

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ «УРАЛЬСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РОССИИ Б.Н. ЕЛЬЦИНА»

На правах рукописи

ФОМЕНКО ВАЛЕРИЯ ВИКТОРОВНА

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

Специальность 08.00.10 - Финансы, денежное обращение и кредит

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель
Юзвович Лариса Ивановна,
доктор экономических наук,
доцент

Екатеринбург 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1 Теоретические основы финансовых инноваций в сфере медицинского страхования	12
1.1 Систематизация экономической сущности медицинского страхования	12
1.2 Теория инноваций. Содержание и классификация финансовых инноваций.....	36
1.3 Организационно-экономическая интеграция государственного и частного секторов здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования	50
2 Современное состояние финансового обеспечения реализации прав граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации.....	66
2.1 Социально-экономические основы финансирования системы здравоохранения	66
2.2 Обязательное медицинское страхование в системе финансового обеспечения государственных гарантий медицинской помощи	83
2.3 Софинансирование здравоохранения через систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг	96
3 Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации как механизм обеспечения сбалансированности оказания медицинской помощи	105
3.1 Экономическое обоснование необходимости перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении	105
3.2 Основные направления реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации	120
Заключение	132

Список литературы	135
Приложение А Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования	149
Приложение Б Видовая группировка по источникам финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий.....	151
Приложение В Сценарии изменения фактических расходов на финансирование территориальных программ, объема недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, средств системы добровольного медицинского страхования и средств, получаемых от оказания платных медицинских услуг	152
Приложение Г Расчет коэффициента распределения согласно сформированным сценариям	155

ВВЕДЕНИЕ

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 инноваций в медицинском страховании остается малоработанной. 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. Княйнкнехт, 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. Кузыка, 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;

- выявить факторы, оказывающие влияние на сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи по объему и финансированию;
- представить схему интеграции государственных и частных источников финансирования системы здравоохранения на основе финансовых инноваций в медицинском страховании Российской Федерации;
- рассчитать коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации с использованием 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 Федеральной 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;
- дана комплексная параметральная классификация финансовых инноваций по степени актуальности, источнику появления, причине возникновения, направлению внедрения, содержанию, сфере применения, степени влияния на процесс применения, отношению к процессу функционирования;
- выявлены факторы, оказывающие влияние на сбалансированность государственных гарантий медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно, по объему и финансированию;
- представлена схема интеграции государственных и частных источников финансирования системы здравоохранения на основе финансовых инноваций в

медицинском страховании Российской Федерации и на основе теории выбора и закона убывающей предельной полезности медицинских услуг определена экономическая возможность их реализации таких инноваций;

- 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.

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 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, всероссийских и региональных научно-практических конференциях и практических семинарах (гг. Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Пенза, Ярославль, Днепропетровск (Украина), 2007-2014 гг.). Научные разработки обсуждались в рамках заседаний Летней школы Европейских дней науки "Экономика здравоохранения" (г. Штайр, Австрия, 2008 г.). Основные положения

диссертационной работы представлены в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации в рамках конкурса молодых ученых на лучшую работу в области бюджетного и налогового законодательства. 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.

Во введении обосновывается актуальность темы, определяются цель и задачи диссертационного исследования, представляются объект и предмет, раскрываются научная новизна, практическая значимость и апробация результатов исследования.

В первой главе «Теоретические основы финансовых инноваций в сфере медицинского страхования» представлен категориальный аппарат, раскрывающий направления диссертационного исследования; рассмотрена комплексная параметральная классификация финансовых инноваций; расширено определение финансовых инноваций на сферу медицинского страхования; представлена схема интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения на базе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Во второй главе «Современное состояние финансового обеспечения реализации прав граждан на медицинскую помощь в Российской Федерации»

показана взаимозависимость уровня социально-экономического развития страны и финансирования системы здравоохранения; рассмотрено функционирование обязательного медицинского страхования в системе финансового обеспечения государственных гарантий медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно; определена значимость софинансирования здравоохранения через систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг.

В третьей главе «Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации как механизм обеспечения сбалансированности оказания медицинской помощи» представлено экономико-организационное обоснование необходимости финансовых инноваций в медицинском страховании; рассчитан коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования Российской Федерации.

В заключении приводятся основные выводы и рекомендации по результатам исследования.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФИНАНСОВЫХ ИННОВАЦИЙ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1 Систематизация экономической сущности медицинского страхования

Сложность исследований в области финансово-кредитных отношений связана с наличием ряда дискуссионных вопросов, касающихся сущности базовых категорий. В ходе проведения диссертационной работы автором были проанализированы различные определения медицинского страхования, представленные в научной литературе, с выявлением основных составляющих экономического содержания.

Как форма социальной защиты интересов населения в сфере охраны здоровья медицинское страхование рассматривается Ю.Т. Ахвледиани и В.В. Шаховым. Согласно трактовке ученых медицинское страхование - это совокупность видов страхования на случай потери здоровья по причине болезни или несчастного случая, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат, компенсирующих дополнительные расходы застрахованного, вызванные обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу страхования¹. В представленном определении подчеркивается социальный характер медицинского страхования, его компенсационный механизм и программная основа. Кроме того, в данном определении указывается на компенсацию именно дополнительных расходов застрахованного.

Достаточно близкое по экономическому содержанию определение медицинского страхования дает А.П. Архипов. С его точки зрения, медицинское

¹ Ахвледиани Ю.Т., Шахов В.В. Страхование. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2012. С. 318.

страхование предусматривает обязанности страховщика по выплате страхового обеспечения в размере частичной или полной компенсации расходов застрахованного на получение медицинской, лекарственной и профилактической помощи, вызванных его обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в программу страхования или предусмотренными договором². Автор обращает внимание на программный характер медицинского страхования и договорные отношения, указывает определенные виды помощи - медицинскую, лекарственную, профилактическую - и в основу закладывает компенсационный механизм покрытия расходов. В отличие от Ю.Т. Ахвледиани и В.В. Шахова, А.П. Архипов не рассматривает медицинское страхование как форму социальной защиты интересов населения и в части компенсации им учитываются все расходы застрахованного, а не только дополнительные, однако делается ссылка на возможность их частичного покрытия.

Программно-договорные отношения в сфере медицинского страхования, а также обязательный характер выплат указываются в определении, представленном А.К. Шиховым. С его точки зрения, медицинское страхование выступает как совокупность страховых отношений, предусматривающих, согласно закону, договору (правилам) страхования, обязанности страховщика по организации и полной либо частичной оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу при наступлении страхового случая³. То есть в качестве базы медицинского страхования выделяется закон или договор и, так же как и в определении, данном А.П. Архиповым, предполагается частичная компенсация стоимости лечения.

В отличие от указанных выше авторов, И.П. Хоминич представляет медицинское страхование как вид страхования, содержащий широкий перечень покрытий, которые распространяются практически на любые виды расходов, связанных с амбулаторным или стационарным лечением, а также с

² Архипов А.П. Страхование. М.: КНОРУС, 2012. С.97.

³ Шихов А.К. Страхование: Организация, экономика, правовые аспекты. М.: КУРС: ИНФРА-М, 2012. С. 241.

сопутствующими услугами, оказанными застрахованному лицу⁴. Данное определение характеризует медицинское страхование как комплекс покрытий, фиксирует виды услуг, на которые это покрытие распространяется.

Б.Х. Алиев и Ю.М. Махдиева подчеркивают, что цель медицинского страхования - гарантировать получение гражданами медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных средств, а также финансировать профилактические мероприятия⁵. Авторы данного определения, как и Ю.Т. Ахвледиани и В.В. Шахов, относят медицинское страхование к формам социальной защиты населения. Существенное различие заключается в том, что, по определению Ю.Т. Ахвледиани и В.В. Шахова, социальная защита населения проявляется в компенсации расходов на медицинскую помощь, а согласно Б.Х. Алиеву и Ю.М. Махдиевой - в непосредственном оказании медицинской помощи. Кроме того, в определении Б.Х. Алиева и Ю.М. Махдиевой подчеркивается профилактическая направленность социальной защиты.

По мнению Г.В. Черновой, особенность медицинского страхования заключается в предоставлении страховой защиты в виде получения медицинской помощи. Согласно ее трактовке, медицинское страхование (страхование медицинских расходов) предназначено для покрытия стоимости лечения, но в натуральной форме, т.е. в виде медицинской помощи⁶. Данное определение содержит в себе указание на особую форму страховой защиты, т.е. застрахованным оказывается медицинская помощь, а страховщиками обеспечивается покрытие стоимости этого лечения.

Л.А. Орланюк-Малицкая представляет медицинское страхование как совокупность видов личного страхования, которые предполагают компенсацию материальных потерь и расходов застрахованных лиц, связанных с восстановлением здоровья⁷. Данное определение отличается от рассмотренных

⁴ Страхование / под ред. И.П. Хоминич. М.: Магистр: ИНФРА-М, 2011. С. 224-225.

⁵ Алиев Б.Х., Махдиева Ю.М. Основы страхования. М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014. С. 327.

⁶ Страхование: экономика, организация, управление / под ред. Г.В. Черновой. М.: Экономика, 2010. Т. 2. С. 64.

⁷ Страхование / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. М.: Юрайт, 2011. С. 422.

тем, что в нем указывается видовая принадлежность медицинского страхования и не проводится конкретизация услуг и видов помощи, оказываемых застрахованным лицам.

А.Б. Блохин, Л.И. Васильцова, С.Л. Леонтьев определяют медицинское страхование как организационную форму страховой деятельности, связанную с вопросами защиты интересов граждан в охране здоровья. Это форма защиты от рисков, угрожающих здоровью человека. Посредством медицинского страхования застрахованный предупреждает те материальные трудности, с которыми он столкнется в случае болезни⁸.

А.Г. Грязновой дается определение медицинского страхования как подотрасли личного страхования, которая обеспечивает формирование целевых фондов за счет взносов предприятий, местных органов власти, граждан, используемых для финансирования медицинского обслуживания населения⁹. В отличие от предыдущего, в данном определении медицинское страхование считается не совокупностью видов, а подотраслью личного страхования. Подчеркивается целевой характер формирования средств, направляемых на оплату медицинского обслуживания населения, а также указываются источники формирования этих фондов.

Все приведенные формулировки не дают уточнения по формам медицинского страхования, т.е. предполагают как обязательный, так и добровольный характер. Законодательно закрепленное определение медицинского страхования представлено только для его обязательной формы. Обязательное медицинское страхование определяется как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств

⁸ Блохин А.Б., Васильцова Л.И., Леонтьев С.Л. Экономика здравоохранения. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2000. С. 36.

⁹ Финансово-кредитный энциклопедический словарь / кол. авт. под общ. ред. А.Г. Грязновой. М.: Финансы и статистика, 2002. С. 500.

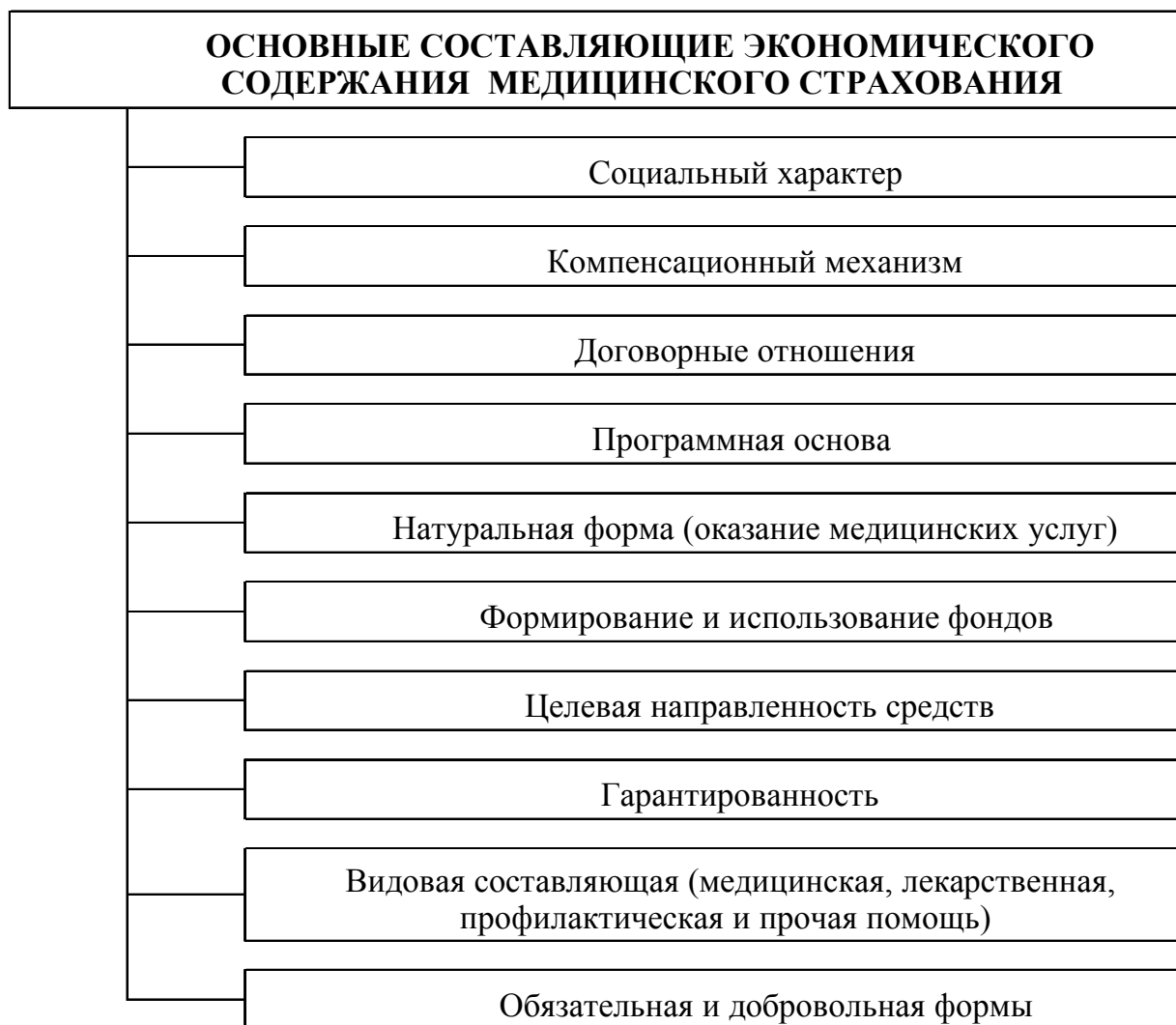
обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования¹⁰. Законодательно обязательное медицинское страхование относится к социальному, подчеркивается его гарантированный, программный и ограниченный характер.

На основе рассмотренных определений можно выделить основные составляющие экономического содержания медицинского страхования: социальный характер, компенсационный механизм, договорные отношения, программная основа, натуральная форма, формирование и использование фондов, целевая направленность средств, гарантированность, видовая составляющая (медицинская, лекарственная, профилактическая и прочая помощь), обязательная и добровольная формы (рисунок 1).

По итогам изучения различных взглядов, представленных в научной литературе, дадим комплексное определение, отражающее все составляющие экономического содержания медицинского страхования. Медицинское страхование нами рассматривается как вид личного страхования, предусматривающий, 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.

Сущность любого экономического явления отражается в его функциях и принципах. Выделение функций страхования в экономической литературе - вопрос дискуссионный. Ряд ученых-экономистов выделяют такие базовые функций страхования, как рисковая, накопительная, инвестиционная, предупредительная, контрольная. Дадим подробную характеристику внутреннего содержания функций страхования в целом и выделим наиболее значимые функции медицинского страхования.

¹⁰ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.



*Рисунок 1 - Основные составляющие экономического содержания
медицинского страхования*

Примечание - Составлено автором.

Рисковая функция состоит в выравнивании ущерба за счет создания финансовых ресурсов для возобновления пострадавшими субъектами своей деятельности, а в случае причинения вреда жизни и здоровью - для покрытия необходимых расходов. Данная функция проявляется в механизме передачи риска страховщику и обеспечения страховых выплат страхователю при наступлении страхового случая, что обеспечивает незначительное изменение экономического благосостояния страхователя в результате воздействия рискованных событий.

Накопительная (сберегательная) функция обеспечивает защиту и улучшение уровня жизни населения за счет использования механизма капитализации.

Наиболее полно эта функция проявляется при накопительных видах страхования, которые имеют долгосрочный характер.

Инвестиционная функция позволяет осуществлять инвестирование временно свободных средств страховых организаций в экономику страны.

Предупредительная (превентивная) функция выражается в финансировании мероприятий по уменьшению страхового риска и позволяет страховщикам снижать вероятность их наступления, а также тяжесть наносимого ущерба. По мнению Н.П. Сахировой, предупредительная функция страхования отражает экономическую заинтересованность всех участников страховых отношений в том, чтобы негативные события, наносящие ущерб, не наступили. Поэтому в качестве главной задачи страховых организаций, а также экономических субъектов хозяйствования, Н.П. Сахировой определяется предупреждение рискованных обстоятельств посредством мер по уменьшению вероятности наступления страховых случаев, степени их негативного воздействия и масштабов возможных убытков¹¹.

Контрольная функция страхования проявляется в процессе формирования и использования средств страховых фондов. Контроль за целевым использованием средств страхового фонда призван обеспечить своевременное, гарантированное покрытие убытков и возмещение вреда. Контроль за проведением страховых операций страховщиков осуществляется как на стадии аккумулирования и использования средств, так и при инвестировании временно свободных средств.

Разделение функций страхования на уровне индивидуального и общественного воспроизводства проводится многими учеными-экономистами. И.П. Хоминич, помимо рискованной и предупредительной функций, выделяет также функции, связанные с использованием страхования как инструмента государственного регулирования, т.е. на макроэкономическом уровне¹². К ним отнесены: функция перераспределения части национального дохода, функция экономии государственных бюджетных средств, функция стимулирования развития приоритетных сфер национальной экономики и контрольная функция.

¹¹ Сахирова Н.П. Страхование. М.: Велби: Проспект, 2006. С. 26-27.

¹² Страхование / под ред. И.П. Хоминич. С. 33-35.

Функция перераспределения части национального дохода выражается в формировании централизованных страховых денежных фондов на уровне государства и региональных органов власти (медицинского, социального и пенсионного страхования) для обеспечения социально-экономической стабильности в стране. Функция экономии государственных бюджетных средств заключается в переносе финансовой нагрузки по выплате денежных компенсаций в случае стихийных бедствий, крупных аварий и тому подобного с бюджетов на страховые компании. Функция стимулирования развития приоритетных сфер национальной экономики реализуется через государственную политику, стимулирующую развитие определенных видов страхования.

Контрольная функция обеспечивает государственным органам через отчетность страховых компаний осуществление мониторинга их деятельности, деятельности клиентов, а также правильность расходования бюджетных средств на цели страхования.

Т.А. Федоровой на уровне индивидуального воспроизводства, наряду с базовыми функциями, выделена также возможность концентрации внимания на нестрахуемом риске при заключении договора страхования рисков, подлежащих страхованию, ею подчеркивается важность снижения страха и беспокойства о будущем как предпосылки личного благополучия человека¹³.

Б.Х. Алиев и Ю.М. Махдиева объединяют рисковую, предупредительную и сберегательную функции страхования под общим понятием распределительной функции¹⁴, наряду с которой также выделяют контрольную функцию страхования.

А.И. Худяков рассматривает защитную функцию в качестве основной в страховании, которая имеет три составляющие: юридическую, материальную и психологическую. Юридическая составляющая защитной функции страхования заключается в предоставлении страхователю юридического обязательства страховщика, по которому он обязан при наступлении неблагоприятного события

¹³ Страхование / под ред. Т.А. Федоровой. М.: Магистр, 2009. С. 38-39.

¹⁴ Алиев Б.Х., Махдиева Ю.М. Указ. соч. С. 26-27.

произвести действия, предусмотренные договором страхования. Материальная составляющая защитной функции страхования заключается в осуществлении страховых выплат при наступлении страхового случая. Психологическая составляющая реализуется в возникновении у страхователя (застрахованного лица) чувства защищенности, основанного на юридической обязанности страховщика реализовать материальную составляющую защитной функции страхования.

А.И. Худяков выделяет также компенсационную и финансовую функции страхования¹⁵. Такие категории, как жизнь и здоровье, не имеют объективной стоимостной оценки, страховые выплаты в личном страховании не могут полностью возместить причиненный урон, поэтому стоит говорить о компенсации потерь, вызванных причинением вреда жизни или здоровью застрахованного. А.И. Худяков также отмечает, что при любом виде страхования обязанности страховщика заключаются не в том, чтобы возместить вред или убыток (хотя страховые выплаты, безусловно, коррелируют с размером этого вреда или убытка), а именно в осуществлении страховой выплаты, посредством которой страхователь уже может возместить причиненный страховым случаем ущерб или вред. Финансовая функция страхования рассматривается как использование страхования в качестве источника дохода государства при осуществлении страхования через государственные внебюджетные фонды (медицинское, социальное, пенсионное страхование).

Ю.А. Сплетуков, Е.Ф. Дюжиков, А.К. Шихов и Л.Г. Скамай указывают на социальную функцию страхования¹⁶. Она заключается в финансировании страховыми организациями помощи застрахованным при утрате трудоспособности, наступлении инвалидности, при несчастных случаях и заболеваниях. Выплата средств родственникам в случае смерти застрахованного позволяет сохранить имеющийся уровень жизни. При имущественном

¹⁵ Худяков А.И. Теория страхования. М.: Статус, 2010. С. 34-35.

¹⁶ См.: Сплетуков Ю.А., Дюжиков Е.Ф. Страхование. М.: ИНФРА-М, 2006. С. 20; Шихов А.К. Страхование: Организация, экономика, правовые аспекты. М.: КУРС: ИНФРА-М, 2012. С. 15; Скамай Л.Г. Страхование. М.: Юрайт, 2013. С. 15-16.

страховании социальная функция страхования способствует сохранению страхователями достигнутого уровня материального благосостояния. Л.Г. Скамай отмечает, что социальная функция также проявляется в том, что страхование делает более доступными для страхователей источники дополнительных финансовых средств (например, кредитные средства)¹⁷.

Ряд авторов выделяют в качестве функции страхования формирование и использование специализированного фонда денежных средств¹⁸. Функция формирования и использования специализированного фонда реализуется в системе фондов страховых организаций, обеспечивающих финансовую устойчивость, стабильность страхования, гарантию осуществления выплат. Через данную функцию также инвестируются временно свободные средства, что сближает ее в этой части с инвестиционной функцией страхования¹⁹.

По итогам анализа различных подходов к изучению функций страхования определим в качестве базовых функций медицинского страхования следующие: рисковую, компенсационную, социальную и функцию перераспределения национального дохода.

Рисковая функция медицинского страхования заключается в передаче риска страховщику и обеспечении при наступлении страхового случая, т.е. при обращении за медицинской помощью, оплаты медицинских услуг за счет средств страхового фонда.

Компенсационная функция медицинского страхования основана на обеспечении застрахованным компенсации расходов, вызванных обращением в лечебно-профилактическое учреждение, посредством оказания им медицинских услуг, оплата которых будет произведена не из личных средств граждан, а за счет средств страхового фонда.

