каждого вида страхования лежит оценка риска, которая проводится на основе статистических данных и используется при расчете страховых тарифов. 2. Организация заключение договоров с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ). Оказание медицинских услуг по программам государственных гарантий в области оказания бесплатных медицинских услуг населению и по добровольному страхованию осуществляется на основе договоров между страховщиком и ЛПУ. 3. Организация осуществления страховых выплат. Страховые выплаты составляют существо процесса финансирования операционной деятельности медицинского учреждения, вне зависимости от «платности» оказываемых медицинских услуг. 4. Организация контроля качества медицинской помощи. Контроль качества медицинской помощи определяет выбор и соблюдение технологии оказания медицинской услуги в соответствии с принятым стандартом. Соблюдение качества медицинской помощи является базовым элементом её оказания, непосредственно влияющим на степень удовлетворения граждан уровнем медицинского обслуживания. В ДМС качество медицинской помощи определяет ответ на вопрос - заключит ли страхователь договор медицинского страхования на следующий период? В ОМС контроль качества медицинской помощи ставит барьер на пути неэффективного использования средств общественных фондов. Организация защиты прав застрахованных лиц. Защита прав потребителя медицинской услуги в настоящее время рассматривается как часть обязательств по медицинскому страхованию, которые берет на себя страховщик. Осуществление превентивных мероприятий.- Этот направление деятельности напрямую реализует предупредительную функцию, которая присущи страхованию. Часть средств страховых резервов должна быть использована на снижение риска возникновения страхового события. К этим мероприятиям, финансируемым за счет страховщика, относятся, в частности, профилактические осмотры и диспансеризация, имеющие огромное значение для выявления тяжелых заболеваний на ранних стадиях, когда болезнь ещё поддается относительно недорогому лечению.

Как мы уже отмечали, наличие совпадающих признаков и звеньев в системе медицинского страхования, влияют на РВД, а также в части ДМС на уровень выплат страховой организации, которая осуществляет комплексное страхование, что несомненно, даёт возможность получения экономического эффекта от применения комплексного продукта.