

0- 810854

На правах рукописи



ФОМЕНКО ВАЛЕРИЯ ВИКТОРОВНА

**ФИНАНСОВЫЕ ИННОВАЦИИ
В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Специальность 08.00.10 - Финансы, денежное обращение
и кредит

АВТОРЕФЕРАТ
диссертации на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Екатеринбург 2015

Работа выполнена на кафедре страхования ФГАОУ ВПО "Уральский федеральный университет имени первого Президента России Б.Н. Ельцина", г. Екатеринбург

Научный руководитель - Юзвович Лариса Ивановна,
доктор экономических наук, доцент

Официальные оппоненты: Дрошнев Вячеслав Васильевич,
доктор экономических наук, доцент,
ФГБУН Институт экономики
Уральского отделения Российской
академии наук, Оренбургский филиал,
ведущий научный сотрудник

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА
КФУ



0000952858

Сафуанов Рафаэль Махмутович,
доктор экономических наук, профессор,
ФГБОУ ВПО «Финансовый университет
при Правительстве Российской Федерации»,
Уфимский филиал, директор филиала

Ведущая организация - ФГБОУ ВПО «Байкальский
государственный университет экономики
и права», г. Иркутск, кафедра страхования и
управления рисками

Защита состоится 29 мая 2015 г. в 11 ч на заседании
диссертационного совета Д 212.214.01 при ФГБОУ ВПО "Самарский
государственный экономический университет" по адресу:
ул. Советской Армии, д. 141, ауд. 325, г. Самара, 443090

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте
<http://www.sseu.ru> ФГБОУ ВПО "Самарский государственный
экономический университет"

Автореферат разослан 20 апреля 2015 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Вишневер Вадим Яковлевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертационного исследования. Здоровье населения является важнейшей характеристикой уровня социально-экономического развития страны и относится к неотъемлемым элементам трудового потенциала общества. Показатели здоровья населения находятся в прямой зависимости от состояния национального здравоохранения, на процесс функционирования которого в значительной степени влияет существующая система финансового обеспечения.

В настоящее время источниками финансового обеспечения здравоохранения служат бюджетные средства, средства системы медицинского страхования и личные средства граждан и предприятий в различном соотношении. Обязательное медицинское страхование в условиях перехода на одноканальное финансирование системы здравоохранения становится основным механизмом обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи. Демографические показатели и тенденции их развития, а также современная экономическая ситуация не позволяют органам государственной власти выполнять в полном объеме взятые на себя обязательства по обеспечению населения медицинской помощью. Дефицит финансовых ресурсов обуславливает декларационный характер тех государственных гарантий, которые остаются не обеспеченными финансовыми ресурсами.

Формирование рыночных отношений в здравоохранении проявилось во внедрении элементов предпринимательской деятельности, в возникновении и значительном росте объемов платных медицинских услуг, в развитии системы добровольного медицинского страхования. Рыночные условия требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании национального здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования и привлечения дополнительных источников финансовых средств. Система добровольного медицинского страхования является резервом развития, который в настоящее время используется недостаточно полно.

Потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от их источника. Переход на одноканальное финансирование представляет собой основу для реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования, обеспечивающих сбалансированность государственных обязательств по оказанию медицинской помощи населению через перераспределение финансовых обязательств между государственными и частными источниками.

Несмотря на широкий спектр направлений исследований в области финансирования национальной системы здравоохранения, тема финансовых ин-

новаций в медицинском страховании остается малоразработанной. Необходимость исследования этого вопроса с учетом демографической ситуации и трендов социально-экономического развития страны, потребность разработки практических рекомендаций по реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования определяют актуальность темы диссертации.

Степень разработанности темы. Теоретические подходы к трактовке понятия медицинского страхования, к определению его функций и принципов представлены в трудах ученых-экономистов Б.Х. Алиева, А.П. Архипова, Ю.Т. Ахвледиани, А.Б. Блохина, Л.И. Васильцовой, О.В. Врублевской, В.Б. Гомелли, В.В. Дрошнева, Е.Ф. Дюжикова, Е.Г. Князевой, С.Л. Леонтьева, Ю.М. Махдиевой, Л.А. Орланюк-Малицкой, М.В. Романовского, Н.П. Сахировой, Л.Г. Скамай, О.В. Соколовой, Ю.А. Сплетухова, Д.С. Туленты, Т.А. Федоровой, И.П. Хоминич, А.И. Худякова, Г.В. Черновой, В.В. Шахова, А.К. Шихова, С.Ю. Яновой.

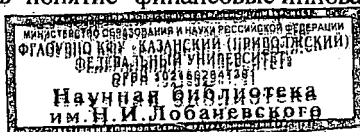
Базовым положениям, основным концепциям и терминологической базе теории инноваций посвящены работы зарубежных авторов, таких как П. Витфилд, Р. Джонсон, П. Друкер, Дж. Кларк, А. Кляйнкнехт, П. Лемерль, Г.О. Менш, К. Найт, Л. Пьерре, Б. Санто, Л. Суйт, К. Фримен, А. Харман, Й.А. Шумпетер.

