Трифонов, Борис Игоревич. Страховой механизм финансирования здравоохранения граждан России : диссертация ... кандидата экономических наук : 08.00.10 / Трифонов Борис Игоревич; [Место защиты: Рос. эконом. ун-т им. Г.В. Плеханова].- Москва, 2013.- 151 с.: ил. РГБ ОД, 61 14-8/46

**Содержание к диссертации**

Введение

**Глава 1. Предпосылки реформирования системы страхования здоровья граждан России**

1.1. Анализ современных тенденций здоровья населения в изменяющейся экономике 10

1.2. Сравнение медицинского страхования с другими моделями финансирования здравоохранения 27

**Глава 2. Анализ вариантов изменения механизмов финансирования здравоохранения**

2.1. Условия и формы развития страхования здоровья граждан России 51

2.2. Недостатки государственной реформы ОМС и других вариантов изменения механизмов финансирования здравоохранения 73

**Глава 3. Направления и методы изменения страховых механизмов в здравоохранении граждан России**

3.1. Страховые регуляторы финансовых потоков в здравоохранении 89

3.2. Условия и методы долгосрочного медицинского страхования граждан России 106

Заключение 128

Список литературы 133

* [Сравнение медицинского страхования с другими моделями финансирования здравоохранения](http://www.dslib.net/finansy/strahovoj-mehanizm-finansirovanija-zdravoohranenija-grazhdan-rossii.html#5358871)
* [Недостатки государственной реформы ОМС и других вариантов изменения механизмов финансирования здравоохранения](http://www.dslib.net/finansy/strahovoj-mehanizm-finansirovanija-zdravoohranenija-grazhdan-rossii.html#5358872)
* [Страховые регуляторы финансовых потоков в здравоохранении](http://www.dslib.net/finansy/strahovoj-mehanizm-finansirovanija-zdravoohranenija-grazhdan-rossii.html#5358873)
* [Условия и методы долгосрочного медицинского страхования граждан России](http://www.dslib.net/finansy/strahovoj-mehanizm-finansirovanija-zdravoohranenija-grazhdan-rossii.html#5358874)

**Введение к работе**

**Актуальность темы диссертации** определяется необходимостью устранения недостатков существующей системы финансирования здравоохранения в России, где страхованию принадлежит ведущая роль. Это, прежде всего, недоступность качественной медицинской помощи для многих слоев населения, недофинансирование отрасли и неэффективное использование в ней финансовых ресурсов. Без решения этих вопросов проблемы со здоровьем населения в ближайшие десятилетия смогут нанести значительный ущерб повседневной жизни людей и экономике России в целом.

Федеральный закон № 326-ФЗ об ОМС призван решить накопившиеся системные проблемы в сфере здравоохранения путем поэтапного изменения механизма финансирования этой отрасли в течение длительного переходного периода. Одним из основных изменений является предлагаемый переход на преимущественно одноканальное финансирование здравоохранения через систему ОМС. Однако многие эксперты сходятся во мнении, что текущие изменения в финансировании отрасли не решат основную проблему, связанную с дисбалансом между объемом медицинской помощи, которое государство гарантирует, и объемом имеющихся в системе финансовых ресурсов. В течение двух ближайших десятилетий этот дисбаланс может возрасти за счет происходящих медико-демографических процессов, если ему не противопоставить рационально организованную страховую модель финансирования здравоохранения.

Необходимо добиться того, чтобы объем государственных гарантий по оказанию медицинской помощи соответствовал финансовым возможностям страны, а разрыв между проводимыми государством изменениями в организации финансирования и постоянно изменяющимися потребностями населения в медицинской помощи сокращался. Для этого требуется заново пересмотреть парадигму страхования как одной из форм организации финансирования отрасли.

**Степень разработанности проблемы.** Различные аспекты наиболее актуальных проблем страхования здоровья населения исследованы в научных

публикациях таких ученых как А.П. Архипов, Ю.Т. Ахвледиани, В. В. Гришин, Е.И. Дик, Е.И. Ивашкин, Э.Т. Кагаловская, А.А. Кудрявцев, Р.Г. Плам, И.В. Поляков, Л.И. Рейтман, А.В. Решетников, В.Д. Роик, Ю.А. Сплетухов, Т.А. Федорова, Н.Ф. Челухина, Е.М. Четыркин, Г.В. Чернова, И.М. Шейман, СВ. Шишкин, Юлдашев Р.Т.