¹⁷ Скамай Л.Г. Указ. соч. С. 16.

¹⁸ См.: Ахвледиани Ю.Т., Шахов В.В. Указ. соч. С. 6-7; Архипов А.П., Гомелля В.Б., Туленты Д.С. Страхование: современный курс / под ред. Е.В. Коломина. М.: Финансы и статистика: ИНФРА-М, 2008. С. 19; Гомелля В.Б. Очерки экономической теории страхования / под ред. Е.В. Коломина. М.: Финансы и статистика, 2010. С. 71-72; Шихов А.К. Указ. соч. С. 15.

¹⁹ Бадюков В.Ф., Козлов А.В. Основы страхования. Ростов н/Д: Феникс, 2013. С. 86-87.

Социальная функция медицинского страхования представляет собой финансирование медицинской, лекарственной и профилактической помощи застрахованным при наступлении страхового случая за счет сформированных страховых фондов, способствуя сохранению страхователями достигнутого уровня материального благосостояния.

Функция перераспределения национального дохода осуществляется посредством формирования на уровне государства фонда обязательного медицинского страхования и использования его ресурсов для обеспечения социально-экономической стабильности в стране.

Представленные функции позволяют сделать вывод о существовании оснований для реализации финансовых инноваций в медицинском страховании на основе перераспределения финансовых обязательств.

Представляется целесообразным выделить и рассмотреть основные принципы страхования, представленные в экономической литературе, и определить наиболее значимые из них в сфере медицинского страхования. Учеными-экономистами указываются следующие принципы страхования: выравнивания ущерба, эквивалентности, возвратности, солидарности, возмещения, превенции.

Принцип выравнивания ущерба реализуется посредством его раскладки между страхователями (внутреннее выравнивание), а также между страховщиками (сострахование и перестрахование)²⁰. Внутреннее выравнивание основано на раскладке ущерба между страхователями, подверженными однородным опасностям и объединенными для получения страховой защиты.

Принцип эквивалентности подразумевает соблюдение равновесия между обязательствами страховщиков по осуществлению страховых выплат и страхователей по уплате страховых премий. При этом отмечается, что страховщик должен не только сформировать достаточный страховой фонд, но и учесть полное соответствие страховой премии характеристикам риска. Принцип эквивалентности лежит в основе расчета величины страховой премии.

²⁰ Страхование / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. С. 44.

Принцип возвратности означает, что средства, поступившие в страховой фонд и предназначенные для осуществления страховых выплат, возвращаются страхователям. Причем использование средств страховых премий на обеспечение страховой защиты осуществляется только участниками страхового фонда. Особенностью принципа возвратности является то, что он действует не в отношении каждого отдельного страхователя, а в отношении их совокупности. Данный принцип тесно связан с принципом солидарности страхования.

Принцип солидарности заключается в использовании средств одних участников для компенсации ущерба других, т.е. происходит раскладка индивидуального ущерба. Взносы страхователя, не получающего страховые выплаты, используются страховщиком для выплат пострадавшим участникам в суммах, превышающих уплаченные страховые премии.

Принцип возмещения - это обеспечение страховой защиты, не предусматривающей выгодоприобретения со стороны страхователя, т.е. страховая выплата не должна превышать стоимости фактического ущерба, нанесенного застрахованным имущественным интересам (в случае страхования жизни и здоровья страховая выплата не должна быть выше согласованной страховщиком и страхователем страховой суммы).

Принцип превенции предполагает участие страховщиков в финансировании необходимых мер по снижению риска, что позволяет сократить ущерб, который может быть причинен страхователям, а следовательно и минимизировать риски страховой компании. Наряду со страховыми резервами страховщик может формировать резерв предупредительных мероприятий и использовать его для предотвращения наступления неблагоприятных событий.

Л.А. Орланюк-Малицкая и С.Ю. Янова выделяют принцип достаточности страхового фонда, который предусматривает формирование фонда в размере, позволяющем страховщику выполнить взятые на себя обязательства по страховой защите. Также в качестве принципа страхования отмечается «инверсия цикла», под которой понимается уплата страхового взноса до предоставления страховой защиты. Причем между моментом уплаты страховой премии и осуществлением

страховой выплаты может проходить значительное время, что является основой для выполнения инвестиционной функции страхования²¹.

Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой и Г.В. Черновой рассматривается принцип объединения индивидуальных и групповых интересов защиты от риска²². Солидарная раскладка ущерба возможна внутри группы индивидуумов, которые имеют общие интересы, т.е. обладают объектами страхования, подверженными сходным опасностям (например, владельцы автотранспортных средств).

Т.А. Федоровой выделяются принцип случайности и принцип выравнивания ущербов в пространстве и во времени. Принцип случайности заключается в том, что страховаться могут только события, носящие случайный, непредвиденный характер. Принцип выравнивания ущербов в пространстве и во времени основан на необходимости создания страховых резервов, что обусловлено неравномерностью распределения рисков²³.

По итогам анализа подходов к определению основных принципов, присущих страхованию, по мнению автора, можно выделить следующие принципы медицинского страхования: эквивалентности, солидарности, возмещения.

Принцип эквивалентности подразумевает соблюдение равновесия между обязательствами страховщиков по осуществлению страховых выплат и страхователей по уплате страховых премий. Данный принцип полностью распространяется на осуществление медицинского страхования в добровольной форме. Добровольное медицинское страхование устанавливает зависимость объемов и видов помощи, предусмотренных программой страхования, от размера уплаченных страховых премий.

Обязательное медицинское страхование гарантирует населению получение медицинской помощи на основе соблюдения равенства и не ставит объем оказываемой медицинской помощи в зависимость от уплаченных страховых взносов.

²¹ Страхование / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. С. 46.

²² См.: Страхование / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. С. 46; Страхование: экономика, организация, управление / под ред. Г.В. Черновой. Т. 1. С. 35.

²³ Страхование / под ред. Т.А. Федоровой. С. 45-48.

Медицинская помощь оказывается, даже если у предприятий имеется задолженность по платежам в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. В данном случае принцип эквивалентности может быть представлен как соответствие страхового обеспечения средствам обязательного медицинского страхования. Автором данный принцип рассматривается как базовый для реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования, направленных на обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи и их финансового обеспечения.

Принцип солидарности медицинского страхования заключается в организации оплаты медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу, имеющему полис медицинского страхования, за счет средств всех участников страхования, а не только в сумме взносов, уплаченных лицом, обратившимся за медицинской помощью. Оплата оказанной медицинской помощи в медицинском страховании осуществляется из сформированного фонда, от наполнения которого будет зависеть выполнение страховщиком своих обязательств, что во взаимосвязи с обеспечением принципа эквивалентности подчеркивает значимость финансовых инноваций.

Принцип возмещения в медицинском страховании подразумевает оказание медицинской помощи в рамках программы, за которую была уплачена страховая премия при добровольном медицинском страховании, и в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования - при обязательном. Медицинская помощь не может быть оказана сверх установленных в этих документах объемов и видов. Установленные объемы медицинской помощи предполагают их финансовое обеспечение, оптимизация которого может быть осуществлена через реализацию финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Рассмотренные функции и принципы медицинского страхования позволяют представить формы осуществления медицинского страхования с выявлением их особенностей и определением предпосылок реализации финансовых инноваций. Медицинское страхование осуществляется в обязательной и добровольной формах. Обязательное медицинское страхование направлено на обеспечение населению Российской Федерации возможности в получении медицинской и лекарственной

помощи на принципах равенства, доступности, минимальных стандартов. Медицинская помощь предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, которые регламентированы государством в соответствующих программах обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социальной защиты населения, в которую также входит пенсионное и социальное страхование. Обязательное медицинское страхование выступает как финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения²⁴. Стоит отметить, что в современных условиях медицинское страхование приобретает статус основного источника финансирования здравоохранения в рамках перехода на одноканальное финансирование медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, через систему обязательного медицинского страхования. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования, закрепленные законодательно и обобщенные автором, представлены на рисунке 2.

В Российской Федерации конституционно закреплено право населения на бесплатную медицинскую помощь, оказываемую в учреждениях здравоохранения государственной и муниципальной форм собственности. При этом финансирование медицинской помощи, оказываемой населению, осуществляется за счет бюджетных средств и страховых взносов²⁵.

Объектом обязательного медицинского страхования выступает страховой риск как предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость произвести оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу. Страховым случаем признается совершившееся событие (заболевание, травма застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию, т.е. исполнение обязательств по оплате оказанной медицинской помощи.

²⁴ Скамай Л.Г. Указ. соч. С. 91.

²⁵ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 дек. 1993 г.). Ст. 41.

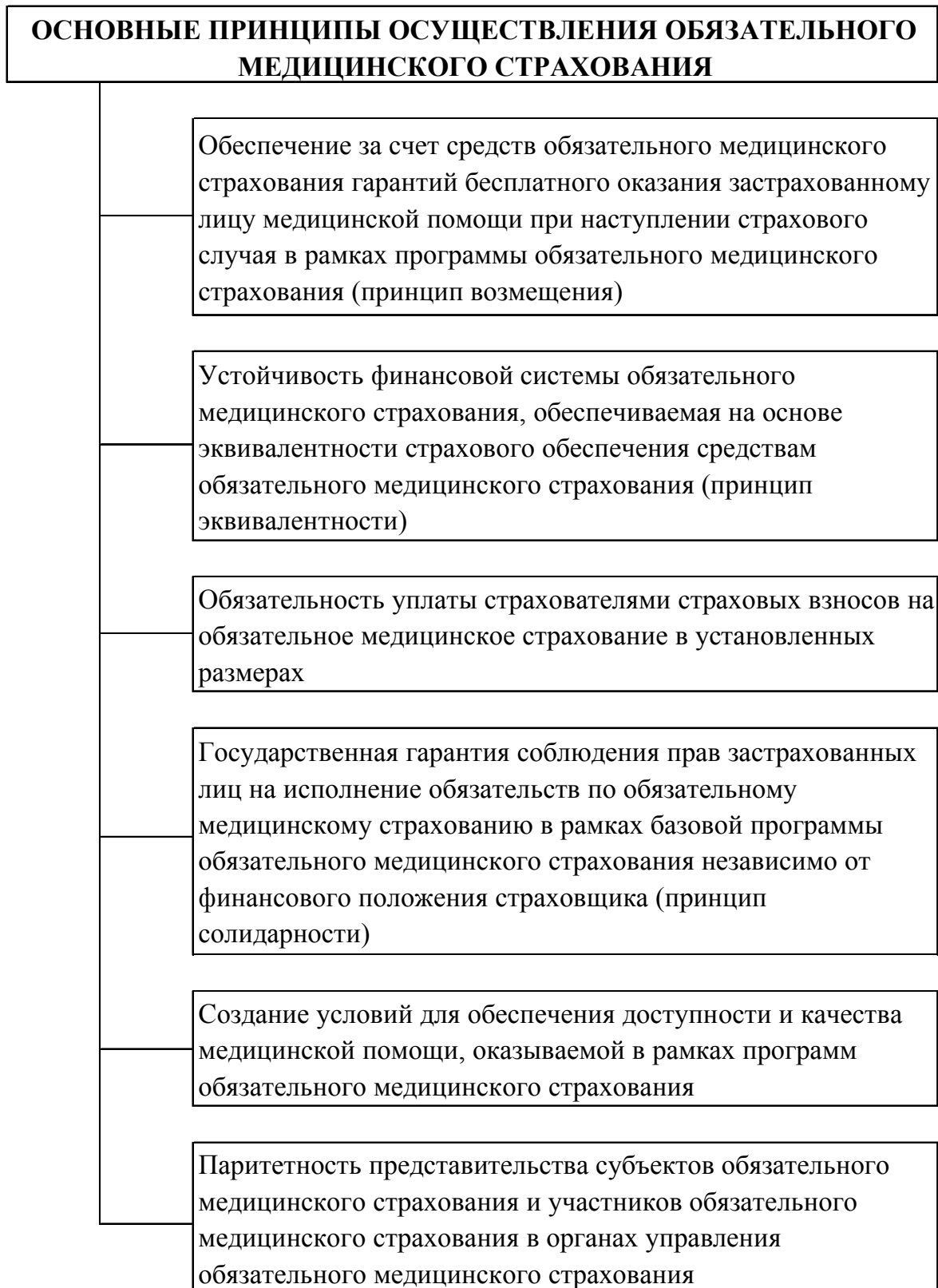


Рисунок 2 - Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

Примечание - Составлено автором на основе: Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.

Оказание медицинской помощи осуществляется на основе базовой и территориальных программ обязательного медицинского страхования²⁶. Данные программы содержат положения, требующие в современных экономических условиях изменений. Эти положения связаны, главным образом, с финансовым обеспечением программ, что обуславливает актуальность финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Базовая программа обязательного медицинского страхования является составной частью программы государственных гарантий и определяет права застрахованных на бесплатное оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации, а также устанавливает единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования. Территориальные программы определяют права застрахованных на бесплатное оказание медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации.

Субъектами обязательного медицинского страхования выступают: застрахованные лица, страхователи и Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации и медицинские организации выступают как участники обязательного медицинского страхования. Схема организационно-финансового взаимодействия субъектов и участников обязательного медицинского страхования представлена на рисунке 3.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование являются обязательными платежами, уплачиваемыми страхователями. Они носят обезличенный характер и целевое назначение, которым служит обеспечение прав застрахованного лица на получение медицинской помощи на установленных законом условиях. Страхователями для работающих граждан выступают работодатели, для неработающих граждан - органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Страховые взносы в системе обязательного

²⁶ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.

медицинского страхования устанавливаются как ставка платежа с фонда оплаты труда (с 1 января 2012 г. в размере 5,1 %) ²⁷. Страховые взносы за неработающее население также определяются законодательно ²⁸.



Рисунок 3 - Организационно-финансовое взаимодействие субъектов и участников обязательного медицинского страхования

Примечание - Составлено автором на основе: Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.

²⁷ Федеральный закон «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования» от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ (ред. от 2 апр. 2014 г.).

²⁸ Федеральный закон «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения» от 30 нояб. 2011 г. № 354-ФЗ.

Федеральный фонд является некоммерческой организацией, созданной для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования. Для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации созданы Территориальные фонды обязательного медицинского страхования²⁹.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие лицензию на право заниматься медицинским страхованием. Страховые медицинские организации обязаны вести отдельный учет по операциям со средствами обязательного и добровольного медицинского страхования.

Медицинской организацией признается организация любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели, осуществляющие медицинскую деятельность, включенные в реестр медицинских организаций и имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности.

Реализация прав застрахованных на медицинскую помощь, предоставляемую бесплатно в рамках обязательного медицинского страхования, осуществляется на основе договорных отношений между участниками обязательного медицинского страхования. Между территориальным фондом обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организацией заключается договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Между страховой медицинской организацией и медицинской организацией заключается договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Добровольное медицинское страхование представляет собой рыночный вариант обеспечения страховой защиты, но так же как и обязательное, направлено на обеспечение получения гражданами медицинской помощи при наступлении страхового случая за счет средств страхового фонда³⁰. Использование добровольного медицинского страхования в качестве частного источника средств для национального здравоохранения при внедрении финансовых инноваций обуславливает актуальность его изучения с выявлением особенностей и перспектив развития.

²⁹ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ.

³⁰ Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. С. 83.

Добровольное медицинское страхование дает гражданам возможность получить дополнительные медицинские и иные услуги сверх гарантий по программам обязательного медицинского страхования (например, дорогостоящие виды лечения и диагностики, сервисная составляющая). Поэтому организация и функционирование добровольного медицинского страхования во многом будут зависеть от структуры и объема медицинской помощи, предоставляемой в рамках обязательного медицинского страхования³¹.

В отличие от обязательного медицинского страхования, в системе добровольного медицинского страхования источником взносов выступают личные средства граждан и предприятий. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются при заключении договора добровольного медицинского страхования в зависимости от выбранной программы.

Добровольное медицинское страхование представляет собой коммерческий вид страхования, основанный не на принципе страховой солидарности (выраженном в установлении равной ставки страхового взноса и предоставлении равных гарантий медицинской помощи), а на принципе страховой эквивалентности (когда по договору застрахованный получает медицинские и сервисные услуги в объемах, за которые была уплачена страховая премия).

В настоящее время добровольное медицинское страхование в Российской Федерации осуществляется в двух вариантах - коллективное и индивидуальное. При коллективном страховании в качестве страхователя выступает предприятие, которое заключает договор со страховой организацией о страховании работников и уплачивает страховую премию из доходов³². Расходы на добровольное медицинское страхование могут быть включены в состав расходов предприятия в сумме, не превышающей 6 % от суммы расходов на оплату труда³³. При индивидуальном страховании в качестве страхователя выступает гражданин, самостоятельно заключающий договор со страховой компанией³⁴.

³¹ Страхование: экономика, организация, управление / под ред. Г.В. Черновой. Т. 2. С. 83.

³² Бувеская А.А., Лебедев А.А. Предпосылки к развитию системы добровольного медицинского страхования и ее особенности // Экономика здравоохранения. 2003. № 3. С. 10.

³³ Налоговый кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 5 авг. 2000 г. № 117-ФЗ (ред. от 5 мая 2014 г.). Разд. VIII. Гл. 25. Ст. 255.

³⁴ Бувеская А.А., Лебедев А.А. Указ. соч. С. 10.



Рисунок 4 - Типология добровольного медицинского страхования

Примечание - Составлено автором по: Ахвледиани Ю.Т. Страхование. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2006. С. 396-403; Сахирова Н.П. Страхование. М. : Велби: Проспект, 2006. С. 205-210; Страхование / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. М. : Юрайт, 2011. С. 428; Алиев Б.Х., Махдиева Ю.М. Основы страхования. М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2014. С. 332-334.

На рисунке 4 представлена типология добровольного медицинского страхования по характеру страхового покрытия, по группам рисков, по медико-реабилитационным типам, по объему страховой ответственности, по типу страховых тарифов, по сочетанию с обязательным медицинским страхованием.

По характеру страхового покрытия выделяют страхование затрат на медицинские услуги; страхование потери дохода, вызванной невозможностью осуществления профессиональной деятельности в результате заболевания.

По группам рисков различают риски первого, второго и последующего порядков. К рискам первого порядка относят наступление острого заболевания, обострение хронического заболевания, наступление несчастного случая (травмы, отравления и т.д.). Рисками второго и последующего порядка являются осложнения и обострения при лечении, рецидивы.

По медико-реабилитационным типам добровольное медицинское страхование классифицируется как страхование расходов: по амбулаторному лечению, лечению у семейного врача, стационарному лечению, скорой (неотложной) помощи, специализированной помощи, стоматологическому обслуживанию, специализированной диагностике заболеваний, приобретению лекарств, протезированию, приобретению очков, контактных линз, расходов, связанных с беременностью и родами, санаторно-курортным лечением, сервисных расходов и затрат по уходу за больными.

По объему страховой ответственности выделяют добровольное медицинское страхование с полным страхованием медицинских расходов, с частичным страхованием медицинских расходов, со страхованием расходов только по одному риску.

Полное страхование характеризуется покрытием всех возникающих расходов (например, стационарное, амбулаторное лечение, услуги узких специалистов и т.д.), при частичном страховании предоставляются гарантии по покрытию расходов на определенные направления (например, специализированную помощь).

По типу страховых тарифов добровольное медицинское страхование подразделяется на страхование по полному тарифу, по тарифу с собственным участием страхователя, с установлением лимитов ответственности страховщика.

Страхование по полному тарифу предполагает уплату страхователем страховой премии за гарантию полного покрытия расходов, предусмотренных программой добровольного медицинского страхования. При страховании по тарифу с собственным участием страхователя вводится франшиза. В случае применения условной франшизы страховщик оплачивает медицинскую помощь, оказанную застрахованному, начиная с установленной суммы. Безусловная франшиза предполагает самостоятельную оплату застрахованным части расходов на медицинское обслуживание.

Страхование с установлением лимитов ответственности позволяет страховщику ограничить свое участие в покрытии медицинских расходов страхователя определенной суммой. Данная сумма может быть установлена тремя способами. Первый способ предполагает установление суммы страхового покрытия в год, в пределах которой страховщик производит оплату медицинских расходов. Второй способ основан на установлении предельной суммы для конкретных видов услуг. Третий способ определяет долю участия страховщика в расходах страхователя по каждому страховому случаю.

По сочетанию с обязательным медицинским страхованием выделяют дополнительное и самостоятельное добровольное медицинское страхование. В отличие от самостоятельного, дополнительное добровольное медицинское страхование в случае всеобщего охвата населения обязательным медицинским страхованием предлагает программы, которые покрывают расходы на медицинские услуги, не охваченные обязательным страхованием, а также расходы на улучшение сервисной составляющей медицинской помощи.

В Российской Федерации добровольное медицинское страхование обеспечивает потребности гражданина в медицинских и сервисных услугах, не обеспечивает страховой защиты риска потери дохода в результате болезни.

Потерю трудового дохода обеспечивает социальное страхование, а также страхование от несчастных случаев³⁵.

Участниками добровольного медицинского страхования выступают страхователи, застрахованные, страховые организации (страховщики) и медицинские организации. Наиболее распространенной является схема без участия застрахованного лица, когда расчеты осуществляются между страховой и медицинской организациями. Схема взаимодействия субъектов добровольного медицинского страхования представлена рисунке 5.

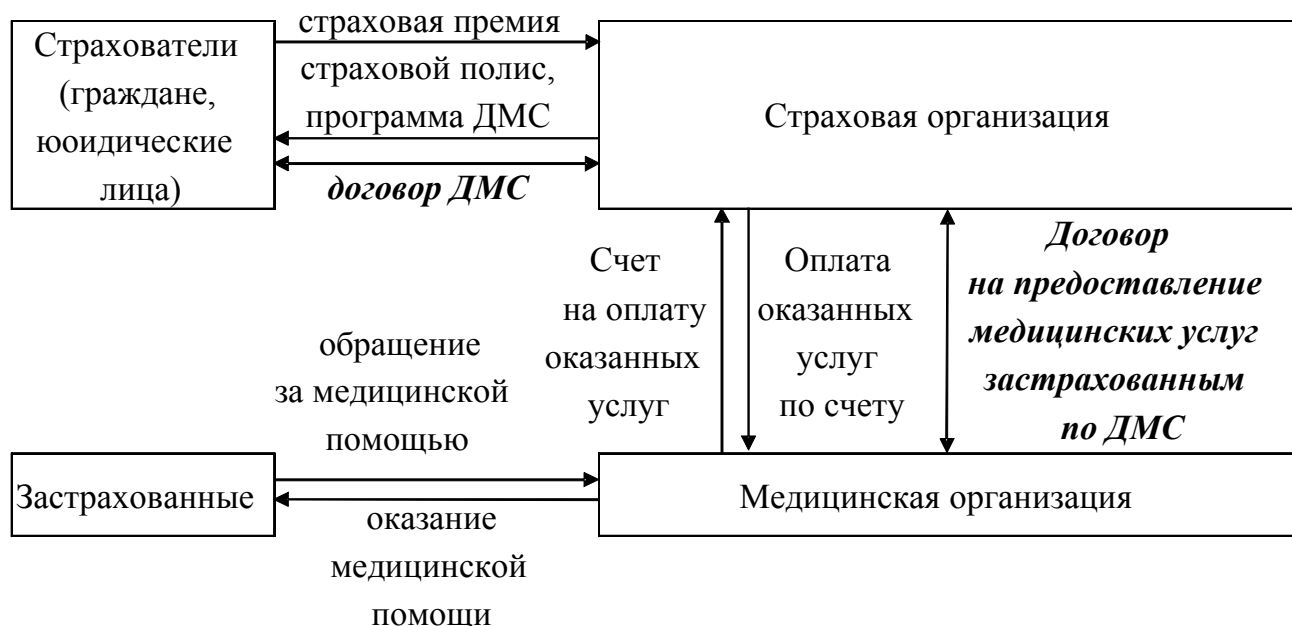


Рисунок 5 - Схема взаимодействия субъектов добровольного медицинского страхования

Примечание - Составлено автором по: Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. С. 95; Сахирова Н.П. Страхование. М.: Велби: Проспект, 2006. С. 202; Шихов А.К. Страхование: Организация, экономика, правовые аспекты. М.: КУРС: ИНФРА-М, 2012. С. 254.