Среди российских ученых вопросы теории инноваций нашли отражение в трудах Н.В. Звонаревой, Н.Д. Кондратьева, Б.Н. Кузика, И.Л. Леонтьева, В.И. Маевского, Б.З. Мильнера, Т.А. Нелюбиной, А.И. Татаркина, О.С. Сухарева, А.Ф. Суховой, О.А. Романовой, Ю.В. Яковца. Определение финансовых инноваций было дано Б.З. Мильнером, В.Л. Поповым, А.Г. Грязновой, А.Н. Азрилияном. Вместе с тем требуется дополнительная проработка понятийного аппарата финансовых инноваций в медицинском страховании, обоснование значимости расширения понимания финансовых инноваций как изменений, внедряемых не только в финансовой сфере, но и в других отраслях. Актуальность и дискуссионность категориального аппарата, высокая приоритетность здоровья населения, расширение значимости медицинского страхования в финансировании системы здравоохранения в современных экономических условиях предопределили цель и задачи, выбор объекта и предмета исследования.

Цель исследования - развитие научных положений и разработка практических рекомендаций по финансовым инновациям в сфере медицинского страхования Российской Федерации.

Задачи исследования. Для достижения указанной цели были поставлены следующие задачи:

- обобщить научные взгляды на понятия "медицинское страхование", "инновации" и расширить понятие "финансовые инновации" на сферу медицинского страхования;



- разработать комплексную параметральную классификацию финансовых инноваций;
- представить схему интеграции государственных и частных источников финансирования системы здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования;
- выявить факторы, оказывающие влияние на сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи по объему и финансированию;
- рассчитать коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации на основе сценарного анализа.

Область исследования. Исследование проведено по специальности 08.00.10 "Финансы, денежное обращение и кредит" Паспорта специальности ВАК (экономические науки) в рамках п. 2.13 "Финансирование государственных услуг"; п. 7.3 "Финансовое и налоговое регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования"; п. 7.4 "Формирование теоретических и методологических основ новых видов страховых продуктов и систем социальной поддержки и защиты населения страны".

Объектом исследования выступают финансовые инновации в сфере медицинского страхования.

Предметом исследования является совокупность экономических отношений, возникающих в процессе реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации.

Теоретико-методологической основой диссертационной работы являются труды отечественных и зарубежных ученых-экономистов по теории экономики и финансов, организации медицинского страхования, базовые положения теории инноваций, материалы научно-практических конференций, законодательные и нормативные акты Российской Федерации.

В ходе проведения диссертационного исследования применялись аналитический, логико-структурный подходы, использовались статистические и графические методы обработки и представления информации, а также сравнительно-экономический и сценарный анализ.

Информационную базу исследования составили отчетные документы Министерства финансов Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, Федерального казначейства, данные Федерального службы государственной статистики, Всемирной организации здравоохранения, монографические материалы, публикации в специализированных экономических изданиях и др.

Научная новизна исследования заключается в развитии основных положений и разработке практических рекомендаций по реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Основными результатами, характеризующими научную новизну работы, являются следующие:

- расширено определение финансовых инноваций на сферу медицинского страхования. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования - это результат оптимизации расходов на оказание медицинской помощи населению посредством перераспределения финансовых обязательств между государственными и частными источниками в сфере медицинского страхования (с. 45-46, 50);

- дана комплексная параметральная классификация финансовых инноваций по степени актуальности, источнику появления, причине возникновения, направлению внедрения, содержанию, сфере применения, отношению к процессу функционирования (с. 47-49);

- представлена схема интеграции государственных и частных источников финансирования системы здравоохранения и на основе теории выбора и закона убывающей предельной полезности медицинских услуг определена экономическая возможность реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации (с. 62-64, 114-116);

- выявлены факторы, оказывающие влияние на сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно, по объему и финансированию (с. 70-72, 79-84, 102-104);

- разработан и на основе результатов сценарного анализа рассчитан коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации, позволяющий определить объем изменения подушевого норматива финансового обеспечения медицинской помощи (с. 126-131).

Научная и практическая значимость исследования заключается в расширении определения финансовых инноваций, составлении комплексной параметральной классификации финансовых инноваций, разработке схемы интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения, расчете коэффициента перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования в направлении пересмотра норматива государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и расширения софинансирования здравоохранения. Результаты исследования могут применяться органами государственного управления при формировании гарантий медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Основные положения и выводы диссертационной работы могут быть использованы при принятии экономических и организационных решений в сфере медицинского страхования, а также при разработке учебно-методического обеспечения профессионального образования в высших учебных заведениях.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты исследования обсуждались и получили одобрение на международных и всероссийских научно-практических конференциях (гг. Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Пенза, Ярославль, Днепрпетровск (Украина), 2007-2014 гг.). Научные разработки обсуждались в рамках открытых лекций Летней школы Европейских дней науки "Экономика здравоохранения" (г. Штайр, Австрия, 2008 г.). Основные положения диссертационной работы были представлены и получили одобрение в рамках конкурса молодых ученых на лучшую работу в области бюджетного и налогового законодательства, проводимого Комитетом Совета Федерации по бюджету и финансовым рынкам. Материалы диссертационного исследования используются кафедрой страхования в учебном процессе Уральского федерального университета имени первого Президента России Б.Н. Ельцина при подготовке бакалавров и магистров, применяются в деятельности Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области и страховой медицинской компании «АСТРАМЕД-МС».

Публикации. По теме исследования опубликовано 11 научных работ общим объемом авторского вклада 2,54 печ. л., в том числе 3 статьи в изданиях, рекомендуемых ВАК, - 1,21 печ. л.

Структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка, приложений, содержит 17 таблиц и 19 рисунков. Библиографический список включает 145 источников.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

В соответствии с целью и задачами диссертационного исследования были решены три группы проблем.

Первая группа проблем связана с исследованием теоретического содержания понятия медицинского страхования, его функций, принципов, форм организации, а также базовых положений теории инноваций, классификации и специфики финансовых инноваций.

По итогам исследования дискуссионных определений автором выявлены основные составляющие экономического содержания медицинского страхования: социальный характер, компенсационный механизм, договорные отношения, программная основа, натуральная форма, формирование и использование фондов, целевая направленность средств, гарантированность, вид, обязательная и добровольная формы. На основе представленных элементов уточнено определение медицинского страхования как вида лич-

ного страхования, предусматривающего, согласно закону или договору, обязанности страховщика по оплате включенной в программу страхования медицинской, лекарственной и профилактической помощи, оказанной застрахованному лицу, за счет целевых фондов, сформированных из средств предприятий, органов власти и граждан.

Анализ различных подходов к определению функций и принципов страхования позволил выделить в качестве базовых: рисковую, компенсационную, социальную функции и функцию перераспределения национального дохода, - а также установить основные принципы медицинского страхования: эквивалентности, солидарности и возмещения.

Рассмотренные функции и принципы медицинского страхования позволили представить формы его осуществления с выявлением их особенностей и предпосылок реализации финансовых инноваций. Теория и практика выделяют две формы организации медицинского страхования - обязательную и добровольную. В Российской Федерации в условиях бесплатного здравоохранения медицинское страхование получило широкое развитие в своей обязательной форме, как часть социальной защиты населения, обеспечивающей всем гражданам равные возможности получения медицинской помощи. Медицинская помощь предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, которые регламентированы государством.

Добровольное медицинское страхование представляет собой рыночный вариант обеспечения страховой защиты, но, так же как и обязательное, направлено на оказание гражданам медицинской помощи при наступлении страхового случая за счет средств страхового фонда. В отличие от обязательного медицинского страхования, источником взносов в системе добровольного медицинского страхования выступают личные средства граждан и предприятий. Добровольное медицинское страхование дает возможность получить дополнительные медицинские и иные услуги сверх гарантий по программам обязательного медицинского страхования (например, дорогостоящие виды лечения и диагностики, сервисную составляющую).

Сфера медицинского страхования сочетает в себе качества финансовой и социальной отраслей, так как посредством использования финансового механизма обеспечивает социальные потребности населения в качественных и доступных медицинских услугах. В рамках проводимого исследования представлены основные подходы к определению финансовых инноваций - факторный, предметный, процессный, комплексный. При факторном подходе финансовые инновации выступают в качестве обеспечивающего элемента, который является основой для других инноваций. Предметный подход основан на взаимосвязи с новым финансо-

вым продуктом или операцией и не учитывает изменения процессов функционирования организации или отрасли, движения денежных потоков и т.п. При процессном подходе финансовые инновации рассматриваются как процесс, а не как конечный продукт. Комплексный подход сочетает в себе особенности всех вышеперечисленных.

Рассмотренные определения предполагают возникновение и внедрение инноваций главным образом в финансовой сфере, не раскрывая финансовые инновации с точки зрения социально-культурной среды. Автором такой подход представляется ограниченным, так как финансовые инновации могут внедряться не только в финансовой сфере, но и в других отраслях, в том числе в здравоохранении.

На основе обобщения различных точек зрения на трактовку понятий "медицинское страхование" и "финансовые инновации" автором расширено определение финансовых инноваций на сферу медицинского страхования. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования представляют собой результат оптимизации расходов на оказание медицинской помощи населению посредством перераспределения финансовых обязательств между государственными и частными источниками в сфере медицинского страхования.

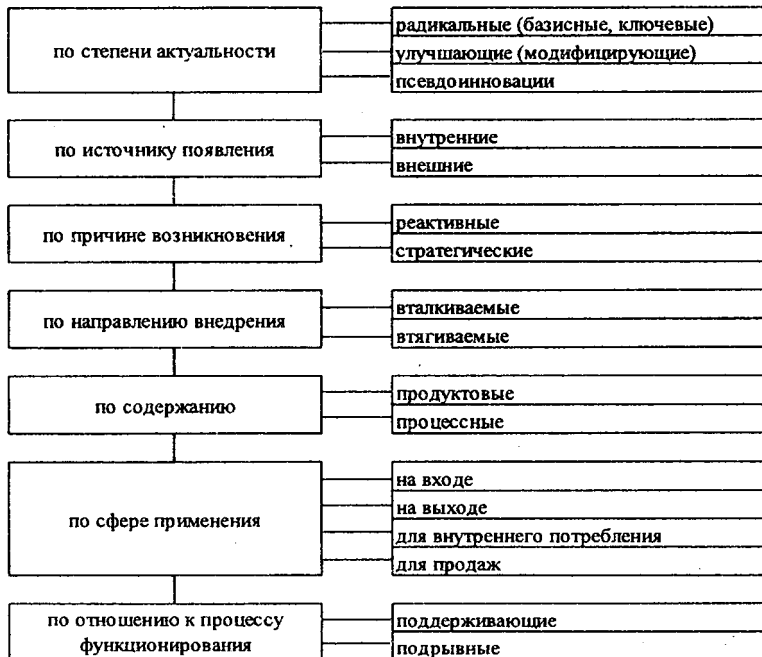


Рисунок 1 - Комплексная параметральная классификация финансовых инноваций

На рисунке 1 показана комплексная параметральная классификация финансовых инноваций. Финансовые инновации в медицинском страховании, согласно составленной классификации, можно определить как базисные, внутренние, стратегические, втягиваемые, процессные, "на входе", для внутреннего потребления, подрывные:

Для эффективного выполнения системой обязательного медицинского страхования своих функций и ее использования в качестве основного источника финансирования национального здравоохранения в современных экономических условиях необходимо проведение ряда изменений инновационного характера. Особенности различных систем финансирования здравоохранения (бюджетная, страховая, рыночная) позволяют сделать вывод о возможности реализации интегрированной схемы, включающей в себя различные элементы этих систем. На рисунке 2 представлена схема интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации.