В работах Всемирной организации здравоохранения и Всемирного банка исследуются проблемы, связанные с совершенствованием финансирования системы здравоохранения России. В них на основании анализа организации финансирования отрасли в разных странах даются общие рекомендации по приоритетным направлениям развития финансирования системы здравоохранения.

Возможные направления модификации финансирования системы здравоохранения России рассмотрены в работах таких исследователей как Е.С. Алехина, С.А. Банин, Б.И. Бояринцев, Л.С. Гринкевич, О.В. Касачева, Киселев СВ., Кравченко Н.А., А.А. Кудрявцев, Н.А. Левант, И.Л. Логвинова, Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова, Е.В. Селезнева, И.М. Степанов, A.M. Таранов, Н.Ф. Челухина, И.П. Хоминич, Т.В. Удод.

Вместе с тем в современной отечественной литературе, посвященной страхованию здоровья граждан России, раскрываются либо существующие недостатки финансирования медицинской помощи, либо отдельные элементы по ее модификации, но мало внимания уделяется разработке стратегии по реформированию системы страхования здоровья граждан России в целом. Необходимо научное обоснование включения частных средств в общее финансирование здравоохранения, определение направлений развития системы добровольного медицинского страхования и способов их сочетания с государственной системой финансирования, а также осмысление механизмов финансирования медицинской помощи для населения пенсионного возраста.

Актуальность темы исследования, а также недостаточная теоретическая и практическая разработанность проблемы предопределили выбор темы исследования, цель, задачи и структуру работы.

**Цели и задачи исследования.** Цель исследования состоит в разработке направлений реформирования механизма финансирования здравоохранения России, которые соответствуют современным тенденциям в медико-демографических процессах и экономическим возможностям государства в финансировании сферы охраны здоровья.

Для достижения данной цели в диссертации решались следующие задачи:

определить основные характеристики понятия «здоровье» как объекта страхования;

проанализировать основные тенденции в финансировании здравоохранения, сравнить медицинское страхование с другими моделями финансирования здравоохранения;

исследовать особенности развития медицинского страхования в России;

выявить основные недостатки проводимой государством реформы ОМС, а также недостатки вариантов изменения механизмов финансирования здравоохранения, которые предложены другими организациями;

обосновать необходимость включения частных средств в общее финансирование системы здравоохранения России;

разработать страховые механизмы модификации финансирования медицинской помощи, которые соответствуют современным медико-демографическим процессам и накопившимся системным проблемам в сфере здравоохранения.

**Объектом** диссертационного исследования является система финансирования здравоохранения в России.

**Предметом** диссертационного исследования являются страховой механизм финансирования здравоохранения граждан России и условия его реформирования.

**Область исследования.** Диссертация соответствует п. 2.2 «Финансовое регулирование экономических и социальных процессов», п. 7.1 «Современные тенденции организации и функционирования системы страхования и рынка страховых услуг», п. 7.4. «Формирование теоретических и методологических

основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны» и п. 7.5. «Развитие систем страхования и страхового рынка в современных условиях» Паспорта научной специальности 08.00.10 -Финансы, денежное обращение и кредит.

**Информационной базой** исследования послужили плановые и отчетные данные Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, Международного валютного фонда, Международной ассоциации труда, фондов обязательного медицинского страхования РФ, Федеральной службы государственной статистики РФ, медицинская статистика ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ, данные обследования «Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения НИУ-ВШЭ», аналитические вестники Совета Федерации РФ. В работе нашло отражение российское страховое законодательство.

**Теоретические и методологические основы исследования.** В качестве теоретической базы исследования использовались работы таких ученых и специалистов в области финансов страхового дела как А.П. Архипов, В.Н. Баскаков, Д.Д. Венедиктов, В. В. Гришин, Б.Ф. Кирьянов, Ю.П. Лисицын, В.А. Медик, В.Д. Роик, В.И. Рябикин, Н.А. Семашко, Т.М. Скляр, Т.М. Тихомирова, Т.А. Федорова, Н.Ф. Челухина, Е.М. Четыркин, Г.В. Чернова, И.П. Хоминич, Ю.Л. Шевченко, СВ. Шишкин, О.П. Щепин.

Научно-концептуальной основой диссертационного исследования послужили фундаментальные труды отечественных и зарубежных ученых в области экономической теории, здравоохранения и социологии. Среди них работы таких ученых как М.С. Бедный, СМ. Гуриев, А.Н. Зубец, Е.В. Коломия, Ю.П. Лисицын, Н.Г. Мэнкью, P.M. Нуреев, B.C. Ткаченко, И.В. Поляков, Р.Б. Салтман, И.М. Степанов, П.А. Сорокин, Д. Фигейрас, Д.Е. Блум, С. Томсон.