Страхователь, которым может быть физическое лицо или предприятие, заключает договор добровольного медицинского страхования со страховой организацией и уплачивает страховой взнос, взамен получая страховой медицинский полис и программу страхования. В случае заболевания застрахованный обращается в

³⁵ Страхование: учебник / А.П. Архипов. М.: КНОРУС, 2012. С. 92-95.

лечебно-профилактическое учреждение, где ему оказывают медицинскую помощь. Оплата медицинских услуг производится без участия застрахованного клиента на основе счетов, выставленных медицинской организацией.

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования представлены в приложении А.

В большинстве стран с развитым платным здравоохранением медицинское страхование получило широкое распространение. В Российской Федерации в условиях бесплатного здравоохранения медицинское страхование получило значительное развитие в своей обязательной форме, как часть социальной защиты населения, обеспечивая всем гражданам равные возможности получения бесплатной медицинской помощи, финансируемой за счет средств обязательного медицинского страхования. 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. 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.

1.2 Теория инноваций. Содержание и классификация финансовых инноваций

Здравоохранение является перспективной сферой для различных нововведений, основанных на научных открытиях и современных разработках. Реформирование механизмов финансирования медицинской помощи, к которым

относится медицинское страхование, осуществляется медленно. Положительные изменения, связанные с переходом на одноканальное финансирование, представляют собой основу для реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования. Для определения содержания и классификации финансовых инноваций рассмотрим основные положения теории инноваций, представленные в трудах зарубежных и российских авторов.

Основоположниками теории инноваций считаются Н.Д. Кондратьев и Й.А. Шумпетер. Базовые положения теории инноваций представлены Н.Д. Кондратьевым в труде «Большие циклы конъюнктуры и теория предвидения». Им была сформулирована циклическая и диалектическая природа инноваций и их взаимосвязь при переходе к новому циклу экономического развития. По мнению Н.Д. Кондратьева, повышательная волна большого цикла всегда связана с радикальными изменениями в сфере производительных сил общества, а также с перегруппировкой этих сил и расширением основных капитальных благ.

Согласно теории Н.Д. Кондратьева, перед началом, а иногда и в самом начале повышательной волны цикла наблюдается серьезное преобразование основных условий экономической жизни общества, которое проявляется в значительных изменениях техники производства и обмена. Данные изменения, в свою очередь, предопределяются значительными технологическими изобретениями и открытиями.

Помимо наличия научно-технических открытий и изобретений как таковых, Н.Д. Кондратьев обращает внимание на необходимость хозяйственных возможностей их внедрения в практику экономической деятельности³⁶. Таким образом, подчеркивается значимость практического применения изобретений, в котором и заключается суть инновационного развития. Данным положением отмечается важность наличия условий для проведения преобразований, такими условиями применительно к сфере медицинского страхования является переход

³⁶ Кондратьев Н.Д. Большие циклы конъюнктуры и теория предвидения: избр. труды / Междунар. фонд Н.Д. Кондратьева [и др.]; ред. кол.: Л.И. Абалкин (предс.) [и др.]; сост. Ю.В. Яковец. М.: Экономика, 2002. С. 382, 391, 399.

на одноканальное финансирование здравоохранения и развитие добровольного медицинского страхования.

Й.А. Шумпетер в своем труде «Теория экономического развития» указывает, что «вечный двигатель», встроенный в экономику и определяющий форму и содержание экономического развития, заключается в «осуществлении новых комбинаций» средств производства, которые он называет «нововведениями» или «инновациями»:

1) производство совершенно нового блага либо уже известного потребителям, но с новыми качествами;

2) внедрение нового, ранее неизвестного способа производства, основанного на научном открытии, или нового способа коммерческого использования блага;

3) освоение новых рынков сбыта, на которых отрасль еще не представлена, независимо от времени их возникновения;

4) освоение нового источника сырья;

5) реструктуризация рынка (например, создание монополии или наоборот, подрыв монопольного положения конкурента).

Без внедрения данные комбинации будут оставаться лишь потенциальными возможностями, поэтому Й.А. Шумпетер вводит понятие предпринимателя-новатора. Осуществление новых комбинаций он называет предприятием, а субъекты хозяйствования, которые их осуществляют, - предпринимателями. Внедрение инноваций, по Й.А. Шумпетеру, является функцией предпринимателей, а сам процесс замены старого новым он называет «созидательное разрушение»³⁷. Й.А. Шумпетером были высказаны основные положения концепции неравномерного распределения инноваций, которые нашли свое отражение в работах Г.О. Менша, А. Княйнкнехта, К. Фримена.

Основываясь на теории Й.А. Шумпетера, Г.О. Менш в своем труде «Технологический пат: инновации преодолевают депрессию» проводит анализ

³⁷ Шумпетер Й.А. Теория экономического развития. М.: Директмедиа Паблишинг, 2008. С. 159, 169-170.

структурной нестабильности экономической системы и обосновывает взаимозависимость темпов экономического развития, цикличности и базисных инноваций. Согласно теории Г.О. Менша, в период депрессии экономика структурно готова и поэтому наиболее восприимчива к инновациям, внедрение которых ведет к росту. Данное положение подтверждает выводы автора о взаимозависимости экономического положения страны и внедрения инноваций и об актуальности финансовых инноваций в сфере медицинского страхования на современном этапе развития с учетом прогнозов социально-экономического развития.

Именно базисные инновации, как основополагающие открытия с практической реализацией, лежат в основе возникновения фаз экономического подъема. Г.О. Менш отмечает, что базисные инновации распределены во времени неравномерно, они появляются группами (кластерами) с интервалом примерно в 50 лет, что обусловлено особенностями рыночной экономики. Изначально предприниматели опасаются участвовать в высокорискованных проектах, но если они оказываются прибыльными, то инициированный подъем, вовлекая все большее количество участников, приводит к экономическому росту. Помимо базисных инноваций, Г.О. Менш выделяет инновации усовершенствования и кажущиеся инновации. С течением времени базисные инновации замещаются инновациями усовершенствования, которые в конечном итоге могут превратиться в кажущиеся. Тогда экономическая конъюнктура приходит в состояние стагнации и начинается депрессия - ситуация «технологического пата», выходом из которой будут новые базисные инновации³⁸.

Г.О. Менш подчеркивает значимость взаимосвязи инноваций с инвестированием. Он считает концентрацию капитала в тех сферах, где инвесторы готовы вкладывать средства в радикальные изменения, одним из достаточных условий структурной готовности к инновациям³⁹. Появление и развитие системы добровольного медицинского страхования, широкое

³⁸ Mensch G. Stalemate in Technology: Innovations Overcome the Depression. Cambridge (Mass.), 1979.

³⁹ Менш Г. Цунами на рынках капитала // Экономические стратегии. 2006. № 2. URL: http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2006_02/mensh.htm.

распространение платных медицинских услуг демонстрируют готовность отрасли к реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Дальнейшее развитие теории инноваций представлено в работах А. Кляйнкнехта. Он, как и Г.О. Менш, является сторонником неравномерности распределения инноваций и также считает, что наибольшее число базисных инноваций приходится на период спада. А. Кляйнкнехтом было уточнено положение о формировании кластеров нововведений на стадии депрессии. Он отмечает, что на фазе депрессии образуются кластеры инновационных продуктов, а на повышательной фазе цикла - кластеры инновационных процессов. В период экономического подъема на поведение субъектов хозяйствования оказывает влияние тот факт, что прибыль обеспечивается без радикальных продуктовых инноваций, нет необходимости что-либо серьезно менять в продуктах, прогресс проявляется в усовершенствовании технологий. А. Кляйнкнехт вводит в теорию инновационной деятельности фактор риска: если в период процветания фирма предпочитает не рисковать, то на фазе депрессии радикальные продуктовые инновации представляются менее рискованными, чем инвестиции в уже существующие продукты и сферы деятельности⁴⁰.

К. Фримен, Дж. Кларк и Л. Суйт ввели в теорию инноваций понятие «технологическая система», которая представляет собой взаимосвязь технических и социальных нововведений, что дает основание рассматривать изменения в сфере медицинского страхования как инновации. От формирования и распространения технологических систем напрямую зависят темпы экономического развития. В основе развития технологических систем лежит диффузия - распространение инноваций, при этом масштаб распространения экономисты связывают с наличием рыночных условий и стимулов, т.е. с действием рыночного механизма. По мнению ученых, именно в период процветания фирма более склонна к инновационной деятельности в силу своей уверенности в рыночных условиях и перспективах. К. Фримен, Дж. Кларк и

⁴⁰ Kleinknecht A. Innovation patterns in crisis and prosperity: Schumpeter's long cycle reconsidered. Hong Kong, 1987.

Л. Суйт, как и Г.О. Менш, связывают процесс экономического роста с появлением базисных инноваций. Отличие позиций заключается в определении фазы цикла, на которой возникают данные инновации: по Г.О. Меншу - это фаза депрессии; согласно теории К. Фримена, Дж. Кларка и Л. Суйта - это фаза оживления и подъема⁴¹.

Исходные положения, содержащиеся в трудах основоположников теории инноваций, легли в основу современных определений понятия. Особого внимания заслуживает определение П. Друкера, которое наиболее полно отражает взгляды одного из основателей теории инноваций Й.А. Шумпетера. П. Друкер считал инновацией особый инструмент предпринимателей - средство, используя которое они стремятся организовать новый вид бизнеса, продуктов или услуг⁴².

На идеях Й.А. Шумпетера об «осуществлении новых комбинаций» средств производства базируются также определения Л. Пьерре, П. Витфилда, К. Найта. По Л. Пьерре, инновацией будет любое изменение во внутренней структуре хозяйственного организма путем перехода из первоначального состояния в новое. П. Витфилд считал, что инновация - это развитие творческой мысли и ее преобразование в готовый продукт, процесс или систему. К. Найт рассматривал инновацию как внедрение чего-либо нового для отрасли или ее непосредственного окружения, как особый случай процесса изменения в организации⁴³.

Двойственность природы инноваций выражается в существовании предметных и процессных трактовок понятия. Представителем предметного подхода является П. Лемерль, который считал инновацией новый продукт или услугу, способ их производства, новшество в организационной, финансовой и других сферах, любое усовершенствование, обеспечивающее экономию затрат, либо создающее условия для такой экономии.

⁴¹ Freeman C., Clark J., Soete L. Unemployment and Technical Innovation: A Study of Law. London, 1982.

⁴² Друкер П.Ф. Бизнес и инновации. М.: Вильямс, 2007. С.45.

⁴³ Цит по: Экономика и финансовое обеспечение инновационной деятельности / И.Л. Туккель, С.Н. Яшин, Е.В. Кошелев, С.А. Макаров. СПб.: БХВ-Петербург, 2011. С. 20-21.

Процессный подход представлен А. Харманом, Р. Джонсоном, Б. Санто. А. Харман считал инновацией внедрение новых или значительно модернизированных процессов производства. Р. Джонсоном инновация рассматривается как появление новых или усовершенствованных процессов в хозяйстве отдельных фирм⁴⁴. Б. Санто определяет инновации как общественный, технический, экономический процесс, который приводит к созданию новых лучших товаров, услуг и технологий⁴⁵.

Таким образом, в трактовках зарубежных авторов суть инноваций рассматривается как любое изменение (Й.А. Шумпетер, Л. Пьерре, П. Витфилд, К. Найт), инструмент использования изменений (П. Друкер), предмет (результат), полученный в ходе внедрения достижений науки и техники (П. Лемерль), процесс (А. Харман, Р. Джонсон, Б. Санто).

В трудах российских ученых Б.Н. Кузыка и Ю.В. Яковца понятие инноваций распространено из технологической среды в область экономики и экологии, в социальную и политическую сферы⁴⁶. На основе выводов ученых изменения в медицинском страховании, являющемся механизмом финансирования здравоохранения как части социальной сферы страны, можно считать инновациями.

В.И. Маевский, А.И. Татаркин и О.С. Сухарев отмечают, что появление инноваций может быть обусловлено как сокращением возможностей существующих технологий, так и необходимостью усиления применяемых технологий посредством инноваций⁴⁷. Реализация финансовых инноваций в сфере медицинского страхования обусловлена сокращением возможностей финансового обеспечения медицинской помощи за счет государственных источников в силу

⁴⁴ Цит. по: Экономика и финансовое обеспечение инновационной деятельности. С.22.

⁴⁵ Санто Б. Инновация как средство экономического развития. М.: Прогресс, 1990.

⁴⁶ См.: Кузык Б.Н., Яковец Ю.В. Россия - 2050: стратегия инновационного прорыва. М.: Экономика, 2006; Кузык Б.Н., Яковец Ю.В. Интегральный макропрогноз инновационно-технологической и структурной динамики экономики России на период до 2030 года. М.: Экономика, 2007; Кузык Б.Н. Россия в цивилизованном измерении: фундаментальные основы стратегии инновационного развития. М.: Институт экономических стратегий, 2008; Яковец Ю.В. Эпохальные инновации XXI века. М.: Экономика, 2004.

⁴⁷ Теория эволюции социально-экономических систем / под ред. А.И. Татаркина, В.И. Маевского; РАН, УрО, Ин-т экономики. М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2008. С.73-91.

изменения экономической ситуации и необходимостью усиления существующего механизма финансирования за счет привлечения дополнительных источников.

А.И. Татаркин, Суховой А.Ф., О.А. Романова и Т.А. Нелюбина под инновацией понимают деятельность, которая приводит к возникновению рынка, где новая идея удовлетворяет общественную потребность или приводит к экономическим и (или) социальным эффектам. В качестве общественной потребности при таком подходе рассматривается потребность, которая есть у более чем одного члена общества, а рынком считается место взаимодействия спроса и предложения, т.е. встречи потребностей и способов их удовлетворения. Авторы подчеркивают, что такой рынок может быть сформирован не только для привычных товаров и услуг, любой процесс при наличии там новых идей может быть рассмотрен как процесс создания рынка, где эта новая идея удовлетворяет общественные потребности, т.е. как инновация⁴⁸. Финансовые инновации в медицинском страховании будут удовлетворять общественные потребности в медицинских услугах и приводить к экономическому и социальному эффекту, выраженному в обеспечении сбалансированности государственных обязательств в здравоохранении.

В.П. Баранчеев, Н.П. Масленникова и В.М. Мишин инновацией считают новшество, которое появилось в результате осознания потребности в нем, выбора инновационной стратегии развития, поиска, адаптации к нему, включения в технологию и культуру, использования, повышения компетентности и получения выгод⁴⁹.

И.Л. Туккель, С.Н. Яшин, Е.В. Кошелев и С.А. Макаров определяют инновацию как процесс внедрения, распространения и использования новшеств. Целью этого процесса представляется непосредственное удовлетворение

⁴⁸ См.: Татаркин А.И., Суховой А.Ф., Волынкина М.В. Инновационные процессы в УрФО: угрозы, возможности и перспективы развития // Инновации. 2005; Нелюбина Т.А., Романова О.А. Управление инновационной восприимчивостью социально-экономических систем. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2010. С.123-124; Суховой А.Ф., Голова И.М. Инновационные возможности саморазвития региона. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2010. С. 8.

⁴⁹ Баранчеев В.П., Масленникова Н.П., Мишин В.М. Управление инновациями. М.: Юрайт, 2011. С. 19.

общественных потребностей в продуктах, процессах, услугах более высокого качественного уровня, чем те, которые применялись ранее⁵⁰.

Б.З. Мильнер и Н.И. Лапин отмечают, что инновация, или нововведение, - это процесс создания, распространения и использования нового практического средства (новшества) для новой или для лучшего удовлетворения уже известной потребности людей и общества, которым определяется трансформация социокультурной и вещественной среды общества. То есть инновация рассматривается как комплексный процесс, имеющий стадии и приводящий к изменению окружающей среды⁵¹.

А.К. Казанцев и Л.Э. Миндели под инновацией понимают использование результатов научных разработок, которые имеют своей целью усовершенствовать процесс производства, а также экономические, социальные, правовые отношения в различных сферах⁵².

В современных трактовках под инновацией понимают новшества в производственной и непроизводственной сферах, в области экономических, социальных, правовых отношений, науки, культуры, образования, здравоохранения, в области государственных финансов, бизнеса, в бюджетном процессе, в банковском деле, на финансовом рынке, в страховании и т.д.⁵³, а также получение экономических результатов за счет внедрения новшеств совместно с переходом к прогрессивной стратегии развития государства или организации⁵⁴. Существует и более узкий подход - технологический, согласно которому инновации определяются как новая техника и технологии, являющиеся положительным результатом научно-технического прогресса⁵⁵.

⁵⁰ Экономика и финансовое обеспечение инновационной деятельности / И.Л. Туккель [и др.]. СПб.: БХВ-Петербург, 2011. С.26.

⁵¹ Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями / под ред. Б.З. Мильнера. М.: ИНФРА-М, 2010. С. 174.

⁵² Основы инновационного менеджмента. Теория и практика / под ред. А.К. Казанцева, Л.Э. Миндели. М.: Экономика, 2004. С. 11.

⁵³ Финансово-кредитный энциклопедический словарь / кол. авторов; под общ. ред. А.Г. Грязновой. С. 367.

⁵⁴ Румянцева Е.Е. Новая экономическая энциклопедия. М.: ИНФРА-М, 2008. С. 185.

⁵⁵ Большая экономическая энциклопедия. М.: Эксмо, 2007. С. 254.

Н.В. Звонаревой представлено определение инноваций, объединяющее: процесс улучшения путем внесения новшеств; акт введения чего-либо нового; новую идею, метод или устройство; успешное использование новых идей; изменение, которое создает новые аспекты в деятельности; целенаправленное изменение экономического и социального потенциала предприятия; творческую идею, которая была осуществлена; нововведение, преобразование в экономической, технической, социальной и иных областях, связанные с новыми идеями, изобретениями, открытиями⁵⁶.

Согласно международному стандарту, инновация рассматривается как конечный результат творческой деятельности, получивший воплощение в виде новой или усовершенствованной продукции, реализуемой на рынке либо нового или усовершенствованного технологического процесса, используемого в практической деятельности⁵⁷.

Наиболее близким авторскому мнению представляется подход И.Л. Леонтьева, согласно которому под инновацией понимается продукт интеллектуальной деятельности, направленной на совершенствование товара, услуги, производства, реализации, технологии или управления, вовлеченный в экономический оборот в производственной и непроизводственной сферах с целью удовлетворения общественных потребностей и повышения их социально-экономической эффективности⁵⁸.

В рамках проводимого исследования обратимся к финансовым инновациям. В настоящее время не существует единого определения их понятия, в

⁵⁶ Звонарева Н.В. Экономико-правовое обеспечение инновационной деятельности в Российской Федерации // Институциональные проблемы инновационного развития территориальных систем. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2010. С. 92-93.

⁵⁷ См.: Frascati Manual. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development. Organization for economic co-operation and development. Sixth ed., 2002. URL: http://www.hse.ru/data/2011/09/05/1267119030/frascati_eng.pdf; Руководство Осло. Рекомендации по сбору и анализу данных по инновациям (Oslo Manual. Guide lines for collecting and interpreting innovation data), 3-е изд. / Совместная публикация Международной организации экономического сотрудничества и развития и Статистического бюро Европейских сообществ: пер. на рус. М., 2006. URL: http://www.hse.ru/data/2011/09/05/1267119067/oslo_ru.pdf.

⁵⁸ Леонтьев И.Л. Моделирование инновационно-инвестиционного развития социально значимых объектов территории: автореф. дис. ... д-ра экон. наук. Екатеринбург, 2013. С. 12.

экономической литературе можно выделить несколько подходов - факторный, предметный, процессный и комплексный (таблица 1).

Таблица 1 - Подходы к определению понятия «финансовые инновации»

Подход	Определение понятия
Факторный	Финансовая инновация - фактор, способствующий реализации производственных инноваций. Вместе с тем финансовые инновации могут служить фактором развития финансового рынка
Предметный	Финансовые инновации связаны с внедрением новых финансовых инструментов и являются конечным результатом инновационной деятельности в финансовой сфере, реализованным в виде нового продукта или операции
Процессный	Финансовая инновация - процесс создания новых финансовых инструментов, видов операций, платежных систем и технических приемов в целях снижения рисков и издержек, получения прибыли, ускорения операций
Комплексный	Финансовая инновация - новшество в финансовой сфере, результат создания новых финансовых методов, инструментов, видов операций, платежных систем и технических приемов, способствующих: улучшению функционирования финансовых учреждений, ускорению финансовых потоков, улучшению финансирования предусмотренных расходов, снижению рисков и издержек, ускорению финансовых операций
Примечание - Составлено автором по: Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями / под ред. Б.З. Мильнера. М.: ИНФРА-М, 2010. С. 32-33; Управление инновационными проектами / под ред. В.Л. Попова. М.: ИНФРА-М, 2011. С. 20-21; Большой экономический словарь / под ред. А.Н. Азрилияна. М.: Институт новой экономики, 1999. С. 309; Финансово-кредитный энциклопедический словарь / кол. авторов; под общ. ред. А.Г. Грязновой. М.: Финансы и статистика, 2002. С. 367.	