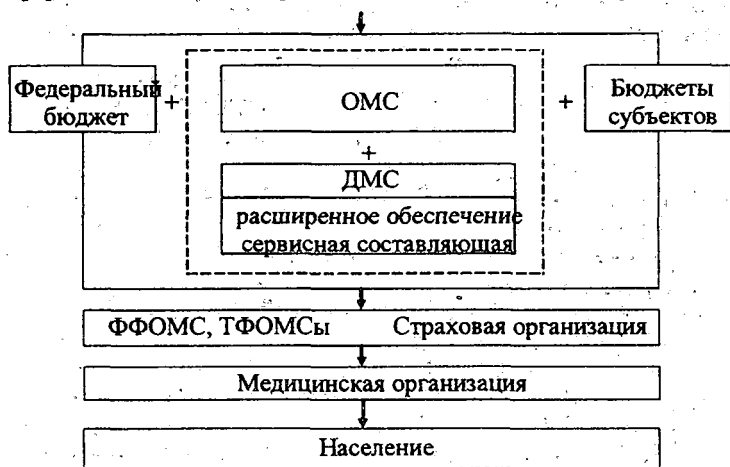


Рисунок 2 - Схема интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования

При построении национальной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики стоит учесть принцип личной ответственности населения, выраженный в совместной компенсации рисков, когда граждане уплачивают часть страховых взносов из личных средств. Идеи софинансирования населением своих будущих расходов (в том числе и

расходов на медицинскую помощь) придерживался Дж.М. Кейнс, считая, что резервирование средств с целью постепенного увеличения своих будущих расходов является важнейшим мотивом поведения человека.

Таким образом, применительно к системе здравоохранения можно сказать, что баланс обязательств по финансированию медицинской помощи должен основываться на принципах солидарности, индивидуальной ответственности и эффективности. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования должны быть направлены на обеспечение сбалансированности государственных обязательств по оказанию медицинской помощи населению с привлечением добровольного медицинского страхования как механизма софинансирования здравоохранения.

Вторая группа проблем связана с анализом показателей, характеризующих функционирование медицинского страхования в системе финансового обеспечения государственных гарантий медицинской помощи и выявлением факторов, оказывающих влияние на сбалансированность этих гарантий по объему и финансированию, а также условий реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации.

В настоящее время доля консолидированных государственных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте Российской Федерации находится на уровне 3,5 %, среднее значение по европейским странам составляет 8 % (таблица 1). Анализ показателей естественного прироста, заболеваемости, продолжительности жизни российского населения демонстрирует, что они значительно уступают показателям европейских стран, это подчеркивает корреляцию расходов на здравоохранение и состояния здоровья граждан.

Таблица 1 - Динамика государственных расходов на здравоохранение Российской Федерации в 2009-2013 гг.

Год	Государственные расходы на здравоохранение, млрд руб.	Темп прироста, %	Валовой внутренний продукт (в текущих ценах), млрд руб.	Темп прироста, %	Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП, %
2009	1537,53	-	38 807,22	-	4,0
2010	1592,92	3,6	46 308,54	19,3	3,4
2011	1933,13	21,4	55 799,57	20,5	3,5
2012	2283,35	18,1	62 599,06	12,2	3,6
2013	2317,99	1,5	66 755,30	6,6	3,5

Статистические данные свидетельствуют о том, что государственные расходы ежегодно увеличиваются, но замедление темпов экономического роста отражается на уровне финансовой обеспеченности здравоохранения, а следовательно и на показателях здоровья населения.

Финансирование национального здравоохранения осуществляется по различным каналам, система обязательного медицинского страхования является основным из них (в 2013 г. доля средств составила 55 %). Исследование показало, что система обязательного медицинского страхования в целом демонстрирует финансовую устойчивость, доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования ежегодно увеличиваются, бюджет сохраняется профицитным, растет объем средств, направляемых на реализацию территориальных программ государственных гарантий (таблица 2).

Финансовая стабильность системы обязательного медицинского страхования также зависит от состояния экономики страны, темпов экономического роста. Страхователями в системе обязательного медицинского страхования выступают работодатели (для работающих граждан) и органы власти субъекта Российской Федерации (для неработающих), от положения которых зависит возможность произвести уплату страховых взносов и обеспечить стабильность системы.

Таблица 2 - Динамика объемов доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2011-2016 гг., млрд руб.

