

0- 800721

На правах рукописи



БЫСТРОВА КСЕНИЯ ЕВГЕНЬЕВНА

**КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ:
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРИНЦИПЫ ФИНАНСИРОВАНИЯ**

Специальность 08.00.10. –

Финансы, денежное обращение, кредит

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени

кандидата экономических наук

Санкт-Петербург - 2013

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов»

Научный руководитель - кандидат экономических наук, доцент
Савченко Ольга Семеновна

Официальные оппоненты: **Иванова Наталья Георгиевна**,
доктор экономических наук, профессор,
Санкт-Петербургский государственный
экономический университет,
заведующая кафедры финансов
Синишев Дмитрий Вячеславович,
кандидат экономических наук,
филиал ООО «Росгосстрах» в Санкт-
Петербурге и Ленинградской области,
заместитель директора



Ведущая организация – Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Санкт-Петербургский государственный университет"

Защита диссертации состоится "25" апреля 2013 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д / 212.237.04 при Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный экономический университет» по адресу: 191023, Санкт-Петербург, ул. Садовая, д.21, ауд. 48

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный экономический университет»

Автореферат разослан "19" апреля 2013 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Евдокимова
Наталья Александровна

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Создание комплексной и эффективной системы предоставления гражданам медицинских услуг представляет особую сферу социальной политики любого государства, выступая существенным фактором стабилизации социально-экономической обстановки в обществе. В России система здравоохранения находится в состоянии перманентного реформирования с 1991 года, когда был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 года N 1499-1. Ключевыми направлениями реформирования являются совершенствование структурного построения системы здравоохранения, дополнение ее финансовых источников и определение направлений наиболее эффективного их использования. В основу отечественной системы здравоохранения была заложена так называемая бюджетно-страховая модель организации, не получившая в итоге преференций ни целевого финансирования, ни коммерческого страхования.

В РФ за последние годы государственные расходы на здравоохранение в среднем составляли 3,5 – 3,9 % от ВВП. Правительством была поставлена задача их увеличения до 5,5 % от ВВП к 2020 году, что, тем не менее, все равно, не решает задачу сопоставимости с расходами в странах Европы и США, где данный показатель составляет 7-8%¹. Всемирной организацией здравоохранения в качестве основных показателей состояния общественного здоровья рассматриваются такие, как ожидаемая продолжительность жизни и уровень смертности населения. В РФ продолжительность жизни всего населения в 2010 году составила 68,9 лет, что несоизмеримо даже со странами СНГ и Восточной Европы. По странам СНГ этот показатель, например, в Армении составляет 73,8 года, в Киргизии – 69,3 года; по странам Восточной Европы: в Польше - 76,4 года, в Болгарии - 73,9 года. Коэффициент смертности в РФ почти в 1,5 раза выше, чем в странах ЕС и в 2,2 выше, чем в странах Азии². Негативные тенденции показателей общественного здоровья в РФ диктуют необходимость не только ускорения реформ отечественной медицины, но и пересмотр финансово-экономических основ национальной системы здравоохранения населения.

Анализ действующей бюджетно-страховой модели здравоохранения в РФ показал наличие системных проблем, следствием которых является дисбаланс в механизме формирования финансовых ресурсов здравоохранения и их нерациональное использование. При этом, существующие недостатки недофинансирования, как из бюджетных источников, так и в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), нами рассматриваются, как

¹ Федеральная служба государственной статистики. Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/b11_34/IssWWW.exe/Stg/d02/6-05.htm;

² «Россия и страны мира – 2012». Режим доступа

http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/publishing/catalog/statisticCollections/doc_11398218485

применения некоторых элементов систем из-за несопоставимости уровней развития страховых рынков и экономики с современным состоянием российского страхового рынка.

В исследованиях, рассматривающих проблемы страховой защиты здравоохранения, в основном, внимание сосредоточено на ОМС и ДМС как на отличных формах организации медицинского страхования, а не комплексного взаимодополняющего финансового механизма здравоохранения в едином страховом процессе, что и аргументирует выбор темы исследования.

Цель и задачи исследования.

Целью диссертационного исследования является определение принципов, форм и методов организации комплексной страховой защиты населения в условиях финансового взаимодействия обязательного и добровольного медицинского страхования, охватывающего государственную (бюджетную) и частную медицину, а также разработка практических положений, направленных на усиление развития единого страхового механизма финансирования системы здравоохранения.

Реализация указанной цели предусматривает решение следующих задач, определяющих логику и внутреннюю структуру исследования:

- изучить экономическую природу, содержание понятия «социальный риск» и его логическую взаимосвязь с понятиями «здравоохранение» и «страховая защита»;
- выявить роль и место страхования в организации и финансировании системы здравоохранения;
- обобщить и систематизировать зарубежную и отечественную практику организации страховой защиты в здравоохранении, способов финансирования потребности в медицинской помощи;
- установить факторы, определяющие необходимость развития единого страхового механизма финансирования системы здравоохранения на основе взаимодействия ОМС и ДМС;
- провести анализ страховых и не страховых источников финансирования системы здравоохранения, их структуры и исследовать порядок их формирования и использования;
- определить основные принципы и роль страховых медицинских организаций, Федерального фонда ОМС в организации комплексной системы медицинского страхования;
- выработать научно-практические положения по формированию состава и объемов предоставляемых гарантий в ОМС и повышению роли ДМС в единой (комплексной) страховой системе финансирования здравоохранения.

Объект и предмет исследования

Объектом исследования является система страховых отношений, обеспечивающих населению достаточную и качественную медицинскую помощь, финансируемую за счет обязательных и добровольных страховых взносов государства, работодателей и работников.

Предметом диссертационного исследования является совокупность теоретических, методических и практических вопросов формирования единого

страхового механизма финансирования системы здравоохранения на основе взаимодействия его обязательной и добровольной форм.