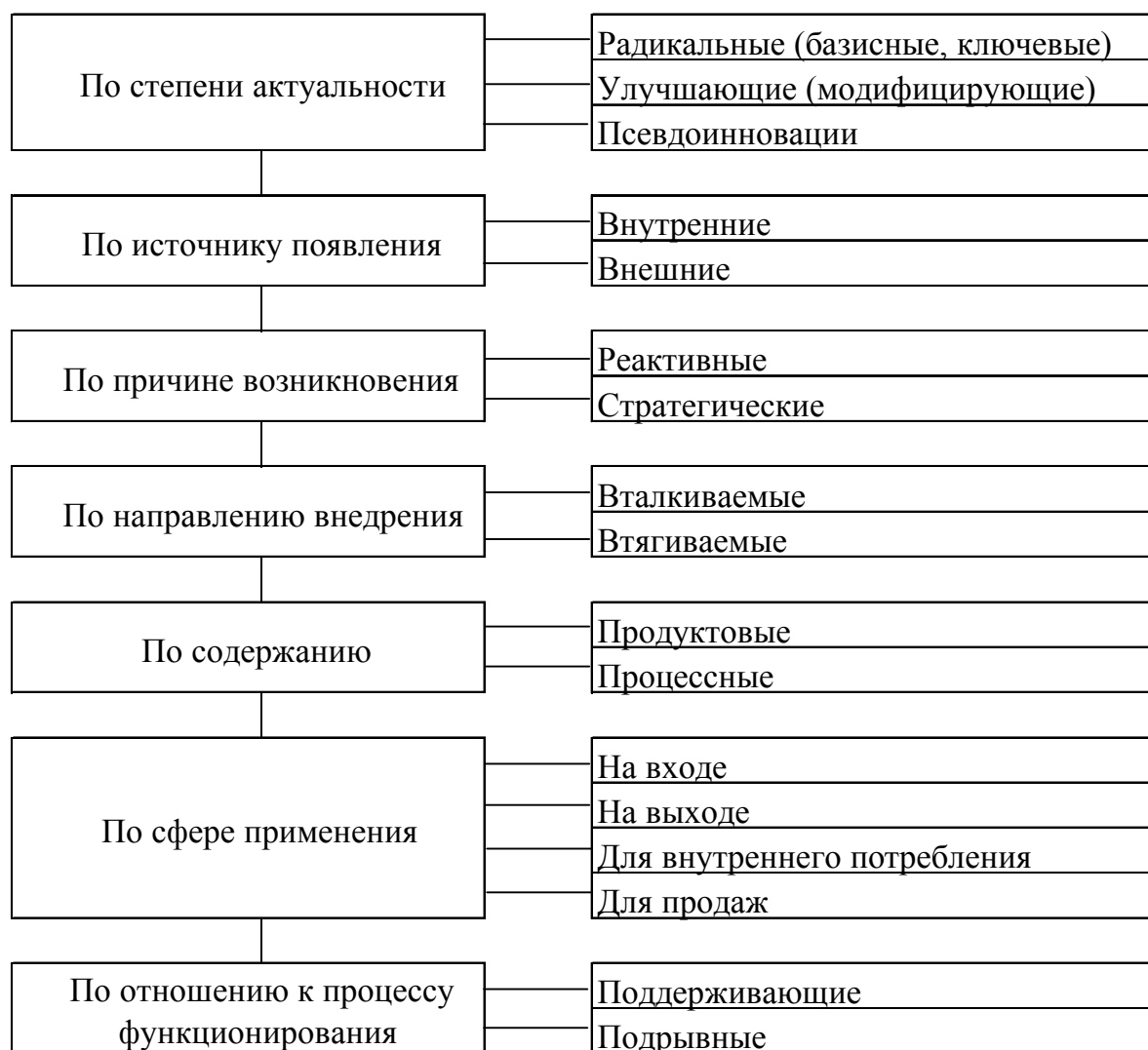
При факторном подходе финансовые инновации рассматриваются в качестве обеспечивающего элемента, который является основой для других инноваций. Предметный подход основан на взаимосвязи с новым финансовым продуктом или операцией и не учитывает изменение процессов функционирования организации или отрасли, движения денежных потоков и т.п.

Процессный подход представляет финансовые инновации как процесс, а не конечный продукт. Таким образом, то, что в предыдущем определении считается финансовыми инновациями, в данном случае рассматривается уже как итог их внедрения. Авторской позиции более близок комплексный подход: он наиболее полно отражает все стороны финансовых инноваций как фактора, продукта и процесса.

Особенность представленных определений заключается в том, что они предполагают, главным образом, возникновение и внедрение инноваций в финансовой сфере, не рассматривая финансовые инновации с точки зрения социально-культурной сферы. 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 анализа теоретических положений, содержащихся в литературе, представим комплексную параметральную классификацию финансовых инноваций: по степени актуальности, источнику появления, причине возникновения, направлению внедрения, содержанию, сфере применения, отношению к процессу функционирования (рисунок 6). По степени актуальности различаются радикальные (базисные, ключевые) финансовые инновации, модифицирующие (улучшающие, совершенствующие) и псевдоинновации. Главное отличие радикальных и модифицирующих инноваций заключается в том, что радикальные инновации основаны на принципиально новых практических средствах, предназначенных для удовлетворения новых потребностей, а модифицирующие инновации улучшают используемые средства.

Радикальные инновации базируются на научных открытиях и изобретениях. Псевдоинновации (рационализирующие инновации) направлены на частичное улучшение устаревшей техники и технологий и обычно вызывают торможение научно-технического прогресса, так как не стимулируют появление радикальных инноваций.



**Рисунок 6 - Комплексная параметральная классификация
финансовых инноваций**

Примечание - Составлено автором по: Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями / под ред. Б.З. Мильнера. М.: ИНФРА-М, 2010. С. 174; Управление инновационными проектами / под ред. В.Л. Попова. М.: ИНФРА-М, 2011. С. 17-21; Баранчев В.П., Масленникова Н.П., Мишин В.М. Управление инновациями. М.: Юрайт, 2011. С. 25-29; Клейтон К.М., Рейнор М.Е. Решение проблемы инноваций в бизнесе. Как создать растущий бизнес и успешно поддерживать его рост: пер. с англ. М.: Альпина Букс, 2004. С. 43; Круглов М.Г. Инновационный проект: управление качеством и эффективностью. М.: Дело, 2009. С. 15-16; Бабаскин С.Я. Инновационный проект: методы отбора и инструменты анализа рисков. М.: Дело, 2009. С. 22-25; Инновационный бизнес: формирование моделей коммерциализации перспективных разработок / В.А. Антонец [и др.]; под ред. К.А. Хомкина. М.: Дело, 2009. С. 84-87.

По источнику появления выделяют внутренние и внешние финансовые инновации. Внутренние инновации обусловлены потребностями производства, организации, региона, отрасли; внешние инновации - потребностями рынка. По причине возникновения финансовые инновации могут быть реактивными и стратегическими. Реактивные финансовые инновации - это инновации, которые выступают в качестве ответной реакции на нововведения конкурентов с целью обеспечения стабильности и дальнейшего функционирования. Стратегические финансовые инновации - это заранее спланированные инновации с целью получения конкурентных преимуществ⁵⁹.

По направлению внедрения финансовые инновации подразделяются на вталкиваемые и вытягиваемые. Вталкиваемые финансовые инновации основаны на научных исследованиях, технологических возможностях и предлагаемых рынку. Вытягиваемые финансовые инновации вызываются сформированными потребностями⁶⁰.

По предметному содержанию различают финансовые инновации продуктов и финансовые инновации процессов⁶¹. Продуктовые финансовые инновации подразумевают получение нового продукта или услуги с целью удовлетворения определенных потребностей на рынке. Процессные финансовые инновации предполагают изменение в процессе финансового обеспечения.

Финансовые инновации «на входе» организации - это изменения в выборе и использовании факторов производства, «на выходе» - это изменение конечного результата деятельности (товаров, услуг, технологий). Финансовые инновации для внутреннего потребления используются самой организацией, а финансовые инновации для продаж являются объектом купли-продажи⁶².

По отношению к процессу функционирования финансовые инновации подразделяют на поддерживающие и подрывные. Поддерживающие финансовые

⁵⁹ Управление инновационными проектами / под ред. В.Л. Попова. М.: ИНФРА-М, 2011. С. 17-21.

⁶⁰ Баранчеев В.П., Масленникова Н.П., Мишин В.М. Управление инновациями. С. 25-29.

⁶¹ Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями / под ред. Б.З. Мильнера. С. 174.

⁶² Управление инновационными проектами / под ред. В.Л. Попова. С. 17-21.

инновации подкрепляют существующий в отрасли технологический уклад, подрывные финансовые инновации имеют целью обеспечить новый цикл технологического развития отрасли⁶³.

Сфера медицинского страхования сочетает в себе качества финансовой и социальной отрасли, так как посредством использования финансового механизма обеспечивает социальные потребности населения в качественных и доступных медицинских услугах. С нашей точки зрения, исходя из рассмотренных определений финансовые инновации в сфере медицинского страхования - это результат оптимизации расходов на оказание медицинской помощи населению посредством перераспределения финансовых обязательств между государственными источниками, представленными системой обязательного медицинского страхования и бюджетом, и частными, представленными системой добровольного медицинского страхования и платными медицинскими услугами, с целью удовлетворения общественных потребностей, обеспечения сбалансированности гарантий и реализации конституционных прав граждан.

1.3 Организационно-экономическая интеграция государственного и частного секторов здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования

Реализация финансовых инноваций в медицинском страховании представляет собой основу для интеграции государственного и частного секторов здравоохранения. Для определения организационно-экономических особенностей такой интеграции рассмотрим основные модели организации и финансирования системы здравоохранения. Всемирной организацией здравоохранения таких

⁶³ Клейтон К.М., Рейнор М.Е. Указ. соч. С. 43.

моделей выделено три: страховая (система Бисмарка), бюджетная (система Бевериджа - Семашко), рыночная⁶⁴.

Страховая система была создана в Германии в 1883 г. по инициативе Бисмарка. Другие европейские государства также последовали примеру Германии и ввели законодательные нормы по формированию и использованию страховых фондов.

Система Бисмарка основана на всеобъемлющем страховании здоровья и предполагает финансирование за счет средств, уплачиваемых страхователями в специальные фонды, используемых при наступлении страховых событий, например, при необходимости оказания медицинской помощи. Размер взноса устанавливается в виде определенного процента от размера заработной платы, тем самым обеспечивается солидарное участие граждан в финансировании здравоохранения по принципу «здоровый платит за больного, богатый - за бедного».

Для решения проблемы страхования неработающего населения представлены два варианта. Первый - основан на страховании неработающих членов семьи работника, с заработной платы которого производятся страховые взносы. Второй способ привлекает в систему средства бюджетов, например, в Российской Федерации страховые взносы за неработающее население уплачивают органы власти субъекта Федерации.

В связи с тем что население страны характеризуется значительной дифференциацией по уровню дохода, заболеваемости и т.д., возникает необходимость перераспределения средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, что находит свое отражение в межбюджетных трансфертах на выравнивание финансовых условий функционирования.

Появление и развитие указанной системы базируется на существовании социальной функции государства, наряду с такими основными функциями, как обеспечение национальной безопасности, общественно-политического строя,

⁶⁴ Скляр Т.М. Экономика и управление здравоохранением. СПб.: Изд. дом С.-Петерб. гос. ун-та, 2004. С. 41.

функционирование национальной экономики и обеспечение прав и свобод граждан. Социальная функция государства проявляется в обязанностях власти поддерживать равенство в правах для всех общественных классов в целом и для каждого отдельного индивидуума, а также способствовать экономическому и общественному прогрессу всех граждан⁶⁵.

Особое значение концепция социального государства приобрела после Второй мировой войны, так как способствовала стабилизации положения стран, преодолению конфронтации в обществе, формированию благоприятного общественного сознания⁶⁶. В СССР система бюджетного финансирования возникла еще в 1930-е гг., ее часто называют по имени наркома здравоохранения СССР Н.А. Семашко, который руководил ее внедрением. В странах с рыночной экономикой система бюджетного финансирования здравоохранения была сформирована и впервые применена в Великобритании в 1948 г., у ее истоков стоял английский ученый-экономист У. Беверидж. По организации финансового обеспечения здравоохранения эти системы принципиальных отличий не имеют. Единственное, что можно отметить, это присутствие частнопрактикующих врачей и частных клиник, финансируемых государством в зарубежной системе бюджетного финансирования, что в Российской Федерации не получило распространения.

Социальная функция государства при бюджетном финансировании оказания медицинской помощи населению проявляется в обеспечении гражданам достойного уровня жизни за счет государственных финансовых ресурсов независимо от личного вклада каждого отдельного члена общества в их формирование.

Система бюджетного финансирования здравоохранения базируется на принципе бесплатности и финансируется посредством выплат из бюджета, сформированных из налоговых поступлений. Особенности данной системы

⁶⁵ Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество: Опыт социального прогнозирования. М.: Academia, 1999. С.417.

⁶⁶ Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования. М.: ТЭИС, 1998. С. 33.

являются: центральное планирование; финансирование, основанное на прямом налогообложении; контроль объема и качества оказываемых медицинских услуг со стороны государства; всеобщий охват населения медицинским обслуживанием. С середины 1970-х гг. рост расходов на обеспечение функционирования системы здравоохранения, а также в целом на социальную защиту населения в развитых странах стал замедляться, что во многом было обусловлено падением темпов экономического роста в индустриальных странах. В 1980 гг. происходят технологические изменения в производстве, обновление основных фондов, удорожание факторов производства, что приводит к удорожанию продуктов и услуг, в том числе медицинских. Снижение рождаемости ведет к увеличению темпов старения населения, росту уровня безработицы. Поэтому для многих стран реализация идеи социального государства становится слишком затратной⁶⁷.

Все указанные процессы способствуют возникновению мнения о том, что государство сможет лучше функционировать и снизить финансовую нагрузку, если население начнет в первую очередь полагаться на себя (семью, друзей и т.д.)⁶⁸. То есть предполагается, что социальное обеспечение, в том числе медицинскими услугами, за счет государственных финансовых источников в национальном масштабе должно стать гарантией уровня жизни на основе минимальных стандартов. Социальная система государства, главным образом, рассматривается в качестве способа гарантирования доступности социальных благ населению, не имеющему возможностей самостоятельного обеспечения.

Данный тезис может расцениваться как предпосылка формирования рыночной модели здравоохранения (системы частного финансирования), которая основана на принципах функционирования конкурентного рынка и не предполагает существенного государственного вмешательства. В рыночной модели здравоохранения источниками средств служат личные доходы граждан и средства работодателей. Граждане либо оплачивают услуги непосредственно по факту лечения (платные медицинские услуги), либо прибегают к услугам системы

⁶⁷ Ковалева Т.М. Финансово-кредитные отношения в условиях глобализации: монография / под ред. Т.М. Ковалевой. Самара: Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2011. С. 45.

⁶⁸ Бриттан Дж. Капитализм с человеческим лицом. СПб.: Экон. школа, 1998. С. 142.

добровольного медицинского страхования, приобретая полис самостоятельно или пользуясь полисом, который предоставляет работодатель на условиях корпоративного страхования. Система частного финансирования здравоохранения характеризуется наличием конкуренции между страховщиками, которые стараются предложить более привлекательные условия по программам добровольного медицинского страхования для привлечения потребителей.

В отличие от систем обязательного медицинского страхования и бюджетного финансирования, рыночная модель ставит объем медицинских услуг в зависимость от платежеспособности пациента. Здесь можно проследить нарушение принципа справедливости с точки зрения доступности медицинской помощи для лиц с более низкими доходами. В то же время недостатком системы бюджетного финансирования является высокая степень зависимости от экономической обстановки и, как следствие, от приоритетов в направлении расходования бюджетных средств. Финансирование по страховому принципу при плохой экономической конъюнктуре не будет обеспечивать сбор взносов в сумме, необходимой для обеспечения медицинской помощи, в объемах, гарантированных территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению. Таким образом, не соблюдается принцип справедливости, так как заявленный гарантированный объем помощи не соответствует имеющимся ресурсам на финансовое обеспечение его реализации, тем самым нарушаются конституционные права граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь⁶⁹.

Однозначно ответить на вопрос, какой должна быть система финансирования здравоохранения, невозможно, рассмотренные системы успешно сосуществуют друг с другом. До 1990-х гг. в СССР и в странах Центральной и Восточной Европы действовали исключительно государственные бюджетные системы. В настоящее время система бюджетного финансирования применяется в Австралии, Великобритании, Дании, Канаде, Новой Зеландии, Норвегии,

⁶⁹ Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12 дек.1993 г.). Ст. 41.

Финляндии, Швеции. С использованием принципов обязательного медицинского страхования организовано финансирование здравоохранения в Австрии, Бельгии, Германии, Нидерландах, Франции. В Испании, в странах Латинской Америки используются одновременно системы бюджетного и страхового финансирования, так же как и в странах Центральной и Восточной Европы, где в 1990-е гг. были внедрены принципы обязательного медицинского страхования. Рыночная модель здравоохранения преобладает в Соединенных Штатах Америки, также она достаточно распространена в Швейцарии⁷⁰.

Помимо того что каждая из моделей имеет свои преимущества и недостатки, существуют обстоятельства, известные как провалы рынка и провалы государства, обуславливающие необходимость выработки компромиссного подхода, который может объединять в себе принципы нескольких моделей.

Провалы (или несостоятельность) рынка являются основными мотивами государственного вмешательства в экономику в целом и в здравоохранение в частности. Для сферы здравоохранения основными мотивами государственного регулирования будут: несовершенство конкуренции, асимметричность информации и экстерналии. Теория конкурентных рынков исходит из следующих условий: существует большое количество продавцов, каждый из которых стремится к максимизации прибыли; товары (услуги) однородны; покупатели хорошо информированы о качестве, свойствах, цене товаров (услуг); потребители несут полные издержки при приобретении товара (услуги)⁷¹. Ни одно из этих условий на рынке медицинских услуг не выполняется. Имеется ограниченное количество продавцов (поставщиков медицинских услуг), максимизация прибыли не является конечным результатом деятельности для медицинских организаций.

При осуществлении деятельности частные лечебно-профилактические учреждения частично ориентируются на максимизацию получаемого дохода, т.е. они заинтересованы в увеличении спроса на медицинские услуги. В то же время

⁷⁰ Экономика здравоохранения / под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. С. 63.

⁷¹ Стиглиц Дж. Экономика общественного сектора: пер. с англ. М.: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. С. 27.

они не стремятся к работе со сложными случаями заболеваний и патологий, которые вызывают значительное увеличение себестоимости и, следовательно, снижают экономическую эффективность деятельности. Таким образом, возникает ситуация неполного рынка, когда предъявляемый спрос не будет находить соответствующего предложения, что выступает в качестве обоснования необходимости существования институтов, которые вне зависимости от влияния на уровень экономической эффективности будут обеспечивать предложение медицинских услуг, соответствующих такому спросу.

Государство выступает институтом, обеспечивающим оказание специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий за счет средств федерального бюджета и системы обязательного медицинского страхования. Органы управления национальным здравоохранением должны быть заинтересованы в сокращении такого вида спроса, чего можно достичь путем повышения приоритетности профилактических мероприятий, формирования здорового образа жизни, проведения вакцинации, регулярной диспансеризации населения и т.д., это, несомненно, оказывает влияние на предотвращение, а также раннее выявление заболеваний и, следовательно, снижение расходов на дорогостоящую медицинскую помощь.

Таким образом, рыночная модель здравоохранения демонстрирует заинтересованность в увеличении спроса на медицинские услуги, не относящиеся к тяжелым и хроническим формам заболеваний, так как может увеличивать предложение, ограничивающееся лишь материально-техническими возможностями и уровнем экономической эффективности. Государственный сектор здравоохранения демонстрирует заинтересованность в снижении спроса на медицинские услуги через повышение качества здоровья населения, так как финансовые ресурсы государства являются ограниченной величиной и требуют оптимального распределения для обеспечения как медицинской и социальной, так и экономической эффективности деятельности.

Необходимо учитывать, что медицинские услуги, помимо общих свойств, присущих всем услугам (несохраняемость, неосвязаемость, неотделимость от источника, непостоянство качества), обладают специфическими свойствами, что также создает ограничения (рисунок 7).



Рисунок 7 - Специфические свойства медицинских услуг

Примечание - Составлено автором на основе: Васильцова Л.И. Рынок медицинских услуг: сущность, характеристика, проблемы развития // Лекции по организации и экономике здравоохранения: науч. изд. / под общ. ред. А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, В.П. Иваницкого, Р. Шиффа. Екатеринбург: СВ-96, 2003. С. 102-104; Русалева Л.Ю., Морозова М.А. Маркетинговые исследования рынка медицинских услуг // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. 2005. № 7. С. 61; Похабов В.И. Основы маркетинга. Минск: Выш. шк., 2001. С. 57; Семенов В.Ю. Экономика здравоохранения. М.: МЦФЭР, 2004. С. 293-294.

Необходимость персонификации и индивидуализации тесно взаимосвязана с таким специфическим свойством медицинских услуг, как отсутствие

посредников. Медицинские услуги оказываются напрямую, поэтому пациент обязательно должен посетить лечебно-профилактическое учреждение. Исключением являются консультации и возможности телемедицины, но они не предполагают непосредственного оказания медицинской помощи как действия.

Момент завершения услуги не всегда совпадает с моментом наступления полезного эффекта. Очень часто положительный эффект медицинской помощи пациент ощущает лишь через определенное время как выздоровление, улучшение состояния здоровья, избавление от болевых ощущений. Данной специфическое свойство выступает в качестве одной из основ проблемы оценки качества оказания медицинских услуг.

Результат медицинской услуги зависит не только от врача, но и от пациента. Это связано с тем, что если рекомендации врача не выполняются, то результат может быть низким. Данное специфическое свойство, как и предыдущее, вызывает проблемы оценки качества медицинской услуги. Со стороны врача услуга может быть оказана с соблюдением всех норм и стандартов, но в связи с особенностями поведения пациента, несоблюдением их предписаний и так далее, выздоровление или улучшение здоровья может не наступить, что автоматически снижает качество услуги.

Медицинским услугам присущи физические риски, невозможно точно определить результат оказания медицинской услуги и гарантировать его. Всегда есть вероятность того, что проведенное лечение не даст ожидаемых результатов, что может быть обусловлено комплексом факторов, вызывающих врачебные ошибки.

Также следует отметить, что большинство медицинских услуг ограничено в возможности транспортировки. Если инъекции и осмотры врач может произвести на выезде, то сложные хирургические операции выполняются только в специальных условиях.

Несовершенство информации проявляется в ее асимметричности как со стороны врача, так и со стороны пациента⁷². Врач и пациент обладают различными знаниями относительно потребительских свойств медицинской услуги, а также исходных данных о состоянии здоровья человека, наличии хронических заболеваний, предрасположенностей к определенным заболеваниям и т.д. Отсюда возникает влияние врача и пациента как на спрос, так и на предложение медицинских услуг.

Влияние врача может проявляться в расширении перечня и количества предоставляемых услуг, основанном на определенной степени дезинформации пациентов о необходимости потребления тех или иных видов медицинских услуг. Особенно данный тезис находит свое отражение в деятельности коммерческих организаций, оказывающих медицинские услуги на условиях полного возмещения их стоимости.

Асимметричность информации со стороны пациента наглядно демонстрируется в системе медицинского страхования. Человек, приобретающий полис медицинского страхования, достаточно хорошо осведомлен о состоянии своего здоровья, в отличие от страховой компании, для которой объективно оценить состояние здоровья застрахованного не всегда представляется возможным. В этом случае возникает явление, называемое неблагоприятным (отрицательным) отбором, - страховая компания предлагает услуги по ценам, которые для здоровых людей будут завышенными, а для людей с худшим здоровьем достаточно привлекательными. Таким образом, клиентами компании, главным образом, будут люди с худшим здоровьем.