Год	Показатели	Доходы, всево	Расходы		Дефицит/ Профицит
			всево	в том числе на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования	
2011	Закон	336,00	336,00	89,90	
	Исполнено	348,40	310,40	96,00	38,00
	Отклонение	12,40	-25,60	6,10	
2012	Закон	916,80	916,80	611,50	
	Исполнено	966,50	932,20	640,60	34,30
	Отклонение	49,70	15,40	34,30	
2013	Закон	1059,30	1059,30	985,40	
	Исполнено	1101,40	1048,70	1025,40	52,60
	Отклонение	42,10	-10,60	40,00	
2014	Закон	1240,10	1240,10	1174,30	
2015	План	1452,00	1452,00	1430,50	
2016	План	1521,30	1521,30	1494,90	

На основе анализа показателей, характеризующих финансирование территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, был выявлен дефицит их финансового обеспечения, свидетельствующий о том, что заявленные гарантии не реализуются, имеющихся ресурсов недостаточно для обеспечения законодательно установленных нормативов (таблица 3).

Таблица 3 - Динамика финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2009-2013 гг.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Фактические расходы за счет всех источников финансового обеспечения, млрд руб.	1378,60	1449,90	1596,90	1718,40	1976,40
В том числе:					
Федеральный бюджет, млрд руб.	391,60	393,10	403,70	411,40	330,30
Доля, %	28,4	27,1	25,3	23,9	16,7
Бюджеты субъектов, млрд руб.	481,60	516,40	568,30	580,60	478,20
Доля, %	34,9	35,6	35,6	33,8	24,2
Система обязательного медицинского страхования, млрд руб.	505,40	540,40	624,90	726,40	1167,90
Доля, %	36,7	37,3	39,1	42,3	59,1
Дефицит финансового обеспечения территориальных программ, млрд руб.	384,60	337,30	238,00	164,50	81,70
Количество субъектов РФ, в которых территориальные программы государственных гарантий бездефицитны	8	9	11	17	25

Помимо дефицита финансового обеспечения реализации территориальных программ государственных гарантий, наблюдается значительная дифференциация подушевых нормативов финансирования бесплатной медицинской помощи по субъектам Российской Федерации. Различие в территориальных подушевых нормативах обусловлено экономическим положением субъектов, так как расширение базового норматива осуществляется за счет средств бюджетов последних. При экстраполяции на федеральный уровень этот факт доказывает прямую зависимость реальной возможности государства обеспечивать все возрастающие потребности населения в качественной, высокотехнологичной медицинской помощи от состояния национальной экономики.

Государственная система здравоохранения основана на таких принципах, как бесплатность, доступность и всеобщий охват, что входит в противоречие с потребностями населения, имеющего возможность опла-

чивать медицинские услуги, оказываемые частными клиниками с высоким уровнем сервиса, без очередей и длительных сроков ожидания, и служит стимулом к интенсивному развитию платных услуг в здравоохранении (таблица 4). Объем платных медицинских услуг, оказываемых населению Российской Федерации, возрастает с каждым годом, увеличивается их доля в структуре всех платных услуг.

Таблица 4 - Динамика объема платных медицинских услуг, оказанных населению Российской Федерации в 2009-2013 гг.

Год	Платные услуги населению, млрд руб.	Темп прироста, %	Платные медицинские услуги, млрд руб.	Темп прироста, %	Доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг, %
2009	4504,46	-	221,00	-	4,9
2010	4943,48	9,7	252,00	14,0	5,1
2011	5540,65	12,1	288,00	14,3	5,2
2012	6036,84	9,0	332,00	15,3	5,5
2013	6512,30	7,9	358,00	7,8	5,5

Таблица 5 - Оценка позиции добровольного медицинского страхования на национальном страховом рынке Российской Федерации в 2009-2013 гг.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Страховые премии, всего (без обязательного медицинского страхования), млрд руб.	513,62	555,80	665,02	812,47	904,86
Темп прироста, %	-	8,2	19,7	22,2	11,4
Страховые премии по добровольному медицинскому страхованию, млрд руб.	74,80	85,67	97,35	108,95	114,97
Темп прироста, %	-	14,5	13,6	11,9	5,5
Доля, %	14,6	15,4	14,6	13,4	12,7
Страховые выплаты, всего (без обязательного медицинского страхования), млрд руб.	285,32	293,42	303,77	370,78	420,77
Темп прироста, %	-	2,8	3,5	22,1	13,5
Страховые выплаты по добровольному медицинскому страхованию, млрд руб.	64,49	65,27	73,58	82,00	89,94
Темп прироста, %	-	1,2	12,7	11,4	9,7
Доля, %	22,6	22,2	24,2	22,1	21,4
Уровень выплат по добровольному медицинскому страхованию, %	86,2	76,2	75,6	75,3	78,2

Непосредственная оплата по факту оказания услуги является достаточно распространенным способом, однако существует более выгодный для пациента вариант - это приобретение полиса добровольного медицинского страхования. Оценка позиции добровольного медицинского страхования на национальном рынке страхования Российской Федерации представлена в таблице 5.

Анализ показателей, характеризующих позицию добровольного медицинского страхования на национальном страховом рынке Российской Федерации, позволяет сделать вывод о том, что по темпам прироста премий и выплат сектор добровольного медицинского страхования отстает от страхового рынка в целом. Данная ситуация указывает на существование проблем, сдерживающих активное расширение добровольного медицинского страхования, тем не менее объем страховых премий увеличивается с каждым годом, что говорит о наличии потенциала развития.

На основе проведенного анализа были сформулированы факторы, оказывающие влияние на сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи:

1. динамика социально-демографических показателей (естественный прирост, заболеваемость, продолжительности жизни и т.д.);
2. темпы экономического роста страны;
3. объем государственных и частных расходов на медицинскую помощь;
4. особенности применяемой модели финансирования здравоохранения;
5. наличие и уровень развития рыночных элементов в здравоохранении.