Теоретической и методологической основой диссертационного исследования послужили результаты исследований, отраженные в трудах отечественных и зарубежных ученых и экономистов в области экономики, управления и финансирования системы здравоохранения, системы ОМС и ДМС – Т.А. Федоровой, С.Ю. Яновой, И.В. Стоноженко, Л.А. Орланюк-Малицкой, И.В. Полякова, Ю.П. Лисицына, С.В. Шишкина, М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, В.К. Юрьева, В.К. Медика, В.И. Стародубова, А.И. Вялкова, А.П. Щербо, А.М. Баженова, В.В. Дрошнева, А.М. Таранова, В.В. Коломина, Г.Я. Лопатенкова, Р.М. Зелькевича, А.М. Бабича, Е.Н. Назаровой, Л.И. Рейтмана, В.З. Кричагина, В.В. Гришина, В.Г. Климина и др.

В работе использованы методы сравнительного, структурного, функционального анализа, методы классификаций, абстрактно-логического, экономико-математического и графического моделирования, методы наблюдения.

Информационная база исследования. Информационную базу исследования составили данные исследований отечественных и зарубежных ученых, законодательные и нормативно-правовые акты РФ, статистические данные Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации, аналитические данные Федерального фонда ОМС, информационно-аналитические и обзорные материалы российских страховых организаций, союзов и ассоциаций страховщиков, общероссийских и региональных научных конференций, публикации в общезкономических и финансовых периодических изданиях по исследуемой проблематике, нормативно-методические материалы зарубежных стран.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности.

Исследование выполнено в рамках Паспорта ВАК Минобрнауки РФ по специальности 08.00.10 – «Финансы, денежное обращение и кредит», части 1 «Финансы», пп. 7.1. Современные тенденции организации и функционирования системы страхования и рынка страховых услуг; 7.3. Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного медицинского страхования; 7.4. Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны.

Новизна диссертационного исследования заключается в разработке теоретических и методических положений, принципов и форм организации комплексной системы медицинского страхования в здравоохранении, основывающейся на преимущественном использовании финансовых средств в рамках обязательного и добровольного медицинского страхования.

Наиболее существенные результаты исследования, обладающие научной новизной и полученные лично соискателем:

- уточнено содержание понятия «социальный риск» в контексте охраны здоровья населения не только как риск потребности в медицинской помощи, но

и как риск возникновения расходов (обеспечения финансовых средств) на оплату медицинских и реабилитационных услуг, определена его взаимосвязь с понятиями «здравоохранение» и «страховая защита» и раскрыто содержание принципов страховой защиты, лежащих в основе организации единого страхового механизма финансирования здравоохранения населения;

- на основе сравнительного анализа современных моделей здравоохранения уточнен характер формирования ресурсного потенциала системы здравоохранения в Российской Федерации, при котором страхование сохраняет декларативные позиции, а страховые медицинские организации полностью исключаются из управления финансовыми средствами здравоохранения, а, следовательно, выступают только посредниками в перераспределении средств бюджета Федерального фонда ОМС;

- установлены причины организационно-экономической нерациональности действующей бюджетно-страховой модели и обоснована необходимость развития единого страхового механизма финансирования здравоохранения в РФ, базирующегося на регулируемом взаимодействии обязательной и добровольной форм медицинского страхования;

- предложена классификация источников финансирования на страховые и не страховые, исходя из их роли в финансировании системы здравоохранения, уточнен порядок формирования и проведен анализ их использования, показавший наличие устойчивой диспропорции в уровне оплаты страховых взносов за работающее и неработающее население, приведшей к перманентному финансовому дефициту системы ОМС на всех уровнях распределения средств;

- определены основные принципы и роль страховых медицинских организаций, Федерального фонда ОМС в организации единого страхового механизма, разработана модель страхового финансирования, устанавливающая взаимосвязи между целями, субъектами и методами регулирования здравоохранения в РФ;

- определена финансовая целесообразность передачи части государственных обязательств, включенных в систему ОМС, на дополнительный уровень ДМС, формируемый для определенных групп населения в зависимости от предельной величины годового дохода;

- предложена методика расчета программ по ОМС, основанная на определении стоимости базового набора медицинских услуг и системы поправочных коэффициентов, учитывающих социально-демографические факторы и стоимостные нормативы Базовой программы государственных гарантий;

- предложен порядок уплаты взносов в едином страховом механизме, основывающийся на распределении устанавливаемых государством обязанностей страхователей по ОМС между обязательной и добровольной формами страхования, исходя из стимулирования участия населения со средними и высокими доходами в дополнительных программах медицинского страхования.

Теоретическая и практическая значимость исследования.

Теоретическая значимость исследования состоит в том, что его результаты могут служить основой для предложений по совершенствованию законодательства, регулирующего организацию и финансирование системы здравоохранения Российской Федерации и построению страховой модели здравоохранения.

Непосредственное прикладное значение в практике работы российских страховщиков могут иметь авторские рекомендации по организации взаимодействия обязательного и добровольного медицинского страхования, определению состава программ ОМС, совершенствованию методики оценки объема обязательств по программам ОМС, порядку уплаты страховых взносов в едином страховом механизме системы здравоохранения.

Материалы исследования могут использоваться в учебном процессе высших учебных заведений при изучении курсов «Страхование», «Страховое дело», «Социальное страхование».

Апробация результатов исследования. Основные положения, результаты и выводы, полученные в ходе диссертационного исследования, были изложены в сборниках материалов: VII международной научно-практической конференции: «Экономика, социология и право: новые вызовы и перспективы» в «Институте стратегических исследований» (г. Москва, 2011 г); VI международной научно-практической конференции: «Проблемы и перспективы социально-экономического реформирования современного государства и общества» в «Институте стратегических исследований» (г. Москва, 2012г).

Публикации. По теме диссертационного исследования опубликовано 8 научных работ общим объемом 2,39 п.л., в числе которых - 3 статьи опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Структура и содержание диссертации.

Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографии, содержащей 153 источника. Диссертация включает 2 приложения.

Во Введении обоснована актуальность темы диссертационного исследования, определены цель и задачи исследования, его предмет и объект, методологическая и информационная база, научная новизна и практическая значимость.

В первой главе «Социально-экономическое содержание медицинского страхования в бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения в РФ» изучена экономическая природа и содержание понятия «социальный риск», установлена его логическая взаимосвязь с понятиями «здравоохранение» и «страховая защита», выявлена роль и место медицинского страхования в организации системы здравоохранения. На основе данных отечественной и зарубежной литературы проанализированы и систематизированы существенные характеристики отечественной и зарубежных систем финансирования здравоохранения, выявлены основные недостатки бюджетно-страховой модели здравоохранения и обоснована необходимость перехода к страховой модели финансирования на основе

взаимодействия ОМС и ДМС. Обоснованы и сформулированы постановка общей и частных научных задач исследования.

Во второй главе - «Источники финансирования здравоохранения, их формирование и использование» - сгруппированы все источники системы здравоохранения на страховые и не страховые, проведен структурный анализ и исследован порядок их формирования и использования. Определены факторы, влияющие на финансовую обеспеченность страховых обязательств, и проведена оценка ее достаточности в системах ОМС и ДМС.

В третьей главе – «Моделирование комплексной системы медицинского страхования» - дана оценка предоставляемым гарантиям в системах ОМС и ДМС, выработаны предложения по реализации новой модели здравоохранения, базирующиеся на страховом принципе финансирования. Разработаны методические подходы к оценке объемов обязательств в системе обязательного медицинского страхования, определена финансовая целесообразность передачи части государственных обязательств, включенных в систему ОМС, на дополнительный уровень ДМС, формируемый для определенных групп населения в зависимости от предельной величины годового дохода. Предложена схема повышения роли ДМС в комплексной системе медицинского страхования.

В заключении изложены основные выводы и результаты диссертационной работы.

II. ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

По результатам проведенного диссертационного исследования на защиту выносятся следующие основные выводы и рекомендации автора.

1. В ходе изучения научных трудов и анализа концепций здравоохранения автором уточнено содержание понятия «социальный риск» применительно к охране здоровья населения, определена взаимосвязь понятия «социальный риск» с понятиями «здравоохранение» и «страховая защита», раскрыто содержание принципов страховой защиты в организации единого страхового механизма финансирования здравоохранения населения.

Рисковая природа существования человека обусловила появление особой социально-экономической категории – «социальный риск» и, как следствие, внедрение разнообразных мер социальной помощи. В специальной экономической литературе социальный риск определяется как вероятность наступления случайных или независимых от воли человека событий, нарушающих его физиологическую и социально-экономическую жизнедеятельность.

Обзор концепций здравоохранения показал, что понятие здравоохранение, как таковое, может рассматриваться в широком и узком смыслах. В широком смысле здравоохранение воспринимается как составная часть охраны здоровья населения. Второй подход рассматривает систему здравоохранения более узко – как совокупность медицинских мероприятий,

имеющих цель сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом. Множественность подходов и отсутствие законодательно установленного определения «здравоохранение» позволяют нам рассматривать систему здравоохранения как комплекс мероприятий по сохранению жизни и укреплению здоровья населения, своевременному оказанию медицинской помощи и восстановлению здоровья.

В контексте охраны здоровья населения диссертантом предложена авторская трактовка понятия «социальный риск» - как риск необходимости медицинской помощи и возникновения расходов человека на оплату медицинских и реабилитационных услуг (обеспечения финансовых средств). Риск возникновения расходов человека на оплату медицинских и реабилитационных услуг является предметом страховой защиты, создаваемой за счет средств специализированного страхового фонда медицинского страхования в обязательной и добровольной формах (рис.1).

Исследование категории «социальный риск» позволило определить его взаимосвязь с понятиями «здравоохранение» и «страховая защита» и раскрыть содержание системообразующих принципов организации страховой защиты населения от риска возникновения расходов на оплату медицинских услуг, способствующих становлению и развитию единого страхового механизма обязательного и добровольного медицинского страхования, т.е. комплексной системы медицинского страхования.

2. Осуществлен сравнительный анализ современных моделей здравоохранения, уточнен характер формирования ресурсного потенциала системы здравоохранения в РФ и выявлены факторы, определяющие необходимость развития единого страхового механизма финансирования здравоохранения населения в РФ, как в обязательной, так и в добровольной форме.

Сравнительный анализ опыта зарубежных стран по организации и финансированию системы здравоохранения показал, что, с определенной долей условности, выделяют три модели здравоохранения: бюджетную, бюджетно-страховую и страховую. При этом каждый вариант отличается как степенью участия государства и субъектов страхового дела в финансировании здравоохранения, так и по форме их участия – прямое или косвенное. В силу сложившихся политических, правовых, экономических, социальных, культурных и технологических условий в Российской Федерации не может быть применена или заимствована какая-либо зарубежная модель. Однако обобщение опыта развитых стран определило возможность развития страховой модели здравоохранения применительно к Российской Федерации.



Рис. 1 Взаимосвязь понятий «социальный риск», «здравоохранение», «страховая защита» в едином страховом механизме

В общем контексте исследования установлено, что система здравоохранения Российской Федерации преимущественно реализуется на принципах бюджетной модели. При этом система здравоохранения не имеет целостности и распадается на несколько частей и уровней. Полисубъектность и многоуровневость системы приводит к ограничению прозрачности деятельности отдельных субъектов и системы в целом, отсутствию возможностей в поиске дополнительных резервов и контролю над использованием имеющихся средств. Конечной целью системы становится не оказание доступной и качественной медицинской помощи, а распределение запланированных ресурсов по установленным нормативам и правилам. Финансовые потоки, направляемые из средств ОМС и бюджетов в лечебные учреждения, распределяются непропорционально и регионально

дифференцированно, что, в конечном итоге, приводит к финансовой неустойчивости (дефицитности) системы в целом.