Если при получении медицинской помощи пациенты покрывают только часть издержек, возникает ситуация, которая приводит к излишнему потреблению услуг. Например, после приобретения полиса медицинского страхования, застрахованные часто начинают проявлять нерациональное экономическое поведение (более частные визиты к врачу и т.п.), а медицинские организации

⁷² Фоменко В.В. Финансовое администрирование компонентов функционирования медицинских организаций // Модернизация финансово-кредитной системы России: монография / под ред. Е.Г. Князевой. Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2011. С. 111-118.

назначают излишнее количество обследований и процедур, потому что за услуги теперь платит страховая компания.

Влияние страхования на поведение называют проблемой морального риска⁷³. Страхование воздействует не только на объем и качество медицинского обслуживания, но и на усилия человека по поддержанию своего здоровья. Так как люди не оплачивают все расходы на услуги лечебно-профилактических учреждений, они могут недостаточно внимания уделять действиям по предотвращению болезни.

Экстерналии (внешние эффекты) представляют собой воздействие, возникающее при деятельности экономических агентов, на третьих лиц, не имеющих отношения к этой деятельности⁷⁴. Существуют положительные и отрицательные внешние эффекты. Функционирование системы охраны здоровья связано главным образом с положительными экстерналиями, например, вакцинация против инфекционных заболеваний и предотвращение эпидемий. Ни в издержках, ни в ценах внешние эффекты не учитываются, в результате благ, создающих положительный внешний эффект, производится недостаточно.

Подобно рынку, государство имеет провалы, такие как недостаточная информированность, ограниченный контроль над реакцией частного сектора, ограниченный контроль над бюрократией и ограничения, налагаемые политическим процессом⁷⁵. Провалы рынка обуславливают присутствие государства в сфере охраны здоровья населения, провалы государства обуславливают существование частного сектора медицинских услуг, а нарушение принципа справедливости можно проследить в каждой модели здравоохранения. Бюджетная, страховая и рыночная модели являются теми видами, на которых должна базироваться национальная система здравоохранения. Ориентируясь на одну из них в качестве основы и учитывая специфику государства и рынка,

⁷³ Стиглиц Дж. Указ. соч. С. 285.

⁷⁴ Экономика здравоохранения / под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. С. 63.

⁷⁵ Стиглиц Дж. Указ. соч. С. 14-15.

возможно создать наиболее эффективный вариант, соответствующий принципам справедливости и рациональности.

В Российской Федерации на современном этапе развития применяются модели Бевериджа и Бисмарка, что проявляется в патерналистской позиции в вопросах финансового обеспечения национальной системы здравоохранения, а также в существовании системы обязательного медицинского страхования, которая приобретает все большее значение в рамках одноканального финансирования оказания медицинской помощи населению.

Реализацию политики в области охраны здоровья населения государство во много осуществляет через сеть лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной форм собственности. В советский период, когда была сформирована система Семашко, главной целью в области охраны здоровья было обеспечение равного доступа для всего населения к медицинским услугам, причем медицинская помощь оказывалась бесплатно, а также предполагался всеобщий охват медицинским обслуживанием с предоставлением полного набора медицинских услуг и отсутствием финансовых ограничений доступа.

Несмотря на то, что здравоохранение представляет собой одну из сфер, которая наиболее жестко регулируется со стороны государства, в силу того что товары и услуги системы здравоохранения напрямую связаны с обеспечением здоровья и жизни населения, формирование рыночных отношений не обошло эту отрасль стороной. Учреждения государственной и муниципальной системы здравоохранения работают в условиях ограничения ресурсов и экономической свободы. В частной системе здравоохранения медицинские организации пользуются высокой степенью экономической свободы. Ключевое значение здесь имеет качество - при высоком качестве и меньшей стоимости пациенты могут отдать предпочтение государственным учреждениям, однако этого условия уже недостаточно, поскольку население высоко оценивает не только качество услуги, но и культуру обслуживания. Сталкиваясь с недостатками организации медицинской помощи в государственной системе здравоохранения и имея

финансовые возможности, люди обращаются в коммерческие медицинские организации⁷⁶.

Особое место среди предпосылок появления и развития коммерческого сектора в здравоохранении Российской Федерации занимает финансирование отрасли. В настоящее время основным источником финансирования учреждений здравоохранения служат средства бюджетов различных уровней и средства обязательного медицинского страхования. К особенностям частного сектора относится то, что он финансируется не государством, а физическими и юридическими лицами, а также гибкость принятия управленческих решений и ориентация на экономические параметры функционирования. Указанное позволяет частному сектору лучше удовлетворять индивидуальные запросы населения на более высоком технологическом уровне, обеспечивая высокое качество обслуживания. Именно поэтому частные медицинские организации составляют конкуренцию государственному сектору.

Рассмотренные особенности организации систем финансирования здравоохранения позволяют сделать вывод о возможности реализации интегрированной схемы, включающей в себя различные элементы этих систем. Также следует отметить, что при построении национальной системы здравоохранения в условиях рыночной экономики стоит учесть принцип личной ответственности населения, выраженный в совместной компенсации рисков⁷⁷. Граждане могут одновременно выступать и как застрахованные, и как страхователи, уплачивая часть страховых взносов из личных средств, что позволит интегрировать обязательное и добровольное медицинское страхование. Идеи софинансирования населением своих будущих расходов (в том числе и расходов на медицинскую помощь) придерживался Дж.М. Кейнс, который считал,

⁷⁶ См.: Кемалов Р.Ф. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении // Экономика здравоохранения. 2005. № 11-12. С. 17; Шляпников В.В. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в негосударственном коммерческом медицинском учреждении // Экономика здравоохранения. 2008. № 2. С. 43.

⁷⁷ Элементы системы социального обеспечения в условиях ориентированной рыночной экономики - на примере Федеративной Республики Германии / Общество теории и практики страхования. Кельн, 1992. С. 85.

что резервирование средств с целью постепенного увеличения своих будущих расходов является важнейшим мотивом поведения человека⁷⁸. Таким образом, применительно к системе здравоохранения можно сказать, что баланс финансовых обязательств по финансированию медицинской помощи населению должен основываться на принципах солидарности, индивидуальной ответственности и справедливости.

Внедрение интегрированного страхового финансирования медицинских учреждений в практику отечественного здравоохранения позволит привлечь в отрасль средства предприятий и граждан через добровольное медицинское страхование, а для частных медицинских организаций будет являться стимулом к участию в государственной системе охраны здоровья⁷⁹.

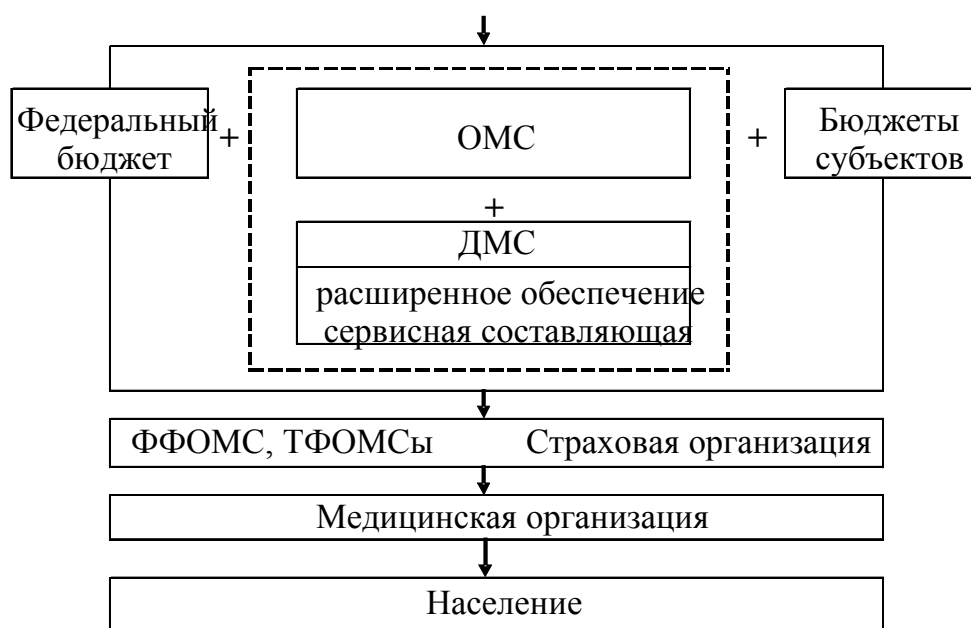


Рисунок 8 - Схема интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования

Примечание - Составлено автором.

⁷⁸ Кейнс Дж.М. Избранные произведения. М.: Экономика, 1993. С. 308.

⁷⁹ Фоменко В.В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2013. № 10 (ч. 4). С. 841-845.

На рисунке 8 представлена возможная схема интеграции государственных и частных источников финансирования здравоохранения на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования. Для внедрения интегрированного страхового финансирования потребуется проведение ряда преобразований. Необходимы изменения на уровне законодательства с целью определения места добровольного медицинского страхования в системе финансирования национального здравоохранения, а также с целью четкого разграничения сфер покрытия⁸⁰.

В настоящее время индивидиум, решивший получать медицинскую помощь в рамках добровольного медицинского страхования, платит дважды за одну и ту же услугу - сначала по обязательному медицинскому страхованию (платит либо государство, либо работодатель), потом по добровольному (платит либо работодатель, либо сам застрахованный)⁸¹.

Необходимо четкое определение базовой программы обязательного медицинского страхования, создание понятного перечня медицинских услуг, оказываемых гражданам бесплатно, чтобы исключить такое дублирование. Законом определено право граждан на выбор лечебного учреждения, врача и страховой медицинской организации. Чтобы это право не оставалось номинальным, у пациентов должен быть реальный выбор, в какое учреждение обратиться, поэтому государство должно быть заинтересовано в привлечении частной медицины через добровольное медицинское страхование к участию в интегрированной схеме финансирования процесса оказания медицинских услуг населению. Современная социальная политика государства должна быть основана не только на реализации программ и концепций, но и на привлечении бизнес-среды и населения к решению социальных проблем⁸².

⁸⁰ Страховой рынок Российской Федерации в условиях вступления в ВТО: состояние и перспективы развития: материалы Междунар. науч.-практ. конф. / гл. ред. В.И. Минеев, отв. ред. О.Л. Домнина, Е.В. Злобин; ВГАВТ, РОСГОССТРАХ. Н. Новгород, 2012. С. 441.

⁸¹ Обзор «Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС» // Бюллетень «Эксперт РА». М., 2012. URL: <http://marketing.rbc.ru/research/562949983480250.shtml>.

⁸² Механизмы оценки влияния социальной ответственности бизнеса на устойчивое развитие регионов России / под ред. Е.Л. Андреевой. Екатеринбург: Институт экономики УрО РАН, 2010. С. 107.

Развитие рыночных отношений требует фундаментального переосмысления принципов функционирования учреждений здравоохранения и проведения преобразований организационно-экономического характера, которые подразумевают слияние медицинской и экономической деятельности, с целью улучшения по таким показателям результативности, как затраты, качество, уровень обслуживания и оперативность⁸³.

Таким образом, особенности бюджетной, страховой и рыночной моделей здравоохранения имеют свои преимущества и недостатки. Из бюджетных средств финансируются, главным образом, стратегические и программные направления в здравоохранении. Оказание медицинской помощи населению осуществляется на основе программы государственных гарантий, основным источником финансирования которой являются средства системы обязательного медицинского страхования. Потребности населения, которые оказываются неудовлетворенными в государственной системе здравоохранения, формируют спрос на услуги частного сектора. Организационно-экономическая интеграция государственных и частных средств на основе финансовых инноваций в сфере медицинского страхования позволит сформировать оптимальную модель финансирования здравоохранения.

⁸³ Фоменко В.В. Реинжиниринг внутренних бизнес-процессов в лечебно-профилактических учреждениях // Ломоносов: материалы докладов XV Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых / отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев, А.И. Андреев. М.: Изд-во МГУ: Мысль, 2008. Секция «Экономика», С. 77-78; Фоменко В.В., Князев П.П. Менеджмент и маркетинг в системе здравоохранения Российской Федерации // Новые тенденции в экономике и управлении организацией: сб. науч. тр. VII Междунар. науч.-практ. конф., 24-26 апр. 2008 г.: в 2 т. Екатеринбург: УГТУ-УПИ. 2008. Т. 2. С. 223-226.

2 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРАВ ГРАЖДАН НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

2.1 Социально-экономические основы финансирования системы здравоохранения

Показатели состояния здоровья населения находятся в прямой зависимости от функционирования национальной системы здравоохранения, на процесс которого в значительной степени влияет существующая система финансового обеспечения. Охрана здоровья представляет собой систему мер экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, которые осуществляются органами власти, организациями, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления здоровья, поддержания долголетия и предоставления медицинской помощи⁸⁴. Реализация мер, составляющих данную систему, предполагает наличие финансовых ресурсов, а также механизма их эффективного использования.

Основные показатели, отражающие состояние здоровья населения Российской Федерации, представлены в таблице 2. Численность населения Российской Федерации в 2013 г. составила 143,3 млн чел. и с 2005 г. уменьшилась на 0,5 млн чел. Сокращение численности населения происходило из-за естественной убыли населения (не учитывает миграционный прирост), максимальное значение которой наблюдалось в 2005 г. (-0,8 млн чел.). В 2012-2013 гг. естественный прирост населения был нулевым, число родившихся и

⁸⁴ Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

умерших совпадало, однако этого недостаточно для обеспечения увеличения численности населения страны.

*Таблица 2 - Динамика показателей состояния здоровья населения
Российской Федерации в 2005-2013 гг.*

Показатели	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Численность населения, млн чел.	143,8	143,2	142,8	142,7	142,7	142,8	142,9	143,0	143,3
Число родившихся, млн чел.	1,5	1,5	1,6	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9
Число умерших, млн чел.	2,3	2,1	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
Естественный прирост/убыль населения, млн чел.	-0,8	-0,6	-0,4	-0,3	-0,2	-0,2	-0,1	0,0	0,0
Первичная заболеваемость (всего заболеваний у пациентов), млн	105,9	108,8	109,6	109,6	113,9	111,4	113,9	113,7	114,0
Первичная заболеваемость на 1 000 чел., заболеваний у пациентов	743,7	760,9	767,3	767,7	797,5	780,0	796,9	793,9	795,5
Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет	65,37	66,69	67,61	67,99	68,78	68,94	69,83	70,24	70,77
Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru .									

Предположительная численность населения Российской Федерации к 2030 г. по высокому варианту прогноза ожидается на уровне 151,6 млн чел., по среднему - 141,6 млн чел., по низкому - 130,8 млн чел.⁸⁵ Наличие достаточно негативных сценариев вызывает значительные опасения, так как основа любого государства и общества в целом это его население. Именно население формирует важнейший ресурс общества, необходимый для создания материальных и культурных благ.

На фоне относительно положительных тенденций в динамике числа родившихся, умерших и естественного прироста населения Российской

⁸⁵ Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года: стат. бюл. / Федеральная служба государственной статистики. 2013. URL: <http://www.gks.ru>.

Федерации негативным фактором выступает увеличение заболеваемости. За период 2005-2013 гг. первичная заболеваемость населения возросла с 105,9 млн до 114,0 млн чел. Причем заболеваемость растет на фоне сокращения численности населения, что вызывает рост уровня заболеваемости (рисунок 9).

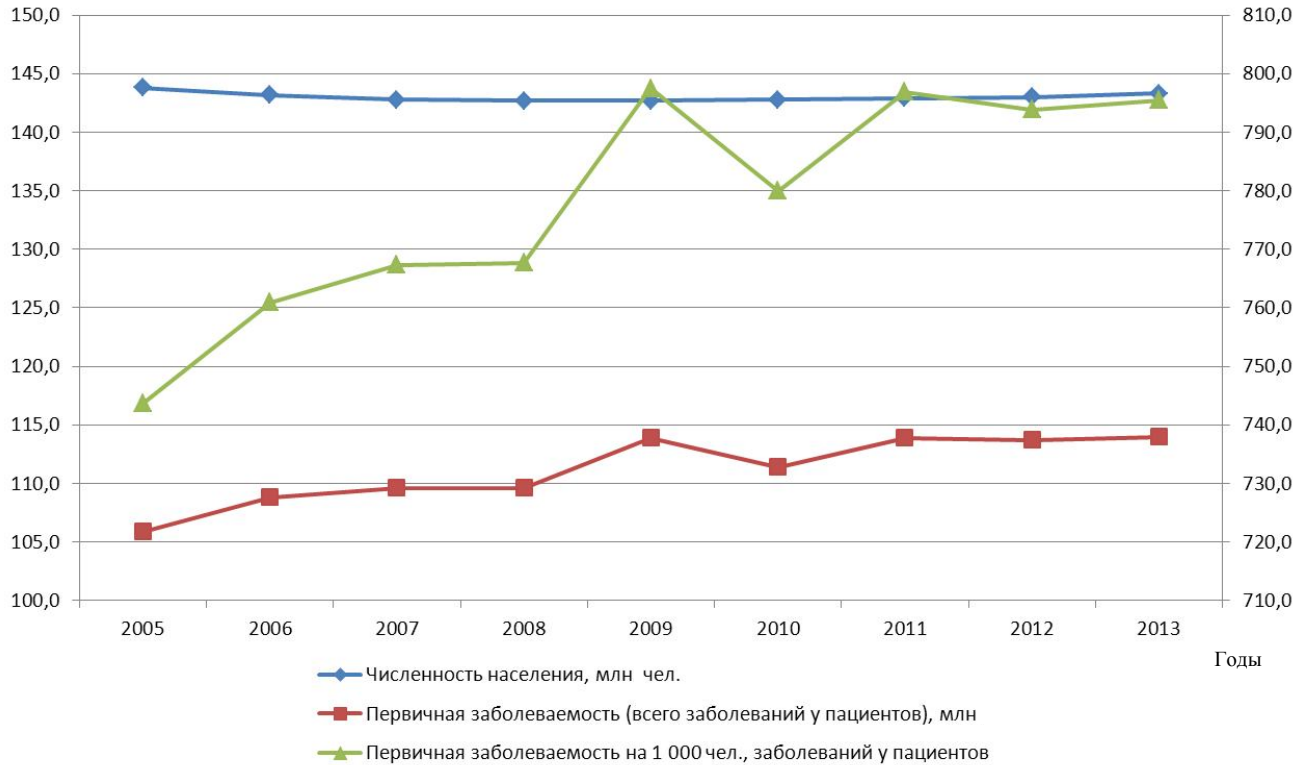


Рисунок 9 - Динамика численности и первичной заболеваемости населения Российской Федерации в 2005-2013 гг.

Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>.

В 2005 г. первичная заболеваемость населения составляла 743,7 впервые выявленных заболеваний на 1000 чел. В 2013 г. показатель достиг значения 795,5 впервые выявленных заболеваний на 1000 чел., что свидетельствует об ухудшении состояния здоровья населения. Необходимо учитывать, что рост заболеваемости также может быть обусловлен улучшением качества диагностики, что позволяет выявлять заболевания на ранней стадии.

Особого внимания заслуживают показатели, отражающие проведение профилактических осмотров населения. В 2012 г. было осмотрено 38,8 млн чел., подлежащих профилактическим осмотрам, что составляет 27 % от общей

численности населения. При этом из общего числа человек, подлежащих профилактическим осмотрам, было осмотрено 88 %.

Особенно негативным фактором выступает невыполнение плана профилактических осмотров по таким категориям, как школьники (осмотрено 86,2 %) и дети (осмотрено 82,4 %) ⁸⁶, в то время как законодательно закреплено, что охрана здоровья детей признается государством одним из важнейших и необходимых направлений. Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья как детей, так и взрослых, согласно законодательству, должен обеспечиваться осуществлением мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, а также проведением профилактических осмотров ⁸⁷.

Таким образом, можно сделать вывод о низкой профилактической активности здравоохранения, направленной на своевременное выявление заболеваний, а также факторов риска ⁸⁸. Рост заболеваемости является, главным образом, следствием реального ухудшения состояния здоровья населения. Одним из факторов, также оказывающих влияние на показатели заболеваемости, выступает процесс общего старения населения Российской Федерации.

Существует возрастной парадокс, который заключается в том, что затраты на оказание медицинской помощи людям в возрасте от 65 лет и старше составляют от 30 до 50 % общих расходов в здравоохранении ⁸⁹. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше составляет более 7 % всего населения. В Российской Федерации данный показатель в настоящее время превышает 12 % ⁹⁰. Старение населения объективно влечет за собой рост заболеваемости и нетрудоспособности, ухудшение качества жизни, что, в свою очередь, приводит к возникновению проблем с трудовыми ресурсами

⁸⁶ По данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>.

⁸⁷ Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

⁸⁸ Фоменко В.В., Чернова Т.В. Указ. соч. Ч. 1. С. 161-162.

⁸⁹ Jacobzone S. Ageing and the Challenges of New technologies. Papers of the Summer School «The Economics of the Health Care Sector», European Science Days, Steyr, Austria, 12-17 July 2008.

⁹⁰ По данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>.

(количественных и качественных) и требует увеличения расходов на оказание медицинской помощи⁹¹.

Еще одним показателем, отражающим состояние и функционирование национальной системы здравоохранения, является ожидаемая продолжительность жизни при рождении. За период 2005-2013 гг. ожидаемая продолжительность жизни населения увеличилась с 65,37 до 70,77 лет (на 5,4 года), что свидетельствует о наличии положительных изменений. Однако по данному показателю Российская Федерация значительно отстает от других стран (Австралия - 82 года, Австрия - 81 год, Бельгия - 80 лет, Канада - 82 года, Финляндия - 81 год, Франция - 82 года, Италия - 82 года, Япония - 83 года)⁹². Средняя продолжительность жизни в развитых странах составляет 73 года. Как видим, показатель Российской Федерации находится ниже среднего уровня. Одной из основных причин низкой ожидаемой продолжительности жизни является высокий показатель смертности людей трудоспособного возраста, особенно среди мужчин. В 2012 г. количество умерших в трудоспособном возрасте на 1000 чел. составило: среди мужчин - 8,9 чел., среди женщин - 2,4 чел., общий показатель - 5,8 чел.⁹³ По данному показателю Российская Федерация опережает развитые страны более чем в 2 раза⁹⁴.

Таким образом, демографическая ситуация в стране оказывает прямое воздействие на функционирование сети медицинских организаций. Изменения в численности населения, в уровне и структуре заболеваемости должны учитываться при планировании деятельности медицинских учреждений, их мощности и финансирования, чтобы при имеющемся ограниченном объеме

⁹¹ См.: Фоменко В.В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения. С. 841-845; Ее же. Перспективы и тенденции экономического развития системы охраны здоровья населения // Стратегія економічного розвитку країн в умовах глобалізації: матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених. У 3 т. Дніпропетровськ: Біла К. О., 2013. Т. 1. С. 63-65.

⁹² По данным Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int>.

⁹³ По данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>.

⁹⁴ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения в Российской Федерации». URL: <http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=13329>.