Методологическую базу исследования составили классические методы познания: исторический, системный, сравнительный анализ и синтез, обобщение, социально-экономические и статистические методы анализа данных.

**Научная новизна** результатов диссертационного исследования состоит в разработанных предложениях по реформированию страхового механизма финансирования здравоохранения граждан России.

Наиболее существенные результаты, полученные лично автором в ходе диссертационного исследования:

на основе анализа существующих концепций изменения механизмов финансирования здравоохранения, в т. ч. предусмотренных государственной реформой ОМС, выявлены их недостатки: а) сохраняется текущий объем государственных гарантий, б) не рассматривается роль частных средств в общем финансировании отрасли на законодательном уровне, в) не решается проблема, связанная с ростом потребностей населения в медицинской помощи впоследствии процесса старения населения;

для компенсации дефицита государственного финансирования системы здравоохранения разработан механизм включения частных средств в общее финансирование - система страховой дифференциации населения с соответствующей схемой движения финансовых потоков в здравоохранении;

для развития рынка ДМС при включении частных средств в общее финансирование здравоохранения предложены две формы продуктов ДМС, предусматривающие конвергенцию рисков обязательного и добровольного медицинского страхования граждан России;

разработан накопительный механизм финансирования медицинской помощи для населения пенсионного возраста, основанный на модели долгосрочного медицинского страхования и включающий предложенные институциональные и регулятивные новации в области страховой деятельности и пенсионного обеспечения в России;

предложена модифицированная модель актуарных расчетов размера страхового взноса в системе обязательного долгосрочного медицинского страхования.

**Практическая значимость исследования состоит в разработке:**

механизма участия частных средств в рамках базовой Программы ОМС;

системы обязательного долгосрочного медицинского страхования;

интегрального показателя деятельности лечебных учреждений и страховых медицинских организация;

схемы организации финансирования здравоохранения с учетом включения частных средств в общее финансирование отрасли и накопительного механизма финансирования медицинской помощи для населения пенсионного возраста.

**Теоретическая значимость** работы заключается в разработке системы обязательного долгосрочного медицинского страхования в сочетании с действующими моделями финансового обеспечения здравоохранения с учетом новых тенденций в медико-демографических процессах и накопившимися системными проблемами в сфере здравоохранения. Связь страхового механизма финансирования здравоохранения с разными источниками, включая средства частных лиц, должна быть предусмотрена при совершенствовании страхового законодательства, в частности, при разработке закона «О добровольном медицинском страховании».

**Апробация результатов диссертационного исследования.** Основные теоретические и методологические положения диссертации внедрены в практику ОАО «Страховая группа МСК» и ООО «Группа Ренессанс Страхование». Кроме того, они нашли отражение в практическом и теоретическом курсах по дисциплинам «Страхование и актуарные расчеты», «Корпоративное страхование» для студентов Экономико-математического и Финансового факультетов РЭУ им. Г.В. Плеханова. Результаты диссертационного исследования использованы при разработке практикума по новой учебной дисциплине «Страховая статистика» кафедры Страхования в РЭУ им. Г.В. Плеханова, а также при выполнении внутреннего гранта «Разработка корпоративной программы добровольного медицинского страхования для профессорско-преподавательского состава, сотрудников, аспирантов, студентов вуза (на примере ГОУ ВПО РЭУ им. Г.В. Плеханова)».

Результаты исследования отражены в докладах и научно-практических конференциях: III Международно-практическая конференция «Современная экономика: концепции и модели инновационного развития» (ГОУ ВПО «РЭА

им. Г.В. Плеханова» РЭУ, 18-21 февраля 2011 г.), Международная конференция, посвященная 10-летию кафедры управления рисками и страхования в ГОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный университет» (28 октября 2011 г.).

**Публикации.** Результаты диссертационного исследования отражены в 8 опубликованных научных работах общим объемом 3,0 п.л., в том числе в изданиях, рекомендованных ВАК, - 3 статьи.

**Структура работы.** Поставленные цель и задачи определили внутреннюю логику и структуру работы. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованных источников и 7 приложений.