В работе определены следующие организационно-экономические причины нерациональности существующей системы:

- целевое финансирование программы государственных гарантий в ОМС по подушевым нормативам, устанавливаемым ежегодно постановлением Правительства РФ на базе усредненных показателей заболеваемости и предоставления медицинских услуг, приводит к недооценке стоимости медицинских услуг, установлению низких тарифов, сокращению доступной бесплатной медицинской помощи;

- ограничение доступности бесплатных медицинских услуг приводит к их нерегулируемому замещению на платные, к росту сектора платных медицинских услуг и созданию среды для нелегальных (теневых) платежей;

- в системе оказания медицинской помощи наблюдается низкий приоритет профилактической медицины, что формирует иждивенческий подход самих застрахованных и приводит к ухудшению показателей здоровья населения в целом;

- услуги медицинского страхования оказываются на двух изолированных рынках - обязательного и добровольного страхования, которые, зачастую, предоставляют одни и те же услуги и никак не пересекаются между собой;

- управление рисками застрахованных в ОМС перестало быть функцией страховых медицинских организаций (СМО) в силу запрета на формирование ими страховых резервов, тем самым, из практических действий страховщиков исключен один из важнейших финансовых инструментов обеспечения устойчивости страховых операций, что, в свою очередь, определяет роль СМО только выполнением функций агента-посредника в ОМС;

- ограничение хозяйственной самостоятельности СМО и медицинских учреждений только контролем целевого использования средств ОМС, следствием чего становится полное отсутствие заинтересованности в улучшении медицинских показателей как со стороны СМО, так и со стороны медицинских учреждений.

- финансовое положение СМО определяется исключительно количеством и контингентом застрахованных и установленной величиной подушевого финансирования на одного застрахованного, размером штрафных санкций к медицинским организациям. Соответственно, у страховых медицинских организаций возникает мотивация к конкуренции за число застрахованных, причем эта конкуренция может быть только неценовой.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что отсутствие страховых функций у СМО в бюджетно-страховой модели здравоохранения делает акцент на бюджетную составляющую, полностью регулируемую государством. При этом применение усредненных нормативов приводит к затратному методу финансирования системы здравоохранения и неадекватному, с точки зрения потребностей населения, предоставлению медицинских услуг.

Страховая модель системы здравоохранения, основанная на целостной системе обязательного и добровольного медицинского страхования, по нашему

мнению, внесёт следующие позитивные возможности в дальнейшее развитие медицинского страхования в РФ:

1. Основывается на поступлении целевых финансовых средств, формируемых страховой фонд ОМС, и дополнительных, независимых от государственного бюджета, средств страхового фонда по ДМС, за счет чего увеличивается прямое и косвенное финансирование системы здравоохранения.

2. Достигается финансовая устойчивость системы ОМС и эффективность в управлении рисками застрахованных за счет формирования и использования СМО страховых резервов.

3. При организации взаимодействия ОМС и ДМС, при определенных обусловленных условиях, возникает возможность варьирования составом и структурой базовой программы ОМС с передачей части государственных гарантий на ДМС, в результате чего возникает конкуренция по составу пакета и цене медицинского обслуживания застрахованных, создаются условия для повышения уровня и качества медицинских услуг.

4. Внедряется практика частичной оплаты полисов ДМС как работниками, так и работодателями, повышающая не только страховую защиту работников, но и заинтересованность застрахованных в здоровом образе жизни.

5. Появляется конкуренция СМО за застрахованных, основанная на: оперативной организации качественной медицинской помощи, праве выбора застрахованными лечебных учреждений, защите прав пациентов в медицинских организациях.

3. Предложена классификация страховых и не страховых источников финансирования системы здравоохранения, уточнен порядок формирования страховых источников и проведен анализ их использования в действующей бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения в РФ.

Исходя из роли в финансировании здравоохранения, в рамках исследования все источники поступлений были сгруппированы на страховые и не страховые (рис.2)

Проведенный анализ состава и структуры источников финансирования показал несбалансированность имеющихся финансовых ресурсов с обязательствами государства. В ходе исследования выявлена зависимость системы здравоохранения от поступлений из не страховых источников. В структуре общих расходов на здравоохранение в 2007г. доля не страховых источников составляла 76,56%, а в 2011 г. – 73,51%.

В структуре не страховых источников основное финансирование происходит за счет консолидированных бюджетов субъектов РФ. В 2007 году доля бюджетов субъектов РФ составила 68,26% всех не страховых поступлений, в 2011 году – 61,72%. Таким образом, ведущая роль в финансировании системы здравоохранения приходится на бюджетный канал.



Рис. 2 Источники финансирования системы здравоохранения

Проведенная оценка достаточности страховых источников в общем объеме средств системы здравоохранения показала крайне низкий уровень поступлений из страхового канала. Их доля за период с 2007 по 2011 гг. составила всего 25-32%. Несмотря на двукратный рост страховых источников в абсолютных показателях с 2007 по 2011 гг. – 338,7 млрд. рублей и 696,4 млрд. рублей, соответственно, в совокупном объеме финансирования системы здравоохранения их удельный вес остался практически на одном уровне – 23,44% и 26,49% соответственно. В работе показано, что в страховом канале преобладают взносы по ОМС – за весь исследуемый период с 2007 по 2011гг. доля обязательных отчислений составляла 81,34% и 86,04% от всех страховых поступлений в систему. Напротив, страховые взносы по ДМС занимают незначительное место как в общей структуре всех источников системы здравоохранения – 4,37% (2007 г.) и 4,79% (2011г.), так и в совокупных страховых источниках – 18,66% и 13,96% в 2007 и 2011гг. соответственно. В результате исследования автором доказано, что наращивание объемов финансирования системы здравоохранения происходило не за счет страховых взносов, а за счет роста отчислений не страховых источников. Трансформация действующей модели здравоохранения в страховую модель диктует необходимость наращивания объемов финансирования из страхового канала через регулируемые взаимодополняемые системы ОМС и ДМС.