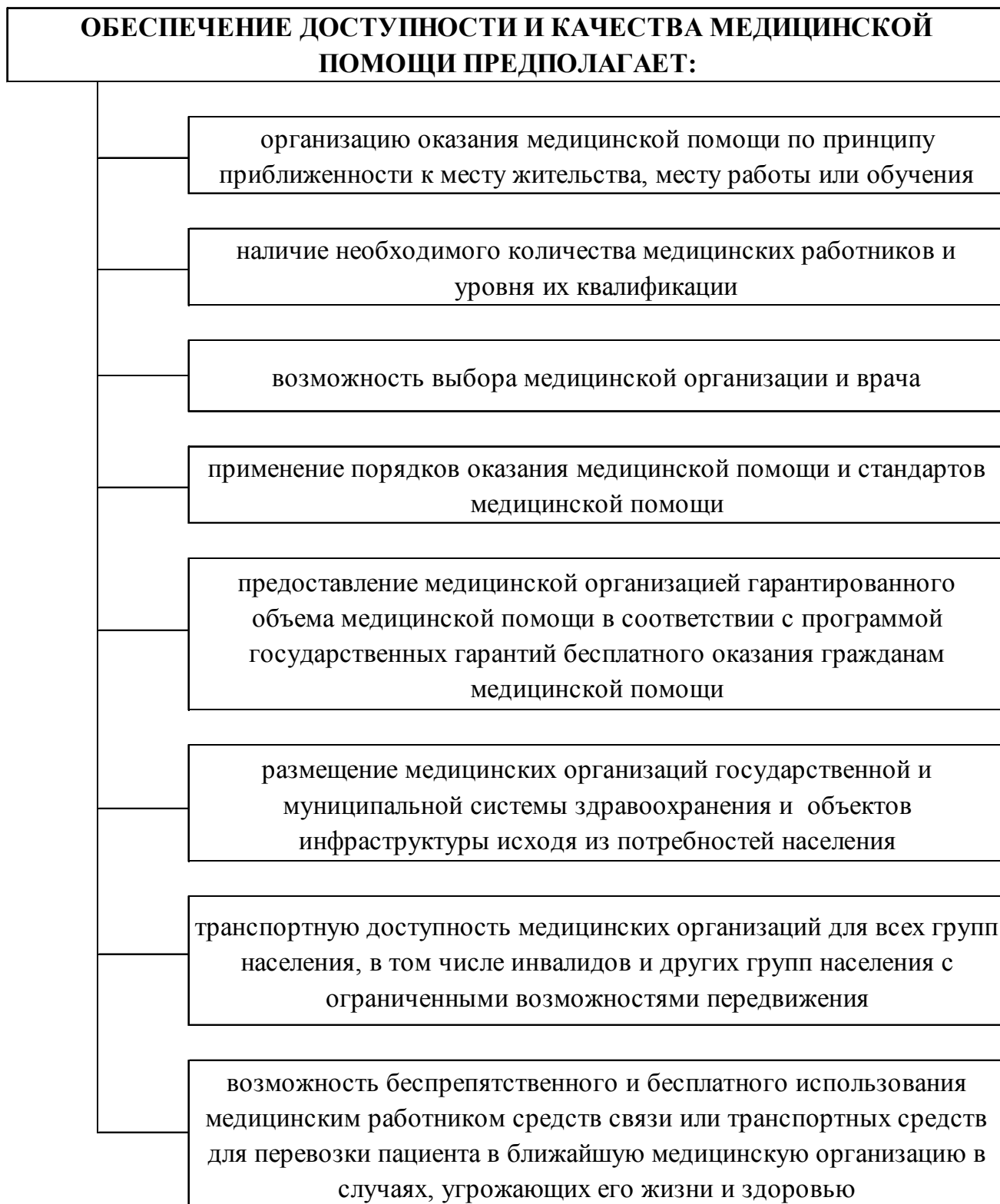


Рисунок 10 - Основные направления обеспечения доступности и качества медицинской помощи в Российской Федерации

Примечание - Составлено автором на основе: Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

ресурсов способствовать созданию и развитию такой системы здравоохранения, которая будет влиять на показатели, отражающие уровень здоровья и качество жизни населения, а также обеспечивать соблюдение принципов доступности и эффективности.

Доступность и качество медицинской помощи являются одними из основных принципов охраны здоровья граждан в Российской Федерации⁹⁵. Основные направления обеспечения доступности и качества медицинской помощи представлены на рисунке 10. Политика государства в здравоохранении законодательно базируется на таких целях, как конкретизация гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению, переход к страховым принципам финансирования медицинской помощи, развитие конкуренции в здравоохранении⁹⁶.

Указанные цели в условиях одноканального финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования подтверждают актуальность финансовых инноваций в медицинском страховании, направленных на обеспечение сбалансированности государственных гарантий в области предоставления медицинской помощи населению, через перераспределение финансовых обязательств между государственными и частными источниками с использованием нормативов, отражающих реальные возможности государства финансировать национальное здравоохранение с учетом современного экономического положения.

Рассматривая эффективность здравоохранения, следует обратить внимание на тот факт, что учреждения, оказывающие медицинские и профилактические услуги, в своей деятельности должны руководствоваться трехкомпонентным понятием эффективности (медицинская, социальная, экономическая).

Совместить три достаточно разнонаправленные компоненты сложно, однако, без какой-либо из них невозможно обеспечить реализацию всех функций

⁹⁵ Федеральный закон Российской Федерации «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21 нояб. 2011 г. № 323-ФЗ.

⁹⁶ Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=133448;frame=1400>.

отдельного медицинского учреждения и системы здравоохранения в целом. Необходимо учитывать, что для частной системы здравоохранения на первом месте находится экономическая эффективность, так как любая коммерческая организация создается с целью получения прибыли. Для государственной системы здравоохранения приоритетом является медицинская и социальная эффективность, что ведет к снижению экономической эффективности деятельности и формирует значительные объемы неэффективных расходов, обусловленных как организационно-структурными диспропорциями, так и отсутствием экономических стимулов функционирования, направленного на результат.

Низкая экономическая эффективность в условиях недостаточного финансирования обуславливает снижение медицинской и социальной эффективности, так как для оказания качественной и доступной медицинской помощи необходимы современное оборудование, квалифицированный персонал, препараты, площади, транспорт и т.д.

Проанализируем состояние сети лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации и определим их соответствие принципам доступности и эффективности. В настоящее время в Российской Федерации медицинская помощь оказывается 703,2 тыс. врачей и 1520,3 тыс. среднего медицинского персонала в 6,2 тыс. больничных учреждений и 16,5 тыс. врачебных амбулаторно-поликлинических организаций (таблица 3).

За период 2005-2013 гг. число больничных учреждений сократилось с 9,8 тыс. до 6,2 тыс., число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций уменьшилось с 22,1 тыс. до 16,5 тыс. Количество больничных учреждений сокращалось ежегодно в среднем на 0,45 тыс. Изменение числа врачебных амбулаторно-поликлинических организаций за период 2005-2013 гг. проявляло разнонаправленные тенденции, снижаясь в период 2005-2010 гг. (с 22,1 тыс. до 15,3 тыс.) и увеличиваясь в период 2010-2013 гг. (с 15,3 тыс. до 16,5 тыс.).

Общее сокращение числа врачебных амбулаторно-поликлинических организаций за период 2005-2013 гг. составило 5,6 тыс. Анализ изменения

количественных показателей, характеризующих сеть лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации, позволяет сделать вывод о сокращении числа больничных организаций при увеличении числа врачебных амбулаторно-поликлинических организаций в период 2010-2013 гг.

Таблица 3 - Характеристика сети лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации в 2005-2013 гг.

Показатели	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Число больничных организаций, тыс.	9,8	9,5	7,5	6,8	6,5	6,5	6,3	6,3	6,2
Число врачебных амбулаторно-поликлинических организаций, тыс.	22,1	21,8	18,8	18,3	15,5	15,3	15,7	16,3	16,5
Число больничных коек на 10 000 чел., шт.	112,2	110,9	109,0	106,6	98,0	96,2	93,8	94,2	92,9
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, посещений в смену на 10 000 чел.	250,8	256,0	255,2	257,4	255,8	256,0	258,0	260,6	263,7
Численность врачей, тыс. чел.	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8	703,2
Численность среднего медицинского персонала, тыс. чел.	1545,8	1529,8	1545,0	1542,5	1511,2	1517,6	1508,7	1530,4	1520,3
Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. URL: http://www.gks.ru .									

Сеть лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации в 2005 г. на 30,7 % была представлена больничными организациями и на 69,3 % - врачебными амбулаторно-поликлиническими организациями. К 2013 г. данное соотношение изменилось и составило 27,3 и 72,7 %. Изменение соотношения является положительной тенденцией с точки зрения повышения эффективности использования ресурсов, наблюдается перераспределение мощности в здравоохранении из стационарного сектора в амбулаторный.

Стационарная помощь является высокозатратной и в комплексе с неэффективными способами оплаты, в основе которых лежат количественные, а не качественные характеристики работы, перетягивает на себя значительный объем финансовых ресурсов. На Заседании президиума Госсовета о задачах субъектов Российской Федерации по повышению доступности и качества медицинской помощи, проведенном в июле 2013 г., Президент В.В. Путин отметил, что необходимо отказаться от неэффективных методов управления, при которых средства направляются на содержание койко-мест⁹⁷. Наряду с изменениями в системе организации медицинской помощи, с развитием стационарзамещающих технологий, с профилактическими мерами и мерами социального характера, которые могут повлиять на затратность здравоохранения в сторону ее снижения, необходимо повсеместное внедрение в деятельность лечебно-профилактических учреждений принципов и моделей управления, направленных на результат, с целью повышения эффективности и рациональности использования средств⁹⁸.

Число больничных коек за период 2005-2013 гг. сократилось с 112,2 до 92,9 на 10 000 чел. Среднее число дней пребывания пациента на койке в 2013 г. составило 12,3 дня. Среднее число дней занятости койки в 2013 г. составило 321 день, увеличившись с 2000 г. на 15 дней, что объясняется общим сокращением коечного фонда. Оборот койки (среднее число пациентов на 1 фактически развернутую койку в год) увеличился с 19,5 до 26,1, т.е. на 6,6. Изменение статистических показателей свидетельствует о сокращении коечного фонда и повышении эффективности его использования, что подтверждается сокращением числа дней пребывания пациента на койке и ростом ее оборота.

Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений за период 2005-2013 гг. увеличилась с 250,8 до 263,7 посещений в смену на 10 000 чел., т.е. на 12,9 посещения в смену. Таким образом, наблюдается перераспределение

⁹⁷ Стенограмма Заседания президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах. 30 июля 2013 г. URL: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973>.

⁹⁸ Фоменко В.В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения. С. 841-845.

мощности в здравоохранении из стационарного сектора, представленного больничными организациями, в амбулаторный сектор, представленный амбулаторно-поликлиническими учреждениями. Но несмотря на положительную динамику, структурные преобразования в здравоохранении производятся медленно, что обуславливает экономическую целесообразность и актуальность финансовых инноваций.

Важной характеристикой здравоохранения, обеспечивающей доступность, качество и эффективность медицинской помощи населению, является кадровая обеспеченность лечебно-профилактической сети (таблица 4). Анализ динамики численности врачей и среднего медицинского персонала позволяет сделать следующие выводы. Изменение численности врачей за период 2005-2013 гг. было разнонаправленным. В целом, за период 2005-2013 гг. численность врачей увеличилась с 688,2 тыс. чел. до 703,2 тыс. чел.

**Таблица 4 - Характеристика кадровой обеспеченности сети
лечебно-профилактических учреждений Российской Федерации в 2005-2013 гг.**

Показатели	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Численность врачей, тыс. чел.	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8	703,2
Численность среднего медицинского персонала, тыс. чел.	1545,8	1529,8	1545,0	1542,5	1511,2	1517,6	1508,7	1530,4	1520,3
Обеспеченность врачей средним медицинским персоналом	2,2	2,2	2,2	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2
Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики Российской Федерации. URL: http://www.gks.ru .									

Численность среднего медицинского персонала за период 2005-2013 гг. сократилась с 1545,8 тыс. чел. до 1520,3 тыс. чел., т.е. на 25,5 тыс. чел. Обеспеченность врачей средним медицинским персоналом в 2013 г. составила 1:2,2. Такое соотношение отражает диспропорцию кадрового обеспечения в системе здравоохранения, оптимальным считается соотношение 1:3.

Обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом в Российской Федерации составляет 49,2 и 106,1 на 10 000 чел., соответственно.

В среднем по Европе обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом составляет 33,3 и 84,2, соответственно. Показатель количества врачей и среднего медицинского персонала на душу населения в Российской Федерации превышает средний европейский уровень. В Российской Федерации планируется к 2020 г. снижение данного показателя до 40,2 на 10 000 чел. и увеличение обеспеченности врачей средним медицинским персоналом до оптимального соотношения 1:3. Обеспеченность квалифицированным медицинским персоналом лечебно-профилактических учреждений государственной и муниципальной форм собственности остается одной из ключевых проблем отрасли. Качество, доступность и эффективность медицинской помощи напрямую зависят от уровня профессионализма медицинских кадров⁹⁹.

Наблюдается отток кадров из учреждений государственной и муниципальной форм собственности в организации других форм собственности, которые предлагают иные условия труда и уровень заработной платы. Отток кадров из государственной системы здравоохранения в частную влечет за собой снижение качества и доступности медицинской помощи, оказываемой в учреждениях государственной и муниципальной форм собственности.

Несбалансированность персонала, структурные диспропорции между стационарной и амбулаторно-поликлинической помощью обуславливают неэффективность расходов в здравоохранении. Общий объем неэффективных расходов в здравоохранении ежегодно увеличивается и в среднем составляет 16 % от общего объема неэффективных расходов. Основная часть неэффективных расходов в здравоохранении представлена расходами на кадровые ресурсы - 84 %; на оказание стационарной помощи приходится 11 %; на оказание скорой помощи - 5 %¹⁰⁰. Снижение численности занятых в секторе здравоохранения не вызывает

⁹⁹ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

¹⁰⁰ Доклад об эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в 2013 году.

соответствующего снижения неэффективных расходов на кадровые ресурсы, что говорит о несбалансированности персонала.

Неэффективность расходов на стационарную помощь обусловлена несбалансированностью коечного фонда по ряду профилей оказания медицинской помощи и недостаточной эффективностью его использования. Коечный фонд сокращается незначительно и практически в 2 раза превышает показатель зарубежных стран (в среднем в странах Европы показатель обеспеченности больничными койками составляет 61 на 10 000 чел.)¹⁰¹.

Анализ показателей свидетельствует о необходимости оптимизации бюджетных расходов в здравоохранении. Несогласованность использования ресурсов обуславливает актуальность финансовых инноваций в здравоохранении, которые позволят снизить объем неэффективных расходов и будут способствовать повышению эффективности деятельности.

По уровню финансирования национального здравоохранения Российская Федерация, по мнению Всемирной организации здравоохранения, относится к группе стран с неприоритетным типом здравоохранения, в отличие от других развитых стран¹⁰². Несмотря на то, что общий объем расходов ежегодно увеличивается, доля консолидированного бюджета здравоохранения в валовом внутреннем продукте Российской Федерации колеблется на уровне 3,5 %, в то время как средний показатель по европейским странам находится на уровне 8 % (рисунок 11).

Консолидированный бюджет здравоохранения в данном случае подразумевает средства федерального, региональных и местных бюджетов, а также государственных внебюджетных фондов. Как видно из представленных данных, показатель по Российской Федерации более чем в 2 раза ниже среднеевропейского, что говорит о наличии проблем финансового обеспечения

¹⁰¹ Мировая статистика здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения. 2013.

¹⁰² Колетова Т.О., Фоменко В.В., Сурнина Н.М. Макроэкономические аспекты результативности системы здравоохранения РФ на современном этапе // Конкурентоспособность территорий и предприятий меняющейся России: материалы X Всерос. форума молодых ученых. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2007. Ч. 2. С. 145.

функционирования отечественного здравоохранения. Показатели естественного прироста, уровня заболеваемости, продолжительности жизни российского населения значительно уступают показателям, которые демонстрируют европейские страны, что подчеркивает корреляцию расходов на здравоохранение и состояния здоровья граждан.

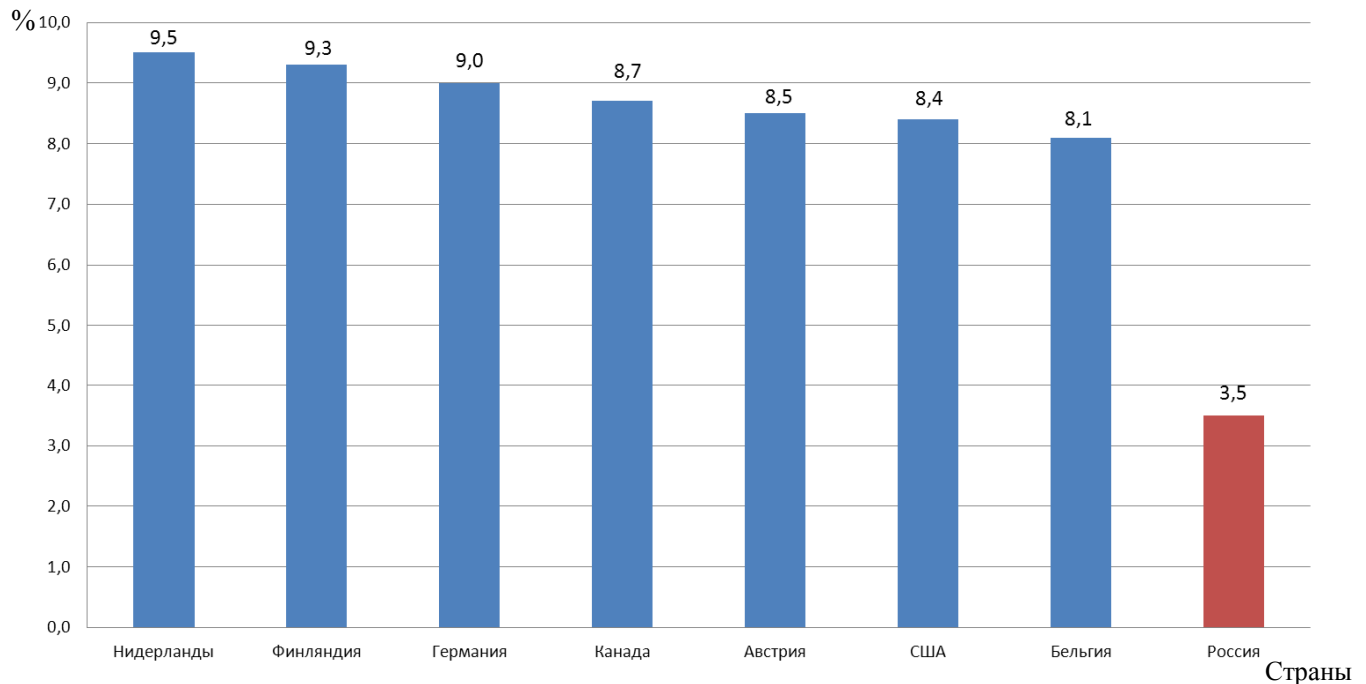


Рисунок 11 - Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП

Примечание - Составлено автором на основе: Мировая статистика здравоохранения / Всемирная организация здравоохранения, 2013. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf.

Статистические данные свидетельствуют о том, что расходы консолидированного бюджета Российской Федерации и государственных внебюджетных фондов на здравоохранение ежегодно увеличиваются (таблица 5). За 2009-2013 гг. рост в абсолютном выражении составил 780,46 млрд руб., средний ежегодный темп прироста - 8,8 %. Валовой внутренний продукт в текущих ценах за 2009-2013 гг. в абсолютном выражении вырос на 27 948,08 млрд руб., средний ежегодный темп прироста составил 10,5 %, что выше среднего ежегодного темпа прироста расходов на здравоохранение на 1,7 %. Данный факт обосновывает незначительное изменение доли государственных расходов на здравоохранение в валовом внутреннем продукте и даже ее снижение в 2013 г. до 3,5 %.

Государственные расходы на здравоохранение находятся в прямой зависимости от финансовых возможностей страны, темпов экономического роста. Темпы экономического роста в 2013 г. прогнозировались на уровне 3,5 %, фактически прогнозы не оправдались, индекс физического объема ВВП составил 101,3 %.

Таблица 5 - Динамика государственных расходов на здравоохранение Российской Федерации в 2009-2013 гг., млрд руб.

Год	Расходы консолидированного бюджета РФ и государственных внебюджетных фондов на здравоохранение	Темп прироста, %	Валовой внутренний продукт (в текущих ценах)	Темп прироста, %	Индекс физического объема ВВП, % к предыдущему году	Доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП, %
2009	1537,53	-	38 807,22	-	92,2	4,0
2010	1592,92	3,6	46 308,54	19,3	104,5	3,4
2011	1933,13	21,4	55 799,57	20,5	104,3	3,5
2012	2283,35	18,1	62 599,06	12,2	103,4	3,6
2013	2317,99	1,5	66 755,30	6,6	101,3	3,5

Примечание - Составлено автором на основе данных: Федерального казначейства «Отчет об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов» за 2009-2013 гг. URL: <http://www.roskazna.ru/konsolidirovannogo-byudzheta-rf>; Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>; «Обзора экономических показателей» Экономической экспертной группы Министерства финансов РФ от 20 янв. 2014 г. URL: http://www.eeg.ru/downloads/obzor/rus/pdf/2014_01.pdf.

В сравнении с 2012 г. при прогнозируемом темпе экономического роста в 3,7 % фактический показатель составил 3,4 % (на 0,3 % ниже планового показателя)¹⁰³. В 2013 г. темп прироста валового внутреннего продукта Российской Федерации в текущих ценах составил 6,6 %, что является минимальным показателем за последние 4 года. Снижение темпов прироста

¹⁰³ «Обзор экономических показателей» Экономической экспертной группы Министерства финансов РФ от 20 янв. 2014 г. URL: http://www.eeg.ru/downloads/obzor/rus/pdf/2014_01.pdf.

обусловлено, главным образом, сокращением объемов инвестиций в основной капитал. Дальнейшее замедление темпов экономического роста будет негативно сказываться на уровне финансовой обеспеченности национальной системы здравоохранения, а следовательно и на показателях здоровья населения, таких как уровень заболеваемости, рождаемость, смертность, численность населения и т.д.

Экономические проблемы государства находят свое отражение в показателях формирования и исполнения бюджета. Доходы федерального бюджета в 2013 г. составили 13 019,95 млрд руб., что ниже показателя 2012 г. на 164,41 млрд руб. (таблица 6). Основной причиной уменьшения доходов федерального бюджета в 2013 г. было снижение доли нефтегазового сектора¹⁰⁴.

Таблица 6 - Динамика финансирования здравоохранения за счет средств федерального бюджета Российской Федерации в 2009-2016 гг., млрд руб.