Актуальность диссертационного исследования определяется необходимостью комплексного подхода к решению накопившихся системных проблем в сфере здравоохранения. Решение проблем может быть достигнуто за счет пересмотра объема государственных гарантий и изменения механизма финансирования здравоохранения. В диссертации определены границы финансовой ответственности государства в сфере охраны здоровья населения, обоснована необходимость включения частных, коллективных и государственных средств в рамках страховой модели финансирования здравоохранения; предложено введение системы страховой дифференциации населения, с помощью которого достигается выравнивание возможностей населения в получении медицинской помощи; разработана концепция развития рынка ДМС на современном этапе, предложен накопительный механизм финансирования медицинской помощи населению пенсионного возраста с использованием модели долгосрочного медицинского страхования.

**TRIFONOV BORIS IGOREVICH (RUSSIA) HEALTH INSURANCE FINANCIAL MECHANISM OF RUSSIAN CITIZENS**

The relevance of dissertation research is defined by necessity of integrated approach to solve accumulated systemic problems in the health sector. Problem solving can be achieved through the revision of amount of state guarantees and changes in health care financing mechanism. In the dissertation limits of financial responsibility of the state in the field of public health is defined, substantiated the necessity of inclusion of private, collective and state funds under the insurance model of health care financing, proposed the introduction of the insurance system differentiation of population that helps to achieve the equalization of opportunities of the population for health care, devised the concept of the voluntary health insurance's market development, proposed the accumulating mechanism of financing health care to people of retirement age using the model of long-term care insurance.

## Сравнение медицинского страхования с другими моделями финансирования здравоохранения

Основной целью социальной защиты населения являются уменьшение дифференциаций в обществе, а также смягчение противостояния между трудом и капиталом. Поэтому неслучайно, что и здоровье выступает в качестве объекта страхования.

Несмотря на широкое использование термина «здоровье», до сих пор его дефиниции остаются дискуссионными. В основе всех подходов в его определении лежит нечто противоположное понятиям «нездоровье» и «болезнь». Попытка рассмотреть здоровье в качестве товара также очень проблематична.

В процессе эволюции человечества параллельно с социально-экономическим развитием происходило постоянное изменение в понимании здоровья отдельного индивида и общества в целом. Поэтому не существует идеального определения здоровья, оно зависит от сложившихся ценностей в определенный период времени. Примером этого является развитие системы охраны здоровья населения и изменение отношения к страхованию здоровья в России на протяжении двух столетий (см. гл. II).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет здоровье человека как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»1. Из этого определения следует, что благополучие увязывается не только с тем, что человек физически может быть здоров или не здоров, но и с отношением к состоянию здоровья. Отношение к здоровью — это продукт психологии и состояния духа, который может противодействовать заболеваемости и, наоборот, провоцировать её. Из определения ВОЗ следует, что человек с любой болезнью относится к нездоровой группе населения (например, человек с ослабленным зрением). Отечественные исследователи дают другое определение: здоровье - такое состояние, которое обеспечивает в полном объеме реализацию присущих человеку биологических и социальных функций Распределение населения на здоровых и больных с использованием определения, основанного на а) наличие тех или иных хронических заболеваний и б) комплексной оценки биологических и социальных функций человека3

Исследователь Полесский В.А. рассматривает здоровье населения как сложную интегральную характеристику численности, структуры и качества населения (популяции), которая, с одной стороны, отражает степень вероятности для составляющих популяцию индивидов сохранения высокого уровня здоровья, а с другой - определяет жизнестойкость самой популяции и ее способности адаптации к условиям среды обитания, к самозащите, к эффективному освоению природных ресурсов, к устойчивому социально-экономическому и духовному развитию . Таким образом, здоровье населения является совокупным здоровьем определенного множества индивидов. Причем их характеристики рассматриваются не просто как сумма характеристик индивидов, а как совокупность взаимосвязанных данных.

Если раньше здоровье рассматривалось как набор биологических характеристик, то на современном этапе здоровье рассматривается также и как

Венедиктов Д. Д. Очерки системной теории и стратегии здравоохранения. М., 2008. 336 с. социальный феномен, который имеет важнейшее значение для дальнейшего экономического и культурного развития человеческого общества. Поэтому в определении здоровья наряду с привычными биологическими индикаторами (уровень функциональной адаптации, уровень физического развития и т.д.) в литературе подчеркивается важность социальных индикаторов (ценность отношения населения к своему здоровью, поведение людей в сфере здоровья и т.д.).