Оценка современного уровня развития государственного и частного секторов здравоохранения Российской Федерации позволила сделать вывод о наличии объективных условий для реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования. Развитие системы добровольного медицинского страхования будет являться резервом для перераспределения финансовых обязательств между государственными и частными источниками финансирования здравоохранения.

Третья группа проблем связана с обоснованием необходимости и определением направлений реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации. Внутри государственного сектора, к которому относится национальное здравоохранение, постоянно осуществляется выбор при распределении ресурсов. Ресурсы

государства, формируемые из различных поступлений, являются ограниченной величиной, поэтому возникает на вопрос о том, в каких случаях государству необходимо взять на себя ответственность за обеспечение общества медицинскими услугами, а в каких общество можно получать эти блага за счет частных источников финансирования (добровольное медицинское страхование и оказание платных услуг). Реализация финансовых инноваций в сфере медицинского страхования представляет собой основу для интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения и позволит учитывать частные источники при оценке финансовых возможностей и формировании государственных гарантий (рисунок 3).

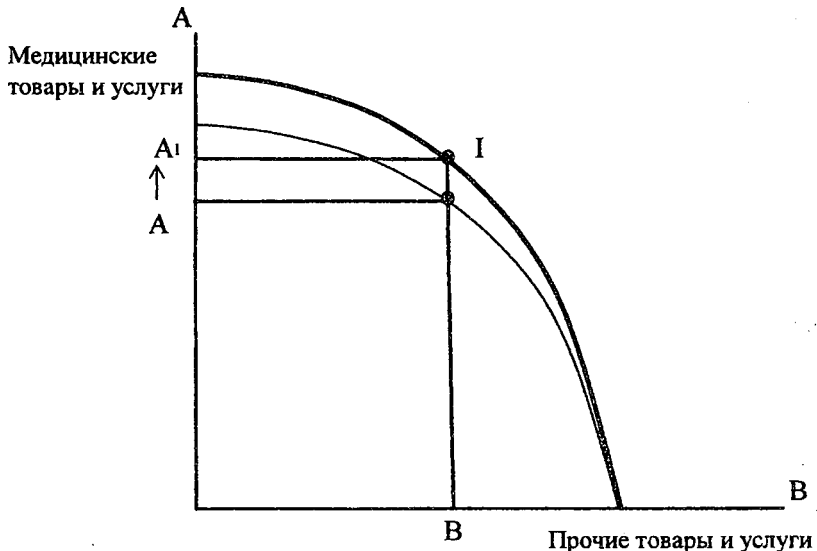


Рисунок 3 - Кривая совокупных возможностей государственных и частных источников финансирования здравоохранения

Без учета частных источников финансирования здравоохранения объем предоставляемых медицинских услуг находится в точке А, прочих товаров и услуг - в точке В. При учете совокупных возможностей (точка I на кривой совокупных возможностей в здравоохранении) объем оказываемых медицинских услуг перемещается из точки А в точку А₁. Привлечение частных ресурсов увеличивает совокупный объем медицинских услуг, который может быть предоставлен населению и позволяет

проводить перераспределение обязательств в пределах этого объема, что подтверждает выводы автора о необходимости реализации финансовых инноваций в медицинском страховании.

Провалы рынка (несовершенство конкуренции, асимметричность информации, экстерналии) обуславливают необходимость существования государственного сектора здравоохранения. Анализ действия закона убывающей предельной полезности позволяет сделать вывод о том, что объемы медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, должны быть ограничены, при этом обращает на себя внимание вопрос справедливости. В содержании справедливости можно выделить два основополагающих принципа: принцип эквивалентности (солидарности) и принцип возможности платить. На основе этих принципов формируется два вида справедливости: горизонтальная и вертикальная. Горизонтальная справедливость предполагает, что все равнонуждающиеся в медицинской помощи получают ее в равном объеме, независимо от своих финансовых возможностей. Вертикальная справедливость предполагает, что объем получаемых услуг должен находиться в зависимости не только от медицинских показаний, но и от финансовых возможностей потребителей.

Выбор между справедливостью и эффективностью является предметом широких дискуссий. Если рассматривать обеспечение принципа эффективности в государственном секторе здравоохранения, то никакое увеличение объемов бесплатной медицинской помощи не может считаться приемлемым, если оно приводит к экономическим потерям. Эти потери могут быть выражены в потребности перераспределения средств из других направлений использования в сектор оказания бесплатной медицинской помощи, особенно в условиях ограниченности ресурсов. Таким образом, возникает необходимость определения объема медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, что будет отвечать как принципу справедливости, так и обеспечивать экономическую эффективность национального здравоохранения.

В рамках проведенного исследования автором разработан и рассчитан коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации между государственным и частным источниками в направлении пересмотра подушевого норматива финансирования медицинской помощи и расширения финансирования здравоохранения (рисунок 4).