Год	Доходы федерального бюджета (всего), млрд руб.	Расходы федерального бюджета (всего), млрд руб.	Дефицит/Профицит, млрд руб.	Расходы федерального бюджета на здравоохранение, млрд руб.	Темп прироста, %	Доля расходов на здравоохранение от общей суммы расходов федерального бюджета, %
2009	7337,75	9660,06	-2322,31	352,31	-	3,6
2010	8305,41	10 117,45	-1812,04	347,35	-1,4	3,4
2011	11 367,65	10 925,62	442,04	499,55	43,8	4,6
2012	12 855,54	12 894,99	-39,45	613,82	22,9	4,8
2013	13 019,94	13 342,92	-322,98	501,98	-18,2	3,8
2014	13 570,54	13 960,13	-389,59	462,52	-7,86	3,3
2015	14 564,94	15 361,54	-796,60	399,66	-13,59	2,6
2016	15 905,71	16 392,21	-486,50	407,99	2,08	2,5

Примечание - Составлено автором на основе: Федеральных законов «Об исполнении федерального бюджета» за 2009-2013 гг.; Федерального закона «О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов» от 2 дек. 2013 г. № 349-ФЗ.

* 2015-2016 гг. - плановые показатели.

¹⁰⁴ «Обзор экономических показателей» Экономической экспертной группы Министерства финансов РФ от 20 янв. 2014 г.

Расходы федерального бюджета в 2013 г. составили 13 342,90 млрд руб., что выше показателя 2012 г. на 447,91 млрд руб. Федеральный бюджет был исполнен с дефицитом в 322,95 млрд руб., что составляет 0,5 % ВВП (в 2012 г. - 0,1 %). За последние пять лет только в 2011 г. федеральный бюджет был бездефицитным.

Дефицит бюджета влечет за собой изменение финансовых потоков, носящее перераспределительный характер, что негативно сказывается на финансовом обеспечении социальной сферы, к которой относится национальная система здравоохранения, что можно продемонстрировать, проанализировав динамику дефицита федерального бюджета и расходов федерального бюджета на здравоохранение.

Расходы федерального бюджета на здравоохранение в 2013 г. составили 501,98 млрд руб. и сократились относительно 2012 г. на 111,84 млрд руб. (18,2 %) при увеличении дефицита федерального бюджета до 322,95 млрд руб. (на 283,5 млрд руб.). В 2014 г. Федеральным законом утверждено расходов на здравоохранение в размере 462,52 млрд руб., что на 39,46 млрд руб. меньше, чем в 2013 г., при этом дефицит федерального бюджета продолжит увеличиваться и составит 322,95 млрд руб. (рост - 66,64 млрд руб.). Показатель расходов на здравоохранение в 2015 г. составляет 399,66 (на 62,86 млрд руб. меньше, чем в 2014 г.). Дефицит федерального бюджета в 796,6 млрд руб. будет максимальным за пятилетний период.

В 2016 г. планируется незначительное увеличение расходов на здравоохранение - до 407,99 (на 8,33 млрд руб.) при сокращении дефицита федерального бюджета на 310,10 млрд руб. Можно сделать вывод, что динамика расходов федерального бюджета на здравоохранение повторяет динамику дефицита бюджета, и это еще раз подтверждает зависимость финансового обеспечения от экономического положения страны и обуславливает необходимость финансовых инноваций в здравоохранении в целом и в системе медицинского страхования в частности.

Также показательным является изменение доли расходов на здравоохранение в структуре федерального бюджета Российской Федерации,

которая в 2013 г. составила 3,8 %, сократившись по сравнению с 2012 г. на 1 %, и будет продолжать ежегодно снижаться в период 2014-2016 гг. до 2,5 %.

Однако стоит отметить, что снижение объема ассигнований из федерального бюджета обусловлено также и переходом на преимущественно одноканальную систему финансирования здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования, т.е. меняется источник средств при сохранении общего объема расходов¹⁰⁵. Однако в условиях ограниченности государственных ресурсов необходимо не только перераспределение источников их формирования, направленное на повышение эффективности, но и внедрение механизмов, призванных, во-первых, сбалансировать провозглашаемые гарантии и их ресурсное обеспечение, а во-вторых, обеспечить поступление новых объемов финансовых ресурсов в отрасль для достижения поставленных целей с соблюдением принципов доступности, качества и эффективности.

2.2 Обязательное медицинское страхование в системе финансового обеспечения государственных гарантий медицинской помощи

В Российской Федерации в настоящее время финансирование системы здравоохранения базируется на применении моделей Бевериджа и Бисмарка, что реализуется в сосуществовании системы обязательного медицинского страхования и патерналистской направленности государственных расходов на охрану здоровья населения страны. То есть основу финансирования

¹⁰⁵ Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов. URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=133448;frame=1400>.

здравоохранения составляют средства системы обязательного медицинского страхования и бюджета.

Соотношение данных источников дифференцировалось во времени. Если в 2008 г. на долю бюджетных средств приходилось 85 %, а на долю системы обязательного медицинского страхования - 15 % в объеме финансирования здравоохранения, то в 2013 г. доля бюджетных средств снизилась до 55 %, а доля средств системы обязательного медицинского страхования возросла до 45 %, что обусловлено переходом на преимущественно одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования (рисунок 12).

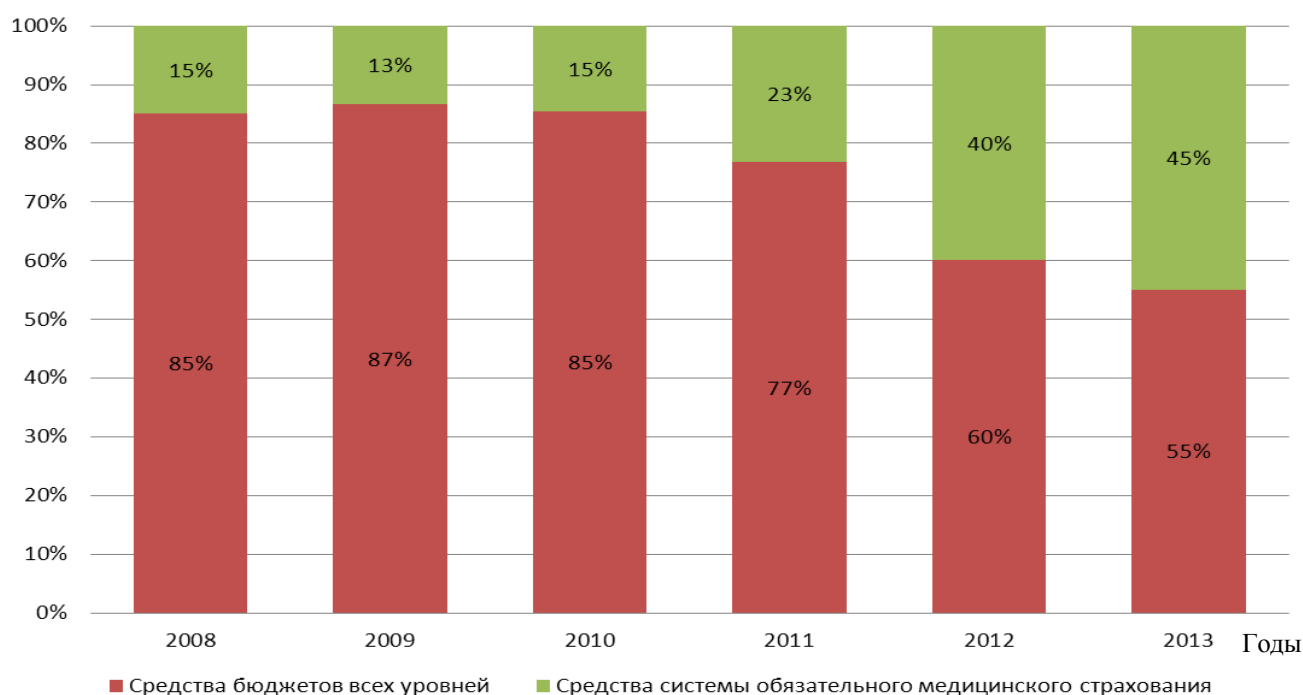


Рисунок 12 - Динамика структуры государственных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2008-2013 гг.

Примечание - Составлено автором на основе данных Федерального казначейства: «Отчет об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов» за 2008-2013 гг. URL: <http://www.roskazna.ru/konsolidirovannogo-byudzheta-rf>.

Предоставление бесплатной медицинской помощи населению Российской Федерации осуществляется на основе «Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи»

(далее - Программа государственных гарантий), которая призвана обеспечивать получение качественной и доступной медицинской помощи.

Программа государственных гарантий устанавливает: перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи; перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно; категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно. Также программой определяются средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи¹⁰⁶.

Источниками финансового обеспечения Программы государственных гарантий являются средства системы обязательного медицинского страхования, федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, местных бюджетов, которые направляются на финансирование первичной медико-санитарной, скорой, специализированной, в том числе высокотехнологичной, и паллиативной помощи населению в зависимости от принадлежности медицинской организации, включения в базовую программу обязательного медицинского страхования, передачи полномочий (приложение Б).

Программа государственных гарантий основана на нормативах объема медицинской помощи, исходя из которых осуществляется финансово-экономическое обоснование подушевых нормативов финансового обеспечения для целей формирования территориальных программ государственных гарантий. Первоначально устанавливаются нормативы объемов медицинской помощи на человека и нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, исходя из которых формируются подушевые нормативы финансирования. Подушевые нормативы, установленные Программой

¹⁰⁶ Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

государственных гарантий на 2014 г. и на плановый период 2015 и 2016 гг. (без учета средств федерального бюджета), представлены в таблице 7.

На 2014 г. подушевой норматив установлен размере 10 294,4 руб., в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы - 6962,5 руб. (т.е. обеспечивается средствами

Таблица 7 - Динамика подушевого норматива финансирования бесплатной медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий (без средств федерального бюджета) в 2012-2016 гг.

Год	Подушевой норматив, руб.	Темп прироста, %	В том числе за счет средств обязательного медицинского страхования, руб.	Обеспеченность средствами обязательного медицинского страхования, %
2012	7633,4	-	4 102,9	54
2013	9032,5	18,3	5 942,5	66
2014	10 294,4	14,0	6 962,5	68
2015	12 096,7	17,5	8 481,5	70
2016*	12 642,1	4,5	8 863,2	70

Примечание - Составлено автором на основе: Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов; Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов; Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.
* 2015-2016 гг. - плановые показатели.

обязательного медицинского страхования на 68 %). Рост показателя по сравнению с 2013 г. составил 14 % (в 2013 г. подушевой норматив был установлен в размере 9032,5 руб., в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - 5942,5 руб. (66 %)). Плановые показатели на 2015 и 2016 гг. составляют 12 096,7 руб. и 12 642,1 руб., соответственно, в том числе за счет средств обязательного медицинского страхования - 8481,50 руб. (70 %) и 8863,20 руб. (70 %), соответственно. Таким образом, анализ подушевых нормативов финансового обеспечения программы государственных гарантий показывает, что ежегодно наблюдается законодательно закрепляемое увеличение норматива.

Однако стоит отметить, что на фоне роста подушевого норматива на 14-18 % в 2013-2015 гг. в 2016 г. планируется его увеличение лишь на 4,5 %. Доля средств системы обязательного медицинского страхования в структуре подушевого норматива финансирования будет увеличиваться, и в 2016 г. планируется достичь 70 %, что обусловлено переходом на одноканальное финансирование здравоохранения. Данный норматив является базовым и необходим для расчета территориальных нормативов. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий разрабатывают и утверждают территориальные программы. Норматив финансового обеспечения территориальных программ не может быть ниже базового, но может превышать его, при этом разница компенсируется за счет средств бюджета субъекта Российской Федерации.

Фактические расходы за счет всех источников финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в 2013 г. достигли 1976,4 млрд руб., (3,0 % от ВВП) (таблица 8). По сравнению с 2012 г. прирост расходов составил 15,0 %, по сравнению с 2011 г. - около 23 %. Наблюдается положительная тенденция увеличения фактических расходов на реализацию территориальных программ государственных гарантий, однако темп прироста не проявляет стабильности, а доля от валового внутреннего продукта снижается (с 3,5 % в 2009 г. до 3,0 % в 2013 г.). С учетом негативной демографической ситуации, роста заболеваемости данное положение является неудовлетворительным с точки зрения обеспечения постоянно возрастающей потребности граждан в качественной и доступной медицинской помощи.

В структуре фактических расходов на реализацию территориальных программ государственных гарантий за 2009-2013 гг. наблюдается снижение доли средств федерального бюджета с 28,4 до 16,7 %, снижение доли средств бюджетов субъектов с 34,9 до 24,2 % и рост доли средств системы обязательного медицинского страхования с 36,7 до 59,1 %, что обусловлено постепенным переходом на преимущественно одноканальное финансирование.

Таблица 8 - Динамика финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации в 2009-2013 гг., млрд руб.

Показатель	2009	2010	2011	2012	2013
Фактические расходы за счет всех источников финансового обеспечения	1378,60	1449,90	1596,90	1718,4	1976,4
Прирост, %	-	5,2	10,1	7,6	15,0
% от ВВП	3,5	3,2	2,9	2,7	3,0
В том числе:					
федеральный бюджет	391,6	393,1	403,7	411,4	330,3
доля, %	28,4	27,1	25,3	23,9	16,7
бюджеты субъектов	481,6	516,4	568,3	580,6	478,2
доля, %	34,9	35,6	35,6	33,8	24,2
система обязательного медицинского страхования	505,4	540,4	624,9	726,4	1 167,9
доля, %	36,7	37,3	39,1	42,3	59,1
Дефицит финансового обеспечения территориальных программ	384,60	337,3	238,0	164,5	81,7
Количество субъектов РФ, в которых территориальные программы государственных гарантий бездефицитны	8	9	11	17	25
Примечание - Составлено автором на основе «Докладов о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за 2009-2013 гг. URL: https://www.rosminzdrav.ru/health/guarantee .					

Основной проблемой реализации программы государственных гарантий является значительный дефицит ее финансового обеспечения. В 2013 г. дефицит финансового обеспечения реализации территориальных программ государственных гарантий составил 81,7 млрд руб., сократившись с 2009 г. более чем в 4 раза. Несмотря на наличие положительных тенденций, таких как ежегодное увеличение фактических расходов на реализацию программы, уменьшение дефицита финансового обеспечения территориальных программ, рост количества субъектов, в которых программы бездефицитны (с 8 в 2009 г. до 25 в 2013 г.), дефицит сохраняется (более 20 % по отдельным территориальным программам). Этот факт напрямую свидетельствует о том, что заявленные

гарантии оказания бесплатной медицинской помощи не реализуются, имеющихся финансовых ресурсов недостаточно для финансового обеспечения законодательно установленных нормативов.

Следует отметить, что наблюдается значительная дифференциация субъектов Российской Федерации по обеспеченности здравоохранения финансовыми ресурсами. На рисунке 13 приведена группировка субъектов по

от 0% до 10% 25 субъектов		от 10% до 15% 18 субъектов		свыше 15% 15 субъектов	
Костромская область	-9,6	Забайкальский край	-15,0	Республика Дагестан	-22,1
Республика Тыва	-9,4	Карачаево-Черкесская Республика	-14,7	Республика Марий Эл	-21,4
Республика Татарстан	-9,4	Саратовская область	-13,7	Республика Хакасия	-20,1
Ростовская область	-9,2	Кабардино-Балкарская Республика	-13,6	Республика Алтай	-19,9
Ульяновская область	-9,2	Приморский край	-13,5	Республика Калмыкия	-19,5
Еврейская автономная область	-8,9	Новосибирская область	-13,4	Тамбовская область	-18,5
Республика Северная Осетия-Алания	-8,5	Владимирская область	-12,8	Чеченская Республика	-17,8
Удмуртская Республика	-7,6	Иркутская область	-12,6	Республика Ингушетия	-17,8
Кировская область	-7,3	Ставропольский край	-12,5	Алтайский край	-17,5
Смоленская область	-6,8	Ивановская область	-11,9	Волгоградская область	-17,3
Оренбургская область	-6,7	Курганская область	-11,8	Вологодская область	-17,3
Калининградская область	-6,4	Кемеровская область	-11,5	Пензенская область	-17,2
Чувашская Республика	-5,2	Курская область	-11,5	Республика Карелия	-16,6
Воронежская область	-5,2	Республика Бурятия	-10,9	Архангельская область	-16,2
Республика Адыгея	-4,8	Амурская область	-10,6	Брянская область	-15,7
Орловская область	-4,7	Мурманская область	-10,5		
Красноярский край	-2,5	Томская область	-10,4		
Республика Башкортостан	-2,3	Челябинская область	-10,1		
Липецкая область	-2,3				
Нижегородская область	-1,5				
Новгородская область	-1,0				
Рязанская область	-0,7				
Белгородская область	-0,6				
Самарская область	-0,6				
Республика Мордовия	-0,2				

Рисунок 13 - Группировка субъектов Российской Федерации по доле дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи от потребности

Примечание - Составлен автором на основе «Доклада о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи» за 2013 г.

доле дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий бесплатной медицинской помощи от потребности. Территориальные программы в 2013 г. были бездефицитны в 25 субъектах

Российской Федерации, дефицит до 10 % имели программы государственных гарантий в 25 субъектах (43 %), от 10 до 15 % - в 18 субъектах (31 %), свыше 15 % - в 15 субъектах (26 %). Наибольший дефицит продемонстрировали Республика Дагестан (22,1 %) и Республика Марий Эл (21,4 %).

Таким образом, территориальные программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в 33 субъектах имеют дефицит свыше среднего показателя по Российской Федерации в 10 %. Это еще раз подчеркивает наличие проблем в обеспечении реализации конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь и доказывает актуальность финансовых инноваций в здравоохранении в целом и в системе обязательного медицинского страхования в частности.

Помимо дефицита финансового обеспечения реализации территориальных программ государственных гарантий, наблюдается значительная дифференциация подушевых нормативов, а также расходов органов власти на финансирование оказания бесплатной медицинской помощи неработающему населению по субъектам Российской Федерации.

Представим подушевой норматив финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе (ХМАО) - Югре, Свердловской области, Курганской области и Республике Дагестан (таблица 9). Сравнение нормативов финансирования, представленных в таблице, с федеральным нормативом показывает, что в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре программа государственных гарантий значительно расширена, территориальный подушевой норматив превышает федеральный на 25 728,6 руб.

В Свердловской области территориальный норматив также выше федерального (на 3306,9 руб.). Подушевой норматив финансирования в Курганской области превышает значение федерального норматива незначительно - на 668,8 руб. Все эти субъекты Федерации демонстрируют территориальные подушевые нормативы финансирования бесплатной медицинской помощи выше значения федерального подушевого норматива, что не достигается в Республике

Дагестан. В Республике Дагестан значение территориального подушевого норматива ниже федерального на 2874,6 руб., что свидетельствует о нарушении конституционных прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, а также о нарушении принципа равной доступности медицинской помощи для всех граждан Российской Федерации, который обеспечивается установлением базового федерального норматива, обязательного к исполнению всеми субъектами.

Таблица 9 - Подушевой норматив финансирования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре, Свердловской области, Курганской области и Республике Дагестан в 2014 г., руб.

№ п/п	Территория	Подушевой норматив финансирования
1	ХМАО - Югра	36 023,00
2	Свердловская область	13 601,30
3	Курганская область	10 963,20
5	Республика Дагестан	7 419,80
6	Федеральный норматив	10 294,40
Примечание - Составлено автором на основе данных: «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»; «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»; «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Курганской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»; «Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов»; «Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов».		

Различие в территориальных подушевых нормативах финансирования бесплатной медицинской помощи во многом обусловлено экономическим положением субъектов Российской Федерации, так как расширение базового норматива осуществляется за счет средств бюджетов субъектов, что при экстраполяции на федеральный уровень еще раз доказывает прямую зависимость реальной возможности государства обеспечивать все возрастающие потребности

населения в качественной, высокотехнологичной медицинской помощи от состояния национальной экономики.

При реализации базовой программы обязательного медицинского страхования страховщиком выступает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который является некоммерческой организацией, созданной для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования¹⁰⁷.

Федеральный фонд аккумулирует средства, которые направляются на финансирование территориальных программ государственных гарантий в части выполнения базовой программы обязательного медицинского страхования. Рассмотрим основные характеристики объемов доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации (таблица 10).

Достаточно показательным является анализ плановых и фактических показателей деятельности Фонда. В 2011 г. законом предусматривалось получение доходов в объеме 336,0 млрд руб., расходы планировались в том же объеме, что предполагало сбалансированность бюджета Фонда. Было исполнено доходов в объеме 348,4 млрд руб., расходов в объеме 310,4 млрд руб. То есть превышение фактического значения объема полученных доходов над плановым составило 12,4 млрд руб. По расходам наблюдалась противоположная ситуация - фактическое значение оказалось ниже планового на 25,5 млрд руб.

В целом, бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2011 г. был исполнен с общим профицитом как положительной разницей между доходами и расходами в объеме 38,0 млрд руб.

В 2012 г. бюджет Фонда был запланирован по доходам и расходам в объеме 916,8 млрд руб., что больше, чем в 2011 г., на 580,8 млрд руб. Такие показатели плановых объемов доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования обусловлены изменениями в тарифах страховых взносов.

¹⁰⁷ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 нояб. 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 12 марта 2014 г.).

Таблица 10 - Основные характеристики объемов доходов и расходов Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2011-2016 гг., млрд руб.

Год, показатель		Доходы, всего	Расходы		Дефицит/ Профицит
			всего	в том числе на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования	
2011	Закон	336,00	336,00	89,90	
	Испол.	348,40	310,40	96,00	38,00
	Откл.	12,40	-25,60	6,10	
2012	Закон	916,80	916,80	611,50	
	Испол.	966,50	932,20	640,60	34,30
	Откл.	49,70	15,40	29,10	
2013	Закон	1059,30	1059,30	985,40	
	Испол.	1101,40	1048,70	1025,40	52,60
	Откл.	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	

Примечание - Составлено автором на основе: Федеральный закон от 8 дек. 2010 г. № 333-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год»; Федеральный закон от 30 окт. 2011 г. (в ред. от 3 дек. 2012 г.) № 370-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год»; Федеральный закон от 3 дек. 2012 г. № 217-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов»; Федеральный закон от 2 дек. 2013 г. № 321-ФЗ «О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов»; Федеральный закон от 2 окт. 2012 г. № 154-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2011 год»; Федеральный закон от 30 сент. 2013 г. № 256-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2012 год»; Федеральный закон от 14 окт. 2014 г. № 296-ФЗ «Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2013 год».

В 2011 г. тариф страхового взноса в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования составлял 3,1 % и 2 % поступало в бюджеты территориальных фондов обязательного медицинского страхования. С 2012 г. применяется тариф в размере 5,1 % и все средства поступают в бюджет

Федерального фонда, а территориальные фонды получают средства в виде межбюджетных трансферов из Федерального фонда.

В 2012 г. было исполнено доходов Фонда в объеме 966,5 млрд руб., расходов в объеме 932,2 млрд руб. Таким образом, превышение фактического выполнения по доходам составило 49,7 млрд руб., по расходам - 15,4 млрд руб. с общим профицитом бюджета Фонда в объеме 34,3 млрд руб. То есть, несмотря на превышение запланированных показателей, бюджет остался профицитным за счет получения доходов свыше планового объема.