Из этого вытекает то, что понятие «здоровье» объединяет в себе общее представление о санитарном состоянии популяции людей и частное определение, распространяемое на отдельные группы людей и индивидов. Те и другие представления в своей иерархии являются определяющими положениями для нашего дальнейшего исследования, касающегося страхового механизма финансирования медицинской помощи.

Обратим внимание на связь между здоровьем населения и культурой. Известный русско-американский социолог П. Сорокин отмечал наличие определенной, хотя и не непосредственной, связи между культурной ментальностью и повседневным поведением индивидов5. Другими словами, здоровье, как один из важных детерминантов поведения человека, связано с культурой населения. Эта связь является двухсторонней. С одной стороны, страх человека заболеть болезнью, которая может привести к смертельному исходу, влияет на сознание населения и на его интерпретацию причин болезни. С другой стороны, культурные характеристики общества влияют на мотивацию поведения личности по отношению к своему здоровью, и это влияние имеет культурную специфику. Подчеркнем, что страх является одной из психологических составляющих страхования.

Многие авторы отмечают, что социокультурные условия создают «эталоны здоровья». Под последним понимаются различные представления о здоровье и здоровой личности, фигурирующие в сознании определенного общества, которые

В античном эталоне здоровье рассматривается как внутренняя согласованность и соразмерность элементов человеческой природы6, в адаптационный эталоне - как приспособленность индивида к окружающей среде7, в антропоцентрический эталоне - как всесторонняя самореализация (раскрытие творческого и духовного потенциала личности)8.

В 1975 г. американский ученый С. Престон соотнес размер национального дохода на душу населения и среднюю ожидаемую продолжительность жизни по эмпирическим данным разных стран9. Получившийся график, который в литературе в последствие после получил название «кривая Престона», наглядно демонстрировал прямую зависимость между этими показателями (рис. 1.2). После этой работы все больше авторов начали анализировать связь между здоровьем населения и экономическим развитием. Другим толчком к исследованию этой связи был доклад Всемирного банка10 в 1993 г., в котором рассматривались вопросы влияния уровня финансирования социальных программ и здоровья населения в разных странах.

## Недостатки государственной реформы ОМС и других вариантов изменения механизмов финансирования здравоохранения

При многоканальном механизме финансирования за каждым источником закрепляется конкретный объем расходов медицинских учреждений. В начале 90-х годов Федеральный фонд ОМС рекомендовал медицинским учреждениям из средств ОМС оплачивать пять статей расходов (зарплата медперсонала, начисления на зарплату, затраты на расходные материалы, лекарственные средства и питание). Большинство медицинских учреждений следовали этой рекомендации. Остальные статьи расходов покрывались из бюджетных источников. Таким образом, в сложившемся за два десятилетия механизме действовали разные алгоритмы финансирования медицинских учреждений: из средств ОМС - по результатам работы учреждения, из бюджетных источников -на содержание учреждения.

Сочетание двух систем финансирования не создает стимулов у участников системы к повышению эффективности использования ресурсов. При таком подходе финансирование медицинских учреждений лишь частично зависит от результатов деятельности («деньги не следуют за пациентом»). Это снижает эффективность работы всей системы, поскольку большая часть финансирования поступает в медицинские учреждения вне зависимости от объема оказанных услуг, что не создает стимулы для улучшения качества медицинской помощи. При многоканальном финансировании отсутствует прозрачность и возможность тотального мониторинга финансовых потоков. Кроме того, возникает асинхронность финансирования, так как каждый источник имеет разные принципы и условия.

Изменение схемы финансирования медицинских учреждений должно повысить эффективность использования ресурсов в системе здравоохранения. С целью отработки новых финансовых механизмов в 2007 г. осуществлялся федеральный пилотный проект в 19 субъектах Российской Федерации. Основные направления эксперимента были: 1) переход на одноканальное финансирование через систему ОМС, в том числе с использованием метода подушевой оплаты медицинской помощи фондодержателями и 2) оплата стационарной помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе со медико-экономических стандартов . В целом, этот проект подтвердил, что переход на новые схемы финансирования медицинских учреждений является важным элементом повышения эффективности финансирования системы здравоохранения.

Особенностью государственного финансирования является ярко выраженная региональная дифференциация. Основная причина этого состоит в том, что каждый регион имеет разный уровень экономического развития. Например, разброс суммарных расходов бюджетов субъектов и системы ОМС в расчете на душу населения составлял от 3 667 руб. в Республике Дагестан до 36 173 руб. в Чукотском АО в 2010 г. (см. приложение 2). Самые высокие показатели подушевого финансирования приходятся на северные регионы, где добываются полезные ископаемые и проживает мало людей. В г. Москва размер среднего расхода на одного жителя также один из самых высоких в стране.