В ходе работы был исследован порядок формирования страховых источников. Анализ собранных страховых взносов в ОМС по категориям граждан за период с 2007 по 2011 гг. показал, что существует диспропорция

между собранными премиями за работающее и неработающее население. Так, неработающее население в 2011 году составило 59,9% от всех застрахованных, а страховые взносы за неработающих граждан поступили всего лишь в размере 46,19% от всех страховых взносов. Такая же диспропорция наблюдается и в течение всего периода с 2007 по 2011 гг. - доля неработающих была 57-59%%, а доля страховых взносов – 52-46% (таблица 1).

Таблица 1

Страховые взносы по ОМС за работающее и неработающее население.

Наименование показателя	2007		2008		2009		2010		2011	
	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%	Всего	%
1. Количество застрахованных, всего, млн. чел., в том числе:	142,5	100	141,9	100	142,2	100	141,4	100	140,1	100
1.1. Работающее население, млн. чел.	60,5	42,5	60,7	42,7	58,8	42,4	57,9	40,9	56,2	40,1
1.2. Неработающее население, млн. чел.	82	57,5	81,2	57,3	83,4	57,6	83,5	59,1	83,9	59,9
2. Страховые взносы, млн. руб., в том числе:	275,5	100	341,9	100	470,1	100	483,3	100	599,2	100
2.1. Работающее население, млн. руб.	132,6	48,1	162,4	47,5	270,1	57,5	269,4	55,7	322,4	53,81
2.2. Неработающее население, млн. руб.	142,9	51,9	179,5	52,5	200,9	42,5	213,9	44,3	276,8	46,19

Составлено по данным ФФОМС³

В ходе исследования установлено, что результатом сложившего несоответствия поступающих страховых взносов за неработающее население с его количеством стало недофинансирование системы ОМС. Проведенная оценка достаточности средств за работающее население показала, что в результате установленного предельного порога дохода в размере 415 000 руб. система обязательного медицинского страхования в 2010 году недополучила 7,686 млрд. рублей.

Изучение системы ДМС показало, что договоры заключаются в большей степени с юридическими лицами. Анализ расходов домашних хозяйств показал, что в среднем один житель СПб тратит на систему здравоохранения 650 рублей, в то же время стоимость полисов ДМС для физических лиц составляет в среднем от 15 до 70 тыс. рублей. Полисы ДМС не доступны для большинства населения - даже наличие налоговых льгот для физических лиц не

³ Режим доступа <http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about/general/activity/>

способствует развитию рынка ДМС, т.к. база для начисления слишком высока и непомерна для подавляющего большинства граждан.

Исследование соответствия гарантируемого государством набора медицинских услуг с размером их финансирования позволило сделать вывод о финансовой необеспеченности системы ОМС на всех уровнях распределения средств. Под финансовой обеспеченностью системы ОМС автор понимает показатель соотношения поступающих финансовых ресурсов к требуемому уровню денежных средств на оказание бесплатной медицинской помощи в соответствии с базовой программой государственных гарантий, утверждаемой Правительством РФ.

В целях обоснования финансовой необеспеченности системы ОМС был проведен анализ бюджета ФОМС за период с 2008 по 2011 гг. (таблица 2). Установлено, что в 2010 г. по сравнению с 2008г. доходная часть бюджета ФОМС сократилась на 37,14% и составила 101,81 млрд. руб., что привело к росту дефицита бюджета с 6,08 млрд. руб. (2008г.) до 7,28 млрд. руб. в 2010 г. Увеличение доходной части бюджета в 2011г. более чем в три раза объясняется повышением ставки страхового взноса и аккумулированием всей части страхового взноса в ФОМС.

Таблица 2

Годы	2008		2009		2010		2011	
	Сумма, млрд. руб	%	Сумма, млрд. руб	%	Сумма, млрд. руб	%	Сумма, млрд. руб	%
Доходы, из них:	162,6	100	126,6	100	101,8	100	348,4	100
Дотации из других бюджетов	73,2	45	37,9	29,7	4,73	4,6	21,14	6,07
ЕСН (с 2010 года – страховой взнос)	88,3	54,3	88,8	70,2	91,03	89	326,6	93,7
Иные доходы	1,01	0,6	0,995	0,62	6,145	6,0	0,7	0,19
Расходы всего, из них:	168,7	100	130	100	109,1	100	310,4	100
Выполнение ТПОМС ⁴ в рамках БПОМС ⁵	71,3	42,3	91,64	70,5	86,17	78,97	95,95	30,9
Иные расходы	97,4	57,7	38,36	29,5	22,95	21	214,45	69,1
Дефицит бюджета	6,08	X	3,47	X	7,28	X	+38	X

Составлено по данным ФФОМС⁶

В результате исследования было доказано, что существует прямая зависимость между финансовой обеспеченностью системы ОМС в регионах и их бюджетной обеспеченностью. На основании этого выявлены «регионы-доноры» и «регионы-реципиенты», а также установлена прямая взаимосвязь между количеством неработающих граждан в регионе и объемом предоставленных дотаций. В работе показано, что в системе ОМС страхователи неработающего населения не выполняют возложенных на них финансовых обязанностей, а порядок получения средств территориальными

⁴ Территориальная программа обязательного медицинского страхования

⁵ Базовая программа обязательного медицинского страхования.