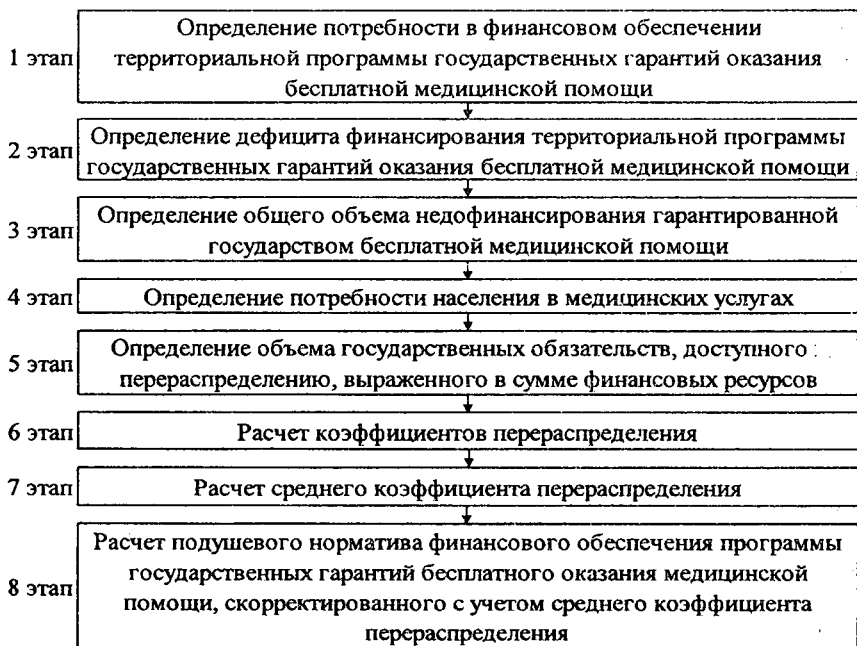


Рисунок 4 – Этапы расчета подушевого норматива, скорректированного с учетом коэффициента перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации

Перераспределение проводится в рамках средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий, и средств, поступающих в здравоохранение через систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. Для расчета коэффициента перераспределения был установлен ряд показателей (таблица 6).

Таблица 6 - Характеристика показателей, используемых при расчете коэффициента перераспределения финансовых обязательств

№ п/п	Обозначение	Показатели	Способ расчета
1	А	Средства федерального бюджета РФ, направляемые на финансирование медицинской помощи	
2	В	Средства консолидированного бюджета субъекта РФ, направляемые на финансирование медицинской помощи	
3	С	Средства системы обязательного медицинского страхования, направляемые на финансирование медицинской помощи	

№ п/п	Обозначение	Показатели	Способ расчета
4	T	Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи, млрд руб.	$T = A + B + C$
5	F	Фактические расходы на финансирование территориальной программы, млрд руб.	
6	N_1	Федеральный подушевой норматив финансирования медицинской помощи	
7	N_2	Территориальный подушевой норматив финансирования медицинской помощи	
8	D	Дефицит финансирования территориальной программы, млрд руб.	$D = T - F$ Условие сбалансированности: $\begin{cases} T \cong F \\ N_1 \leq N_2 \end{cases}$
9	G	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, млрд руб.	$G = \sum D$
10	I	Выплаты по договорам добровольного медицинского страхования, млрд руб.	
11	I_t	Прирост выплат в системе добровольного медицинского страхования (в абсолютном выражении), млрд руб.	$I_t = I_x - I_{x-1}$
12	P	Средства, получаемые медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг, млрд руб.	
13	P_t	Прирост объема средств, получаемого медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (в абсолютном выражении), млрд руб.	$P_t = P_x - P_{x-1}$ Условие развития: $\begin{cases} I_t \rightarrow \infty \\ P_t \rightarrow \infty \\ I_t \geq P_t \end{cases}$
14	M	Потребность населения в медицинских услугах, млрд руб.	$M = A + F + I + P$
15	H	Объем государственных обязательств, доступный перераспределению, млрд руб.	$\begin{cases} H = G + I_t + P_t \\ G \leq I + P \\ I_t + P_t \geq 0 \end{cases}$ при $G > I + P$, $H = (G + I_t + P_t) - (G - I - P)$
16	K	Коэффициент перераспределения	$K = \frac{H}{M}$

С использованием показателей, представленных в таблице 6, был проведен расчет коэффициента перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации (таблица 7).

Таблица 7 - Расчет коэффициента перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования между государственными и частными источниками в 2009-2013 гг.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
T	1763,20	1787,20	1834,90	1882,90	2014,50
F	1378,60	1449,90	1596,90	1718,40	1976,40
G	384,60	337,30	238,00	164,50	81,70
M	1664,10	1767,20	1958,50	2132,40	2424,34
I	64,49	65,27	73,58	82,00	89,94
I _t	-	0,78	8,31	8,42	7,94
P	221,00	252,00	288,00	332,00	358,00
P _t	-	31,00	36,00	44,00	26,00
H	285,49	349,05	282,31	216,92	115,64
K	0,172	0,198	0,144	0,102	0,048

Для определения изменения показателей в 2014 г. был сформирован 81 сценарий, на основе которых рассчитаны минимальное (0,115), максимальное (0,119) и среднее (0,117) значения коэффициента перераспределения финансовых обязательств. Подушевой норматив финансового обеспечения Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2015 г. установлен в размере 12 096,70 руб., на 2016 г. - в размере 12 642,10 руб. С применением полученных коэффициентов норматив составит:

на 2015 г.

$$12\,096,70 - (12\,096,70 \times 0,115) = 10\,705,58 \text{ руб.}$$

$$12\,096,70 - (12\,096,70 \times 0,117) = 10\,680,64 \text{ руб.}$$

$$12\,096,70 - (12\,096,70 \times 0,119) = 10\,657,19 \text{ руб.}$$

на 2016 г.