Анализ данных показывает, что расходы консолидированного бюджета и средств системы ОМС на выполнение Программы находятся в прямой зависимости от размера дохода населения в расчете на одного жителя в каждом субъекте РФ (рис. 2.1Рис. 2.1). Такая зависимость закономерна: чем больше доходы населения, тем выше налоговые отчисления и страховые сборы в фонды ОМС.

Для сравнения зависимости государственных расходов и уровня заболеваемости населения в разных субъектах РФ необходимо исключить влияние разницы в ценах между регионами на показатели расходов. С этой целью мы нормировали расходы на стоимость потребительской корзины, вычисленной для каждого субъекта РФ. Итоговая зависимость показана на рис. 2.2, где уровень заболеваемости в каждом субъекте РФ соответствует количеству зарегистрированных болезней, установленных впервые в жизни, по официальным данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ. Положительная зависимость между государственными расходами на выполнение Программы и заболеваемостью населения менее выражена, чем зависимость между государственными расходами и доходами населения (рис. 2.1). Это свидетельствует о том, что объем финансирования здравоохранения в каждом регионе зависит от финансовых возможностей, а не находится в прямой зависимости от потребностей.

## Страховые регуляторы финансовых потоков в здравоохранении

Одним из условий повышения эффективности работы системы здравоохранения является наличие интереса у населения в получении превентивной медицинской помощи. Для этого необходимо стимулировать население в прохождении профилактических осмотров. Эта задача может быть решена за счет исключения оплаты с населения при прохождении диспансеризации, а также при получении последующих медицинских услуг, оказываемых по направлению.

Для организации работы механизма участия частных средств в системе ОМС необходимо ввести систему учета движения денежных средств по каждому застрахованному лицу. Индивидуальный учет поступления страховых взносов позволит определить уровень дохода каждого застрахованного, и в зависимости от этого для него будут устанавливаться разные механизмы защиты расходов. Персонализация средств в системе здравоохранения позволит отслеживать сумму средств, которую застрахованный будет тратить на оплату медицинской помощи в государственных учреждениях в рамках Программы. Для этого мы предлагаем использовать номер страхового свидетельства, который в настоящее время используется для перечисления средств в систему пенсионного страхования.

Финансирование медицинской помощи в рамках базовой Программы ОМС должно распространяться на учреждения государственной формы собственности. Частные учреждения, как правило, оказывают медицинские услуги более высокого комфорта, и их финансирование должно происходить из частных средств (см. диаграмму 3.1). Вместе с тем, как было отмечено во второй главе, важным направлением по повышению эффективности расходов средств является повышение конкуренции в сфере здравоохранения, в том числе интеграция лечебных учреждений государственной и частной форм собственности.

Для решения этой задачи необходимо ввести две категории частных учреждений, на основании чего будет определяться размер финансирования из фонда ОМС (табл. 3.3). Первая категория включает учреждения государственно-частного партнерства и учреждения, которые по уровню медицинского обслуживания соответствуют базовой программе ОМС (медико-экономическим стандартам). Для этой категории учреждений из фондов ОМС должна покрываться та часть стоимости услуг, как если бы застрахованное лицо получало аналогичную услугу в государственном учреждении. Во вторую категорию включаются учреждения, которые удовлетворяют установленным фондом ОМС критериям. Эти критерии определяют, насколько уровень медицинской помощи в частном учреждении может отличаться от уровня услуг, которые определены в базовой Программе ОМС. Для учреждений этой категории будут ежегодно определяться виды медицинской помощи, финансируемые из фонда ОМС по установленным в системе ОМС тарифам. Оставшаяся часть стоимости услуг (с учетом системы страховой дифференциации) будет покрываться из частных средств. Со временем эти категории могут быть пересмотрены и уточнены.