⁶ Режим доступа <http://www.ffoms.ru/portal/page/portal/top/about/pravoinfo/prikazy>

фондами носит перераспределительный характер, а не страховой. На примере двух Территориальных фондов ОМС - республики Алтай (регион-реципиент) и г. Санкт-Петербурга (регион-донор) диссертант показал, что финансовое обеспечение системы ОМС представляет собой симбиоз полученных субвенций из ФОМС и собственных региональных средств бюджета. Финансовые ресурсы ОМС не покрывают полной стоимости территориальных программ, что порождает диспропорции в медицинском обеспечении населения. Сравнительный анализ финансовой обеспеченности системы ОМС в двух регионах показал, что чем выше уровень собственных располагаемых средств в регионе, тем выше уровень собранных страховых взносов и ниже уровень предоставляемых дотаций из ФОМС.

В работе установлено, что подушевые нормативы финансирования на одного человека, закрепленные в Программе государственных гарантий различаются по регионам в несколько раз. Например, в Астраханской области подушевые нормативы финансового обеспечения на 1 человека в 2011 году установлены размере 5 498,3 рублей, а в Санкт-Петербурге этот норматив равен 11 046,84 рублей (таблица 3).

Таблица 3

Подушевые нормативы на одного человека, 2011 г.

Наименование показателя	Санкт-Петербург	Москва	Астраханская область	Республика Башкортостан	Республика Дагестан
Подушевые нормативы на одного человека, руб., из них:	11 046,84	15441,69	5498,3	6315,10	4203,3
Средства ОМС, руб.	5 924,17	6691,28	2554,0	3765,25	2496,1
Средства бюджетов, руб.	5 122,67	8750,41	2944,3	2549,85	1707,2
Стоимость единицы объема оказанной скорой помощи, руб.	1749,41	4493,27	1169,81	891,93	931,22

Составлено по данным Территориальных программ ОМС

Определяющим критерием подушевого финансирования на территории субъекта Федерации становится бюджетная обеспеченность региона. Вследствие региональных диспропорций в финансировании Территориальных программ госгарантий возникают территориальные ограничения в получении необходимой медицинской помощи застрахованными.

4. Определены основные принципы и роль страховых медицинских организаций, Федерального фонда ОМС в организации единого страхового процесса, разработана модель страхового финансирования здравоохранения в РФ.

В целях ограничения выявленных в ходе диссертационного исследования существующих проблем в рамках бюджетно-страховой модели и повышения устойчивости финансирования Программы государственных гарантий с имеющимися ресурсами системы ОМС, автор предлагает интегрировать финансовые средства систем ОМС и ДМС в единый денежный поток (рис.3).

Главная цель механизма – повышение доступности и качества медицинской помощи за счет достижения финансовой обеспеченности системы медицинского страхования. Взаимодополняющая финансовая модель обязательного и добровольного медицинского страхования призвана расширить финансовую самостоятельность лечебно-профилактических учреждений и страховых медицинских организаций.



Рис. 3 Организационно-финансовый механизм единого страхового процесса системы здравоохранения

Ключевым субъектом в предлагаемой модели единого страхового механизма здравоохранения населения становятся страховые медицинские организации. Целью СМО должна стать организация качественной медицинской помощи застрахованным по совместным программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Вследствие этого, СМО наделяется возможностью вариации программ медицинского страхования путем расширения минимального гарантированного уровня медицинского обеспечения, но не имеет право отказать страхователям в заключении договора и обязуется обеспечить минимальный стандартный набор медицинских услуг. При этом страхователям гарантируется право на бесплатный стандартный минимальный набор медицинских услуг, на уровне сложившейся в стране базовой программы ОМС, и, кроме того, предоставляется право на его уточнение и расширение за счет дополняющей программы ДМС.

Основным методом регулирования деятельности СМО становится создание условий для ценовой конкуренции среди страховых медицинских организаций. Тем самым, СМО превращаются в носителей финансовых рисков, для управления которыми необходимы страховые резервы. Помимо существующих функций по защите прав застрахованных и выдаче медицинских полисов, у СМО появляются «целевые» функции – организация медицинской помощи и создание условий для более эффективного использования ресурсов системы здравоохранения.

Вторым методом регулирования отношений между участниками становится наделение правом договорного согласования цен между медицинской организацией и СМО. Двусторонний селективный договор должен быть индивидуальным, с каждым ЛПУ. Одновременно с этим должно возникнуть право СМО отказывать в заключении договоров медицинским учреждениям при некачественном оказании услуг, либо завышении тарифов.

Целью государственного регулирования в предлагаемой модели единого страхового механизма является разработка программы минимальных государственных гарантий оказания гражданам медицинской помощи. Программа государственных гарантий должна быть четко определена и сбалансирована с финансовыми возможностями государства. При этом расчет стоимости программы следует осуществлять по рыночной стоимости медицинской услуги и в соответствии с этим определять минимальный набор медицинских услуг. Только при выполнении данного условия возможна дифференциация подушевых нормативов финансирования программы обязательного медицинского страхования с установлением лимитированного размера ставки страховых взносов за работающее население. Бесспорной обязанностью государства является страхование неработающего населения, предоставление налоговых льгот для работающего населения, осуществляющего страховые взносы на ОМС и ДМС, создание и внедрение стандартов расходования средств, поступающих на дополнительные к ОМС программы ДМС.

Главной целью деятельности ФОМС в предлагаемой схеме является аккумуляция страховых взносов, разработка программ медицинского страхования на территориях и финансирование СМО по установленным подушевым нормативам. Помимо традиционных факторов - возраста, пола, места проживания, оказывающих влияние на стоимость программ, следует учитывать статистические данные по предыдущим затратам на лечение и принадлежность застрахованных к той или иной профессиональной группе. В предлагаемой схеме единого страхового процесса нами упраздняется Территориальный фонд ОМС, как звено, удорожающее систему и являющееся дополнительным бюджетным регулятором между ФОМС и СМО.

5. Определена финансовая целесообразность передачи части государственных обязательств, включенных в систему ОМС, на дополнительный уровень ДМС, формируемый для определенных групп населения в зависимости от предельной величины дохода.