$$12\,642,10 - (12\,642,10 \times 0,115) = 11\,188,26 \text{ руб.}$$

$$12\,642,10 - (12\,642,10 \times 0,117) = 11\,162,19 \text{ руб.}$$

$$12\,642,10 - (12\,642,10 \times 0,119) = 11\,137,69 \text{ руб.}$$

Выполнение условия развития, предполагающего рост софинансирования здравоохранения из частных источников (система добровольного медицинского страхования и платные медицинские услуги), позволит пересматривать коэффициент перераспределения. Нижней границей коридора для коэффициента будет минимальное из рассчитанных значений, а верхней - максимальное с последующим изменением в сторону увеличения, что обеспечит с учетом экономических возможностей сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, поставленную цель исследования можно считать достигнутой, задачи - выполненными. Полученные результаты исследования могут применяться как для углубления знания по вопросам финансирования здравоохранения в части медицинского страхования в его обязательной и добровольной формах, так и на прикладном уровне в деятельности органов государственного управления при формировании государственных гарантий медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Реализация предложенных рекомендаций позволит перераспределить финансовые обязательства в сфере медицинского страхования и достичь сбалансированности государственных гарантий по обеспечению населения медицинской помощью.

ОСНОВНЫЕ ПУБЛИКАЦИИ АВТОРА ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В изданиях, определенных перечнем ВАК

1. *Фоменко, В.В.* Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения [Текст] / В.В. Фоменко // *Фундаментальные исследования*. - 2013. - № 10. Часть 4. - С. 841-845. - 0,46 печ. л.
2. *Фоменко, В.В.* Перераспределение финансовых обязательств в здравоохранении как способ обеспечения сбалансированности государственных гарантий [Электронный ресурс] / В.В. Фоменко // *Современные проблемы науки и образования*. - 2013. - № 6. - Режим доступа: www.science-education.ru/113-11112. - 0,34 печ. л.
3. *Фоменко, В.В.* Проблемы финансового обеспечения реализации прав граждан на медицинскую помощь, оказываемую бесплатно в Российской Федерации [Электронный ресурс] / В.В. Фоменко // *Современные проблемы науки и образования*. - 2014. - № 3. - Режим доступа: www.science-education.ru/117-13704. - 0,41 печ. л.

В других изданиях

4. *Фоменко, В.В.* Финансовое администрирование компонентов функционирования медицинских организаций [Текст] / В.В. Фоменко // *Модернизация финансово-кредитной системы России : монография / кол. авторов*. - Екатеринбург : Изд-во АМБ, 2011. - С. 111-118. - 0,41 печ. л.
5. *Фоменко, В.В.* Пути решения основных экономических проблем национальной системы здравоохранения России [Текст] / В.В. Фоменко, П.П. Князев // *Материалы IV Междунар. науч. конф. молодых ученых, аспирантов и студентов*. Т. II. - Ярославль : ЯВФЭИ, 2007. - С. 294. - 0,03/0,02 печ. л.

6. *Фоменко, В.В.* Добровольное медицинское страхование как источник внебюджетных средств для лечебно-профилактических учреждений [Текст] / В.В. Фоменко, П.П. Князев // Реформирование экономики, социальной сферы и образования России: направления, проблемы, перспективы : сб. ст. II Всерос. науч.-техн. конф. - Пенза : Приволжский дом знаний, 2007. - С. 166-168. - 0,13/0,08 печ. л.

7. *Фоменко, В.В.* Реинжиниринг внутренних бизнес-процессов в лечебно-профилактических учреждениях [Электронный ресурс] / В.В. Фоменко // Материалы докладов XV Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов». - М. : Изд-во МГУ, 2008. - С. 77-79. - 0,16 печ. л.

8. *Фоменко, В.В.* Менеджмент и маркетинг в системе здравоохранения Российской Федерации [Текст] / В.В. Фоменко, П.П. Князев // Новые тенденции в экономике и управлении организацией: сб. науч. тр. VII Междунар. науч.-практ. конф. Т. 2. - Екатеринбург : УГТУ-УПИ, 2008. - С. 223-226. - 0,25/0,2 печ. л.

9. *Фоменко, В.В.* Перспективы и тенденции экономического развития системы охраны здоровья населения [Текст] / В.В. Фоменко // Стратегія економічного розвитку країн в умовах глобалізації: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених та студентів. уч. Т. 1. - Дніпропетровськ : Біла К. О., 2013. - С. 63-65. - 0,12 печ. л.

10. *Фоменко, В.В.* Сбалансированность государственных гарантий как фактор реализации конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья [Текст] / В.В. Фоменко // Устойчивое развитие: общество и экономика: материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 290-летию СПбГУ. - СПб.: Нестор-История, 2014. - С. 332-333. - 0,1 печ. л.

11. *Фоменко, В.В.* Финансовые инновации в медицинском страховании [Электронный ресурс] / В.В. Фоменко // Современные научные исследования и инновации. - 2014. - № 11. - Режим доступа: <http://web.snauka.ru/issues/2014/11/40469>. - 0,24 печ. л.

Подписано в печать 23.03.2015 г.

Формат 60×84/16. Бум. писч. бел. Печать офсетная.

Гарнитура "Times New Roman". Объем 1,0 печ. л.

Тираж 150 экз. Заказ № 191.