Первая - Государственно-частное партнерство- Учреждения, которые по уровнюмедицинского обслуживания соответствуютбазовой Программе ОМС Соответствует финансированию государственных учреждений

Вторая - Учреждения, которые удовлетворяют установленным фондом ОМС критериям Ежегодно определяются виды медицинской помощи, финансируемые из фонда ОМС

Таким образом, включение частных средств в общее финансирование здравоохранения приведет к изменению организации самой системы ОМС и менталитета потребителей медицинских услуг. Ожидаемые финансовые расходы при получении медицинской помощи изменят отношение населения к своему здоровью и к сфере здравоохранения, усилится интерес вести более здоровый образ жизни. Вместе с этим в системе ОМС появляются задачи по созданию системы страховой дифференциации населения, построению механизмов защиты расходов и формированию условий участия частных средств в оплате медицинской помощи для каждой из групп населения. Интеграция учреждений государственной и частной форм собственности приведет к повышению конкуренции в сфере здравоохранения.

С включением частных средств в общее финансирование системы здравоохранения рынок ДМС получает большой потенциал для развития. Основным направлением развития является создание новой формы ДМС, которая будет дополнять финансирование из фонда ОМС. Это позволит рынку ДМС, который в настоящее время является только коммерческим видом страхования, превратится в одну из важных составляющих системы организации и финансирования здравоохранения. Его развитие будет способствовать дальнейшей стандартизации медицинских услуг в стране.

В рамках новой формы продуктов ДМС застрахованное лицо не будет принимать участие в оплате медицинской помощи при обращении по Программе ОМС. Лечебное учреждение после факта оказания услуг выставляет страховщику ДМС счет, размер которого соответствует сумме средств, которое застрахованное лицо заплатило бы в случае отсутствия полиса ДМС. Остальная часть стоимости услуг покрывается из фонда ОМС. Возможны разные варианты такого продукта ДМС, которые распространяются на разные виды медицинской помощи. Другая форма продуктов ДМС предполагает покрытие расходов застрахованного лица, как в системе ОМС, так и, как и раньше, при обращении за медицинской помощью вне системы ОМС (табл. 3.4).

За счет создания сочетания средств ОМС и ДМС снижается стоимость полиса ДМС. Поэтому новые продуты ДМС будут доступны для широких слоев населения. Увеличится спрос на ДМС со стороны корпоративных потребителей, которые раньше не могли себе позволить включение ДМС в социальный пакет для сотрудников. Получит развитие рынок ДМС для индивидуальных потребителей, которые раньше не могли купить полис ДМС и оплачивали медицинские услуги через кассу или непосредственно врачу.

## Условия и методы долгосрочного медицинского страхования граждан России

Здоровье населения имеет важнейшее значение для устойчивого развития общества. Оно определяет качество жизни населения, его жизнестойкость и способность адаптироваться к условиям среды. Оно влияет на социокультурные характеристики жизни населения, определяя повседневное поведение индивидов. Здоровье населения выступает одним из ключевых детерминантов экономического роста государства, влияет на интеллектуальный потенциал населения и производительность труда.

При организации системы финансирования здравоохранения необходимо выделять два представления о здоровье. Первое представление описывает санитарное состояние популяции людей, второе — частное здоровье семьи, индивидов. Основная сфера ответственности государства заключается в охране здоровья в первом понимании. Исходя из этого, здравоохранение должно иметь такую модель финансирования, которая, во-первых, обеспечивает доступную медицинскую помощь для всех слоев населения и, во-вторых, при которой достигается соответствие между экономической эффективностью и качеством услуг.

В сравнении с другими моделями финансирования страхование лучше всего подходит для решения этих задач. Гарантируя для каждого застрахованного лица право на получение минимального объема медицинской помощи, система ОМС позволяет достичь более высокого уровня социального равенства. При этом частные потребности населения могут быть удовлетворены с помощью рынка ДМС или при прямом обращении в медицинские учреждения. В отличие от бюджетного финансирования для страховой модели свойственен более высокий уровень медицинской помощи, который достигается за счет наличия конкуренции и защиты прав застрахованных со стороны страховой медицинской организации. Страховая модель также является финансово более устойчивой, поскольку фонды ОМС имеют независимые от государственного бюджета источники финансирования.

Многие развитые и развивающиеся страны на рубеже XX-XXI вв. столкнулись с одинаковыми проблемами, связанными со здоровьем населения. С одной стороны, происходит изменение структуры заболеваний в сторону увеличения числа хронических заболеваний, которые требуют длительного и дорогостоящего лечения. С другой стороны, процесс старения населения приводит к увеличению экономической нагрузки на людей трудоспособного возраста по созданию необходимых ресурсов для финансирования отрасли.