В результате проведенной в диссертационном исследовании оценки объемов гарантий в системах ОМС и ДМС, автором определено, что Программа государственных гарантий очень разнообразна по составу медицинских услуг, но, в то же время, финансово необеспеченна. В наибольшей степени дефицит программы отражается на качестве предоставления плановой госпитализации – некомфортные бытовые условия стационаров, низкие темпы внедрения высокотехнологичной помощи, необоснованные очереди на госпитализацию, предоставление платных услуг в ущерб бесплатным, - приводят к снижению основных демографических показателей здоровья населения и росту смертности.

В свою очередь, анализ гарантий по ДМС показал, что программы направлены в своем большинстве на оказание амбулаторной помощи, а плановые госпитализации доступны лишь определенным категориям граждан (управляющему персоналу компаний), но не большинству застрахованных сотрудников. С учетом сложившихся диспропорций в предоставлении гарантий по программам медицинского страхования, автор предлагает передать часть государственных гарантий по ОМС на дополнительный уровень ДМС. Идея состоит в том, что СМО будут предлагать страхователям всевозможные варианты комплексных программ по ОМС и ДМС, сформированных с учетом потребностей застрахованных. Например, для одной части застрахованных будут актуальны программы, где ДМС покрывает риск «амбулаторная помощь», а остальные риски – по ОМС, а для другой части будут востребованы комплексные программы, где риск «стационар» покрывается ДМС, а все остальные риски – полисом ОМС. Таким образом, СМО должны быть наделены полномочиями при заключении договоров страхования, как по ОМС, так и по ДМС, варьировать составом медицинских услуг, предоставляемых в обязательном и добровольном порядке, в результате чего система медицинского страхования становится гибкой, ориентированной на запросы самих застрахованных и их финансовые возможности. При этом в рамках государственного контроля останутся социально-значимые заболевания и заболевания, предоставляющие опасность для окружающих⁷.

Развитие комплексного медицинского страхования и введение дополнительных страховых взносов для работников определило неизбежность введения налоговых льгот. Обзор налогового законодательства показал, что для физических лиц, заключивших договор ДМС в свою пользу, предоставляется социальный налоговый вычет в размере 13% от суммы страхового взноса, не превышающего 120 тысяч рублей. Несмотря на возможность возврата части понесенных затрат, в действительности льгота не работает, поскольку база для начисления непомерна высока для подавляющего большинства населения. В то же время, очевидно, что лица, имеющие возможность заключать договоры ДМС, не используют предусмотренную льготу в силу бюрократической волокиты и огромной траты времени в

⁷ Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"

налоговых органах. С учетом этого, нами предлагается использовать опыт зарубежных стран и ввести, в качестве налогового стимулирования и повышения роли ДМС в системе медицинского страхования, «налоговый кредит» (tax credit). Налоговый кредит представляет собой сумму, на которую уменьшается величина налога, а не величина облагаемого налогом дохода.

Передача части обязательств по ОМС на дополнительный уровень ДМС и стимулирование работников на заключение договоров по ДМС позволит повысить финансовую устойчивость всей системы здравоохранения и профинансировать те отрасли медицины, где наблюдается наибольший спрос среди пациентов.

6. Предложена методика расчета программ по ОМС, основанная на определении базового набора медицинских услуг, включающая стоимостные нормативы Базовой программы и социально-демографические факторы;

Определяя необходимость развития единого страхового механизма системы здравоохранения, ключевыми моментами финансового механизма страхового канала должна стать разработка финансово обеспеченных программ по ОМС. Методика определения стоимости программы государственных гарантий заключается в выявлении объема необходимой медицинской помощи в регионе исходя из потребностей населения по каждой нозологической группе и с учетом вероятности возникновения риска заболеваний. С этой целью автором разработан алгоритм расчета объемов финансирования ОМС по Программе государственных гарантий с учетом статистических данных по страховым случаям в каждой нозологической группе:

$$C_{ПГГ} = C_{АМБ.П} + C_{СТАЦ.П} + C_{СК.П} + C_{ДН.СТ},$$

где:

$C_{ПГГ}$ – стоимость программы государственных гарантий;

$C_{АМБ.П}$ – стоимость амбулаторной помощи;

$C_{СТАЦ.П}$ – стоимость стационарной помощи

$C_{СК.П}$ – стоимость скорой медицинской помощи

$C_{ДН.СТ}$ – стоимость помощи, оказываемой в дневном стационаре;

Расчет стоимости амбулаторной медицинской помощи выглядит следующим образом:

$$C_{АМБ.П} = H_6 * K_i * K_{пр.р} * K_{рег} * N * S + r * C_{г} * Q_i,$$

где:

H_6 – норматив объема медицинской помощи на 1 застрахованного по Базовой программе государственных гарантий в каждой нозологической группе;

K_i – коэффициент для i -той половозрастной группы;

$K_{пр.р}$ – коэффициент профессионального риска для i -той половозрастной группы;

$K_{рег.}$ – региональный коэффициент;

N – количество лиц в i -той половозрастной группе;

S – стоимостной норматив финансовых затрат на 1 застрахованное лицо по каждой нозологической группе;

r – коэффициент вариации за 5 лет (принимается в зависимости от устойчивости изменения Q);

C_i – стоимость лечения, усредненная по каждой нозологической группе;

Q_i – среднее квадратическое отклонение суммарного числа обращений за медицинской помощью по каждой нозологической группе; (определяется методами статистической обработки наблюдений).

Аналогичным образом производится расчет остальных видов медицинской помощи в каждом регионе.

Принципиальное отличие данной методики от существующей состоит в том, что стоимость программы государственных гарантий рассчитывается исходя из фактически оказанных медицинских услуг по каждой нозологической группе в каждом регионе с применением прогнозных факторов риска, позволяющих учитывать годовые колебания обращаемости за медицинской помощью. Однако выполнение данного условия возможно только в случае адресности и целевого использования поступающих ресурсов в системе ОМС.