В России эти проблемы усилились за счет тяжелых социально-экономических условий, существовавших на протяжении XX в. Другим фактором стало снижение ценности здоровья в сознании российского населения и снижение культуры самосохранения. При отсутствии изменений в здравоохранении проблемы со здоровьем населения в ближайшие десятилетия смогут нанести значительный ущерб повседневной жизни людей и экономике России в целом.

За два десятилетия в России сложился бюджетно-страховой механизм государственного финансирования системы здравоохранения. Это обуславливается тем, что изначально задачей системы ОМС являлось создание дополнительного к бюджету источника финансирования. Как показывает наш анализ, такое сочетание двух механизмов финансирования медицинской помощи не создает интереса в повышении эффективности использования ресурсов и повышении качества медицинской помощи.

Через два десятилетия после введения ОМС в России вновь назрела необходимость проведения реформы в системе финансирования здравоохранения. Основными причинами этого явились очевидные проблемы в отрасли, которые накопились в социалистический и постсоциалистический периоды. Связаны они в первую очередь с отсутствием социального равенства в получении медицинской помощи, с отсутствием интереса по улучшению качественных характеристик медицинских услуг, с несоответствием между финансированием и современными потребностями населения.

Выбранная государством программа, а также другие предложения по реформированию системы финансирования здравоохранения, не смогут решить эти проблемы. Ни в одной из концепций не рассматриваются вопросы о пересмотре объема государственных гарантий в сфере здравоохранения и об изменении роли частных средств в финансировании отрасли. Вместе с тем, по нашему мнению, эти изменения в механизмах финансирования здравоохранения являются ключевыми, без которых невозможно добиться значительного улучшения в этой сфере. Рассмотренные предложения также не решают проблему, связанную с ростом потребностей населения в медицинской помощи за счет процесса старения населения. В ближайшие десятилетия эта проблема будет являться одной из основных угроз для финансовой устойчивости системы здравоохранения.

В диссертации предложены пять основных направлений дальнейшего развития страховых механизмов финансирования отечественного здравоохранения.

Первое, ключевым направлением модификации является включение на законодательном уроне частных средств в общее финансирование системы здравоохранения. Основной формой включения частных средств должна стать система страховой дифференциации населения, в основе которой лежит уровень дохода (способность оплачивать медицинскую помощь) и риск заболеваемости. Основная задача этой системы состоит в выравнивании потребностей в медицинской помощи и возможностей для всех слоев населения ее оплачивать. Чем выше уровень заработка человека, тем больше его участие в оплате медицинской помощи в системе ОМС, и наоборот.

Второе, необходимо ввести градацию частных учреждений. Мы выделили две категории частных учреждений, которые будут получать финансирования из фонда ОМС. С помощью этого удастся не только интегрировать частные учреждения в систему ОМС, но и увеличить конкуренцию в сфере здравоохранения. При этом получит развитие государственно-частное партнерство, необходимость которого была отмечена во второй главе.

Третье, за счет сочетания государственных и частных средств в системе здравоохранения большое развитие получит рынок ДМС. В рамках новых продуктов из средств системы ДМС будет покрываться та часть стоимости медицинской услуги, которую застрахованное лицо должно было бы оплачивать при обращении по Программе ОМС. Как для корпоративных, так и для индивидуальных потребителей стоимость ДМС снизится. Уменьшение риска неблагоприятного отбора позволит расширить категории населения, которые могут быть включены в страхование ДМС.

Четвертое, основной формой распределения ресурсов в системе ОМС должен стать подушевой механизм, при котором страховые организации и лечебные учреждения несут страховой риск. В этих условиях страховая организация должна будет анализировать работу каждого лечебного учреждения и выявлять зоны неэффективности расходов средств. Задача лечебных учреждений будет сводиться к выбору наиболее эффективных методов лечения и определению оптимальных правил маршрутизации застрахованных лиц. Вместе с этим должна быть введена система индикативных показателей, которая для страховых организаций и лечебных учреждений позволит создать финансовую заинтересованность в улучшении уровня здоровья населения.

Пятое, одним из важнейших направлений модификации механизмов финансирования в здравоохранении является переход к накопительной системе финансирования медицинской помощи для населения пожилого возраста. При таком механизме финансовая устойчивость к демографическим изменениям достигается за счет формирования накоплений во время трудовой деятельности. При этом никакого субсидирования между разными поколениями не происходит. Другим важным преимуществом накопительного механизма финансирования является устойчивость к негативным изменениям в экономике в кратко- и среднесрочном периоде, поскольку накопление средств происходит на протяжении большого периода времени.