7. Предложен порядок уплаты взносов в едином страховом механизме, основывающийся на распределении устанавливаемых государством обязанностей страхователей по ОМС между обязательной и добровольной формами страхования исходя из стимулирования участия групп населения со средними и высокими доходами в дополнительных программах медицинского страхования.

В целях создания комплексной системы медицинского страхования разработаны альтернативные подходы к определению обязанностей страхователей по оплате страховых взносов в зависимости от величины предельного дохода застрахованных – юридических и физических лиц (рис. 4).

При величине предельного дохода застрахованного менее порогового значения (с 01.01.2013г. – 568 000 руб.), предусматривается медицинское страхование только в рамках ОМС с введением дополнительных обязательных платежей от страхователей – физических лиц, т.е. обязанность по уплате взноса возникает не только у работодателя, но и у работника. Так, страховой взнос в размере 5,1% перечисляется работодателем в ФОМС, а дополнительный взнос в размере 1% перечисляется работником в ту СМО, которую выберет работник самостоятельно. Максимальная сумма взноса для работника составит 5 680 руб. в год. Таким образом, между СМО должна появиться конкуренция за застрахованных, выражающаяся в организации более качественной медицинской помощи, предоставлении скидок и подарочных сертификатов на медуслуги, не входящие в Базовую программу, клубных карт спортивных клубов и т.д. Государство предоставляет работникам возмещение расходов на обязательное медицинское страхование в форме налоговой льготы в размере уплаченного страхового взноса. Преимуществами данного варианта являются: конкурентный выбор СМО и ЛПУ, наиболее отвечающий критериям застрахованных; легализация теневых платежей населения; заинтересованность застрахованных в собственном здоровье.



Рис. 4. Порядок уплаты страховых взносов по ОМС и ДМС в зависимости от величины предельного дохода застрахованных

При величине предельного дохода застрахованного более порогового значения, предусматривается медицинское страхование в рамках комплексной программы «ОМС + ДМС» по желанию работника. Плательщиками являются как сами работодатели, так и работники. Порядок уплаты состоит в следующем: страховой взнос, например, при ставке 3,1% уплачивается в ФОМС работодателями, а оставшаяся часть страхового взноса уплачивается по комплексной программе в части ДМС по повышенной ставке, т.е. сверх оставшейся части по ОМС, в размере 2% тарифной ставки. Например, 2% уплачивается самим работником и 2% - работодателем. Максимальный страховой взнос для страхователя составит 22 720 руб. (при годовом доходе (1 136 000 руб.). Государство, со своей стороны, устанавливает налоговые льготы в форме вычета из налогооблагаемой базы суммы страхового взноса. Тогда 22 720 руб. будут вычитаться из суммы предъявленного к уплате НДФЛ. Главное условие применения данного порядка уплаты страхового взноса – добровольность. Работодатель предоставляет работнику возможность заключить договор ДМС, но с личным участием работника, таким образом, 2% от дохода вычитаются из налогооблагаемой базы и перечисляются на ДМС. Если же работник не заключает договор ДМС, обязанность по уплате страхового взноса на ОМС в размере 1% останется за работником-страхователем, как предусмотрено в первом варианте (при величине

предельного дохода застрахованного менее порогового значения).

В сферу здравоохранения при данном порядке поступления сохраняются по полной ставке – 5,1%, при этом – 3,1% в форме прямого платежа, а 2% в форме косвенного, через оплату медицинских услуг медицинскому учреждению СМО.

При четком установленном разграничении платных и бесплатных медицинских услуг программы ДМС станут дешевле, система ДМС получит регламентированный порядок взаимодействия с ОМС, а здравоохранение в целом получит дополнительные финансовые средства.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

1. Быстрова К.Е. Состояние и проблемы финансирования обязательного медицинского страхования // Известия Санкт-Петербургского университета экономики и финансов. – 2012. - №5 (77). – с.52-58. – 0,2 п.л.

2. Быстрова К.Е. Отличительные черты страховой защиты и ее финансовых механизмов в системе здравоохранения РФ // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012. №7(15). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/7/bystrova.pdf>. (дата обращения: 01.12.2012). - 0,6 п.л.

3. Быстрова К.Е. Формирование единого страхового финансового механизма в системе медицинского обеспечения населения // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). 2012 №9 (17). URL: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/9/bystrova.pdf>. - (дата обращения: 01.12.2012). - 0,4 п.л.

4. Быстрова К.Е. Перспективы развития страховой модели здравоохранения РФ // Экономика, социология и право: новые вызовы и перспективы: материалы VII международной научно-практической конференции, 30-31 декабря 2011 г. – Москва: Изд-во Литера, 2011. – 0,27 п.л.

5. Быстрова К.Е. К вопросу об организации и финансировании добровольного медицинского страхования в РФ // Финансовый рынок и кредитно-банковская система России: сб. науч. тр. / под ред. А.С. Селищева. – СПб.: Изд-во Инфо-да, 2012. № 15. – 0,21 п.л.

6. Быстрова К.Е. Социально-экономическое значение ДМС в РФ // Проблемы и перспективы социально-экономического реформирования современного государства и общества: материалы VI международной научно-практической конференции, 27-28 марта 2012 г. – Москва: Изд-во Спецкнига, 2012. – 0,17 п.л.

7. Быстрова К.Е. Развитие системы ОМС в РФ // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2012. - № 04(39). – с. 83-85. - 0,22 п.л.

8. Bistрова К.Е. Health insurance in the Russian Federation // European researcher. – 2012. - №3 (18). – с. 266-271. – 0,33 п.л.

Подписано в печать	13.03.13	Формат 60x84 ¹ / ₁₆	Цифровая	Печ. л. 1.2
Тираж	100	Заказ 08/03	печать	

Отпечатано в типографии «Фалкон Принт»
(197101, г. Санкт-Петербург, ул. Большая Пушкарская, д. 54, офис 2)

102