В 2013 г. было исполнено доходов Фонда в объеме 1101,4 млрд руб., расходов в объеме 1048,7 млрд руб. Таким образом, превышение фактического выполнения по доходам составило 42,1 млрд руб., по расходам исполнено было меньше на 10,6 млрд руб., общий профицит бюджета Фонда составил 52,6 млрд руб. Рост доходов и расходов Фонда в 2014 г. по сравнению с 2013 г. составляет 180,8 млрд руб. (17,1 %). В 2015 г. доходов и расходов Федерального фонда запланировано больше, чем в 2014 г., на 211,9 млрд руб. в абсолютном выражении (17,1 %), в 2016 г. больше, чем в 2015 г., на 69,3 млрд руб. (4,8 %). Как свидетельствует проведенный анализ показателей доходов и расходов Федерального фонда, наблюдается ежегодный прирост в размере 15-17 % за исключением плановых показателей на 2016 г.

Особого внимания в рамках проводимого исследования заслуживает анализ расходов Фонда на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования. В 2011 г. на выполнение Территориальных программ было запланировано 89,9 млрд руб. Фактическое выполнение финансирования составило 96,0 млрд руб. с превышением на 6,1 млрд руб. В 2012 г. на выполнение территориальных программ было запланировано 611,5 млрд руб. Фактическое выполнение финансирования составило 640,6 млрд руб. с превышением на 29,1 млрд руб. В 2013 г. на выполнение территориальных программ было запланировано 985,4 млрд руб. Фактическое выполнение финансирования составило 1025,4 млрд. руб. с превышением планового

показателя на 40,0 млрд руб. Таким образом, проявляется тенденция ежегодного превышения фактических расходов на выполнение территориальных программ обязательного медицинского страхования над запланированными.

В 2014 г. темп прироста расходов Федерального фонда на реализацию территориальных программ замедлился до 19,2 %, что в абсолютном выражении составило 188,9 млрд руб. В 2015 г. особых изменений не наблюдается, на реализацию территориальных программ выделено 1430,5 млрд руб., темп прироста сохранился на уровне 21,8 %. В отличие от рассмотренных показателей, в 2016 г. прирост расходов на реализацию территориальных программ составит 4,5 %, запланировано расходов в размере 1494,9 млрд руб.

Можно сделать вывод, что система обязательного медицинского страхования в целом демонстрирует финансовую устойчивость, бюджет сохраняется профицитным, это обеспечивается превышением сумм поступающих в бюджет средств над объемом производимых расходов на выполнение функций. Доходы Федерального фонда обязательного медицинского страхования ежегодно увеличиваются; растет объем средств, направляемых на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования в их базовой части.

Однако стоит отметить, что финансовая стабильность системы обязательного медицинского страхования находится в зависимости и от состояния экономики страны, темпов экономического роста, так как страхователями в системе обязательного медицинского страхования выступают работодатели (для работающих граждан) и органы власти субъекта Федерации (для неработающих), от положения которых зависит возможность произвести уплату соответствующих страховых взносов. Финансовые инновации в медицинском страховании позволят обеспечить финансовую стабильность здравоохранения в изменяющихся условиях социально-экономического положения страны.

2.3 Софинансирование здравоохранения через систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг

Государственная система здравоохранения базируется на таких принципах, как бесплатность, доступность и всеобщий охват. В основе финансового обеспечения заложены нормативы объемов медицинской помощи, нормативы финансового обеспечения этих объемов и подушевые нормативы финансирования помощи, оказываемой в рамках территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению. Государство гарантирует минимальные стандарты для всех нуждающихся в оказании медицинской помощи, которая предоставляется гражданам бесплатно в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения. Всего 6 % частных медицинских организаций участвует в системе обязательного медицинского страхования, что обусловлено низкими тарифами на оплату медицинской помощи, оказываемой населению бесплатно¹⁰⁸.

Существующая система медицинского обслуживания стала входить в противоречие с предъявляемыми потребностями населения, имеющего возможность оплачивать медицинские услуги, оказываемые частными клиниками с высоким уровнем сервиса, без очередей и длительных сроков ожидания, высококвалифицированным персоналом с применением новейшего оборудования.

Оценка современного уровня развития частного сектора здравоохранения в Российской Федерации, а также факторов его дальнейшего роста позволит сделать вывод о наличии объективных условий для финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Динамика денежных доходов населения Российской Федерации представлена в таблице 11. Как показывают данные, среднедушевые денежные

¹⁰⁸ Согласно данным российского мониторинга экономического положения и здоровья населения.

доходы населения увеличивались с каждым годом в среднем на 11 % и в 2013 г. составили 25 511,70 руб., что превышает показатель 2009 г. в абсолютном выражении на 8616,70 руб. (на 51 %). Стоит учитывать тот факт, что рост среднедушевых денежных доходов населения Российской Федерации вызван не снижением численности населения (как было показано выше, численность населения за период 2009-2013 гг. выросла на 0,9 млн чел.). Наблюдается реальный рост денежных доходов населения, что также подтверждается показателями, характеризующими динамику среднемесячной номинальной начисленной заработной платы, которая увеличилась с 18 638,00 руб. в 2009 г. до 29 960,00 руб. в 2013 г., т.е. на 11 322,00 руб., или на 60,7%. Средний темп прироста за период 2009-2013 гг. составил 12,6 %. Положительным фактором также выступает снижение уровня безработицы с 8,3 % в 2009 г. до 5,5 % в 2013 г.

Таблица 11 - Динамика денежных доходов населения Российской Федерации в 2009-2013 гг., руб.

Показатели	2009	2010	2011	2012	2013
Среднедушевые денежные доходы населения	16 895,00	18 958,40	20 780,00	23 058,00	25 511,70
Темп прироста, %	-	12,2	9,6	11,0	8,0
Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата	18 638,00	20 952,00	23 369,00	26 629,00	29 960,00
Темп прироста, %	-	12,4	11,5	14,0	12,5
Реальная среднемесячная начисленная заработная плата, % к предыдущему году	-	105,2	102,8	108,4	105,3
Уровень безработицы, %	8,3	7,3	6,5	5,5	5,5
Коэффициент Джини (индекс концентрации доходов)	0,421	0,421	0,417	0,420	0,418
Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru .					

Более показательным фактором является динамика реальной среднемесячной начисленной заработной платы, так как этот показатель отражает покупательную способность заработной платы в связи с изменением цен на товары и услуги. Реальная заработная плата, как и номинальная, демонстрирует увеличение, однако более низкими темпами (в среднем прирост составляет около 5,5 % в год), что обусловлено ростом потребительских цен на товары и услуги.

Услуги здравоохранения характеризуются неэластичностью спроса по цене, т.е. объем спроса изменяется незначительно при изменении цены, что можно продемонстрировать, проанализировав структуру потребительских расходов населения. За период 2009-2013 гг. потребительские расходы населения выросли с 8687,10 руб. до 15 773 руб. на 1 чел. в месяц. На фоне роста потребительских цен на товары и услуги доля расходов на медицинские услуги в структуре потребительских расходов населения не уменьшилась, а возросла с 1,20 до 1,42 %, доля расходов на медицинские товары увеличилась с 1,56 до 1,82 %¹⁰⁹. Таким образом, граждане, которые оказываются неудовлетворенными условиями медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования на уровне минимальных стандартов и имеют финансовые возможности, формируют платежеспособный спрос на медицинские услуги и сервис более высокого качества. Для этой категории населения главным критерием является не экономичность, а качество и эффективность предоставляемых медицинских услуг, что служит интенсивному развитию платных услуг в здравоохранении¹¹⁰ (таблица 12).

Таблица 12 - 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
Примечание - Составлено автором на основе данных Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: http://www.gks.ru .					

¹⁰⁹ По данным Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>.

¹¹⁰ Фоменко В.В., Кивелева Н.Н. Формирование маркетинговой службы медицинского учреждения // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы 65-й Всерос. науч.-практ. конф. молодых ученых. Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2010. С. 797-801.

Объем платных медицинских услуг населению в Российской Федерации возрастает с каждым годом. За период 2009-2013 гг. объем платных услуг, оказанных населению, увеличился с 4504,46 млрд руб. до 6512,30 млрд руб., т.е. на 2007,84 млрд руб. (прирост составил 44,6 %). Средний темп прироста составил 9,7 %. Объем платных медицинских услуг также возрастает.

В 2009 г. населению Российской Федерации было оказано платных медицинских услуг на сумму 221,00 млрд руб., а в 2013 г. - на сумму 358,00 млрд руб., что в абсолютном выражении больше на 137,00 млрд руб. (прирост составил 62 %). Средний темп прироста объема медицинских услуг населению за период 2009-2013 гг. составил 13 %, что превышает средний темп прироста всех платных услуг на 3,3 %. То есть объем платных медицинских услуг, оказываемых населению, растет более быстрыми темпами, чем объем всех платных услуг.

Увеличивается доля платных медицинских услуг в общем объеме платных услуг. За период 2009-2013 гг. доля платных медицинских услуг населению в структуре всех платных услуг увеличилась с 4,9 до 5,5 %. Все это свидетельствует о том, что финансовые средства на оплату медицинских услуг у населения Российской Федерации имеются. Финансовых ресурсов недостаточно у государства, но они есть у населения страны.

Роль платных медицинских услуг можно определить как удовлетворение тех потребностей населения, которые не покрываются государственным сектором здравоохранения, это могут быть и определенные виды услуг, и условия их оказания (квалификация специалиста, применяемые технологии и оборудование, уровень сервиса, время ожидания и т.д.). Непосредственная оплата по факту оказания услуги является достаточно распространенным способом оплаты, однако существует более выгодный для пациента вариант - это приобретение полиса добровольного медицинского страхования¹¹¹.

¹¹¹ Фоменко В.В., Князев П.П. Добровольное медицинское страхование как источник внебюджетных средств для лечебно-профилактических учреждений // Реформирование экономики, социальной сферы и образования России: направления, проблемы, перспективы: сб. ст. II Всерос. науч.-техн. конф. Пенза, 2007. С. 166-168.

Особенность заключается в наличии рискованной составляющей, которая позволяет избежать крупных расходов на лечение, которые было бы невозможно произвести в полном объеме при получении платных медицинских услуг в классическом представлении без заключения договора добровольного медицинского страхования. После уплаты страховой премии за застрахованным лицом закрепляется право получения медицинской помощи согласно выбранной программе страхования, оплачивать которую будет уже не сам пациент, а страховая компания, с которой был заключен договор.



Рисунок 14 - Структура расходов на финансирование системы здравоохранения

Примечание - Составлено автором на основе данных: Всемирной организации здравоохранения. URL: <http://www.who.int>; Федеральной службы государственной статистики РФ. URL: <http://www.gks.ru>; Федерального казначейства. URL: <http://www.roskazna.ru>.

Добровольное медицинское страхование в различной степени осуществляется во многих развитых странах. На рисунке 14 представлена структура расходов на финансирование системы здравоохранения в Российской Федерации, Германии, Франции и Соединенных Штатах Америки. Главной особенностью зарубежной практики является взаимодополняющее функционирование систем обязательного и добровольного страхования¹¹².

Проанализируем позицию добровольного медицинского страхования на национальном рынке страхования Российской Федерации. Страховые премии рынка страхования (без учета обязательного медицинского страхования) в 2013 г. составили 904,86 млрд руб., увеличившись с 2009 г. на 391,24 млрд руб. (прирост достиг 76,2 %).

Страховые премии по договорам добровольного медицинского страхования в 2013 г. составили 114,97 млрд руб., увеличившись с 2009 г. на 40,17 млрд руб. (прирост достиг 53,7 %). В структуре совокупной премии по рынку страхования премии, полученные по договорам добровольного медицинского страхования, составили 12,7 % в 2013 г. Данный показатель снизился по сравнению с 2009 г. на 1,9 % (таблица 13).

Страховые выплаты по рынку (без учета обязательного медицинского страхования) в 2013 г. составили 420,77 млрд руб., увеличившись с 2009 г. на 135,45 млрд руб. (прирост достиг 47,5%). Страховые выплаты по договорам добровольного медицинского страхования в 2013 г. составили 420,77 млрд руб., увеличившись с 2009 г. на 135,45 млрд руб. (прирост достиг 47,5 %). На долю добровольного медицинского страхования в 2013 г. приходилось 21,4 % страховых выплат, в 2009 г. - 22,6 %.

Снижение доли страховых премий и выплат по добровольному медицинскому страхованию в структуре совокупных премий и выплат по рынку в целом можно объяснить различиями в темпах прироста. За период 2009-2013 гг.

¹¹² Леонтьев С.Л. Экономика медицинского страхования: учеб. пособие. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. С. 83.

средний темп прироста совокупной премии составил 15,4 %, а премий по добровольному медицинскому страхованию - 11,4 %. Средний темп прироста страховых выплат по рынку за тот же период составил 10,5 %, а выплаты по добровольному медицинскому страхованию увеличились в среднем на 8,8 %.

Таблица 13 - 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.	74,8	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
Примечание - Составлено автором на основе данных Центрального банка Российской Федерации. URL: http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrtId=insurance_industry .					

Отставание прироста в секторе добровольного медицинского страхования от страхового рынка в целом свидетельствует о наличии проблем в системе

функционирования, которые сдерживают его активное расширение. Тем не менее объем страховых премий по добровольному медицинскому страхованию увеличивается с каждым годом, что говорит о наличии потенциала дальнейшего развития.

В современных условиях добровольное медицинское страхование является востребованным видом страховой защиты, лицензию на осуществление медицинского страхования имеют около 60 % субъектов страхового дела¹¹³.

Однако полисы добровольного медицинского страхования востребованы, главным образом, корпоративными клиентами. На долю договоров добровольного медицинского страхования, заключенных с юридическими лицами, приходится 90 % полученных премий¹¹⁴. С одной стороны, данную ситуацию можно объяснить ростом социальной ответственности бизнеса, когда добровольное медицинское страхование сотрудников входит в социальный пакет компаний и рассматривается как способ привлечения кадров и его стимулирования, как инструмент повышения эффективности деятельности предприятия за счет улучшения здоровья персонала. С другой стороны, в настоящее время стоимость полиса добровольного медицинского страхования не демонстрирует его доступности для широких слоев населения. Наблюдается значительная дифференциация программ страхования по объему покрытия рисков, что отражается на их стоимости. Гражданам проще обращаться в лечебное учреждение напрямую, без посредников в качестве страховой организации и пользоваться платными медицинскими услугами по факту возникновения потребности в них. Также стоит отметить, что и страховые организации не особо заинтересованы в клиентах - физических лицах, понимая, что, когда человек приобретает полис добровольного медицинского страхования, он предполагает высокую вероятность обращения за медицинской помощью, т.е. у него имеются

¹¹³ По данным Единого государственного реестра субъектов страхового дела по состоянию на 30 марта 2014 г. URL: http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrtId=insurance_industry.

¹¹⁴ По данным Центрального банка Российской Федерации.

проблемы со здоровьем, а страховщику это невыгодно. Когда страховой полис приобретает организация, вероятность обращения за медицинской помощью снижается, т.е. она раскладывается на большее количество застрахованных лиц.

Рынок добровольного медицинского страхования обладает потенциалом развития, который в настоящее время не реализован. Как отмечалось в первой главе, перспективной для национальной системы здравоохранения представляется реализация интегрированной модели медицинского страхования, объединяющей его обязательную и добровольную формы. Развитие системы добровольного медицинского страхования будет представлять собой резерв для перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении и реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

3 ФИНАНСОВЫЕ ИННОВАЦИИ В СФЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ КАК МЕХАНИЗМ ОБЕСПЕЧЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1 Экономическое обоснование необходимости перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении

Экономика государственного сектора, к которому относится национальное здравоохранение, непосредственно связана с проблемой выбора. Внутри государственного сектора, как и в любой другой отрасли экономики, постоянно осуществляется выбор при распределении ресурсов. Ресурсы государства, формируемые из различных поступлений, являются ограниченной величиной и предполагают распределение по направлениям, одним из которых выступает финансирование расходов на оказание бесплатной медицинской помощи населению.

Распределение ресурсов государства между сектором здравоохранения и прочими направлениями (национальная оборона, национальная экономика, охрана окружающей среды, образование, социальная политика и т.д.) может быть представлено с использованием кривой производственных возможностей (кривой трансформации) (рисунок 15). Кривая производственных возможностей государства отражает различные соотношения объемов ресурсов, направляемых в сектор здравоохранения и на прочие направления. Объем оказываемых в государственном секторе здравоохранения медицинских услуг находится в прямой зависимости от объема направляемых туда ресурсов. Следовательно, можно сказать, что кривая производственных возможностей государства будет отражать соотношение объемов оказываемых услуг в государственном секторе здравоохранения и в прочих секторах, на финансирование которых направляются государственные ресурсы.

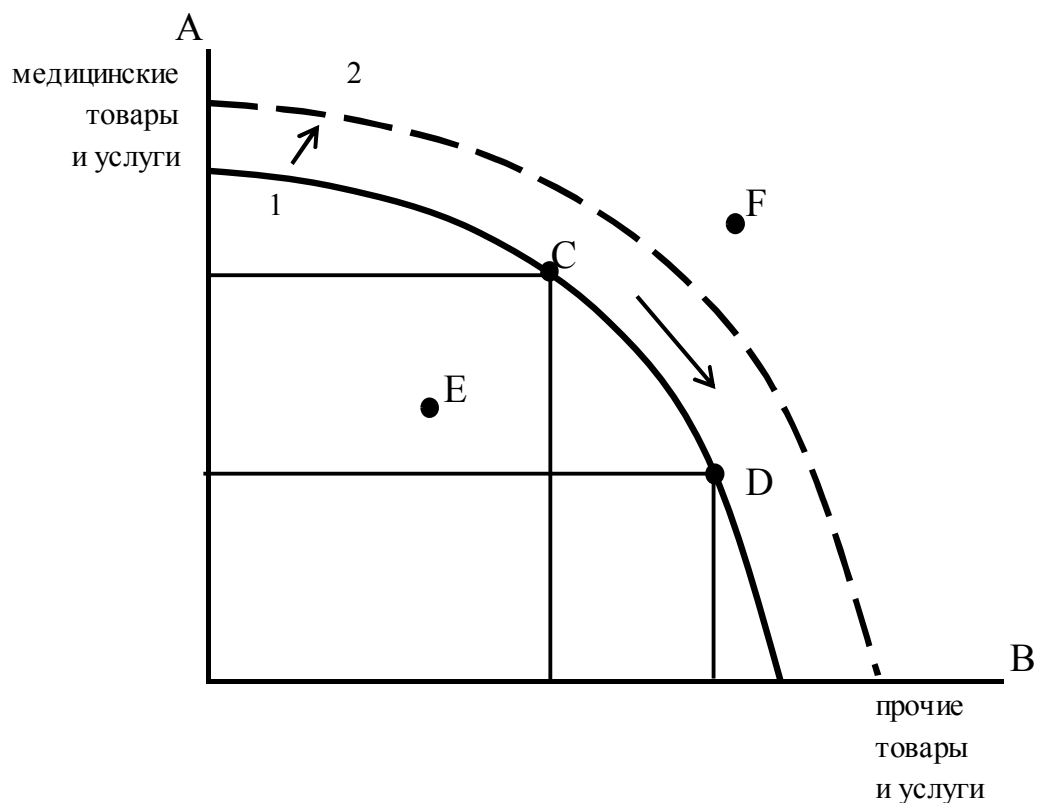


Рисунок 15 - Кривая производственных возможностей государства, отражающая соотношение производства и оказания медицинских услуг и прочих товаров при ограниченности ресурсов

Примечание - Составлен автором на основе: Стиглиц Дж. Экономика общественного сектора: пер. с англ. М.: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. С. 19.

На рисунке 15 представлена кривая производственных возможностей для медицинских услуг А и прочих товаров В с различными возможными комбинациями объема производства и оказания. По мере движения от точки С к точке D по кривой производственных возможностей государства количество оказываемых медицинских услуг А будет уменьшаться, а количество прочих товаров В - увеличиваться.

Любая точка на кривой производственных возможностей государства отражает распределение ресурсов, характеризуемое тем, что невозможно увеличить оказание медицинских услуг А без снижения объема производства и оказания прочих товаров В. Например, если государство хочет предоставить обществу больше бесплатных медицинских услуг А, необходимо будет отказаться от части прочих товаров В, так как имеющиеся в распоряжении ресурсы

ограничены. Если при увеличении расходов по направлению здравоохранения снижение объема расходов по прочим направлениям нежелательно, то необходимо увеличить общий объем имеющихся в распоряжении ресурсов (кривая производственных возможностей государства должна сдвинуться из положения 1 в положение 2), что не всегда представляется возможным. И как свидетельствует проведенный анализ показателей формирования государственных ресурсов, направляемых на финансирование расходов, в том числе и на здравоохранение, тенденции последних лет подтверждают данное положение.

Точки, характеризующие соотношение объемов распределения имеющихся ресурсов, расположенные ниже кривой производственных возможностей государства (например, точка Е на рисунке 15), будут отражать неэффективное использование имеющихся ресурсов. При данном соотношении государство имеет возможность при том же количестве ресурсов оказать больше как медицинских услуг А, так и прочих товаров В. Такое улучшение системы (движение из точки Е в сторону кривой производственных возможностей) будет являться улучшением по Парето. Улучшением по Парето признается такое изменение в распределении ресурсов, которое, обеспечивая улучшения, не приносит никаких убытков¹¹⁵.

Точки, находящиеся за пределами кривой производственных возможностей государства (например, точка F на рисунке 15), будут отражать такое соотношение объемов распределения имеющихся ресурсов, которое можно назвать недостижимым при имеющихся условиях. Точка F показывает такой объем одновременного производства и оказания как медицинских услуг А, так и прочих товаров В, который невозможно обеспечить при имеющемся объеме ресурсов. И как уже отмечалось выше, при невозможности увеличить объем имеющихся в распоряжении ресурсов выбор их оптимального распределения между здравоохранением и другими направлениями будет находиться на кривой производственных возможностей государства.

Условие ограниченности имеющихся ресурсов обращает внимание на вопрос о том, в каких случаях государству необходимо взять на себя

¹¹⁵ Стиглиц Дж. Указ. соч. С. 76.

ответственность за обеспечение общества медицинскими услугами, а в каких случаях можно получать эти блага от частных производителей. То есть возникает проблема выбора как при распределении имеющихся ресурсов между сектором здравоохранения и прочими направлениями, так и при определении того, какой объем оказания медицинских услуг может быть предоставлен населению бесплатно за счет государственных ресурсов, сформированных из налоговых поступлений и страховых взносов, а какой объем может быть получен гражданами за счет личных средств в частном секторе здравоохранения.

Реализация финансовых инноваций в сфере медицинского страхования, позволит учитывать частный сектор при оценке производственных возможностей. На рисунке 16 представлена кривая совокупных возможностей государственных и частных источников финансирования здравоохранения.

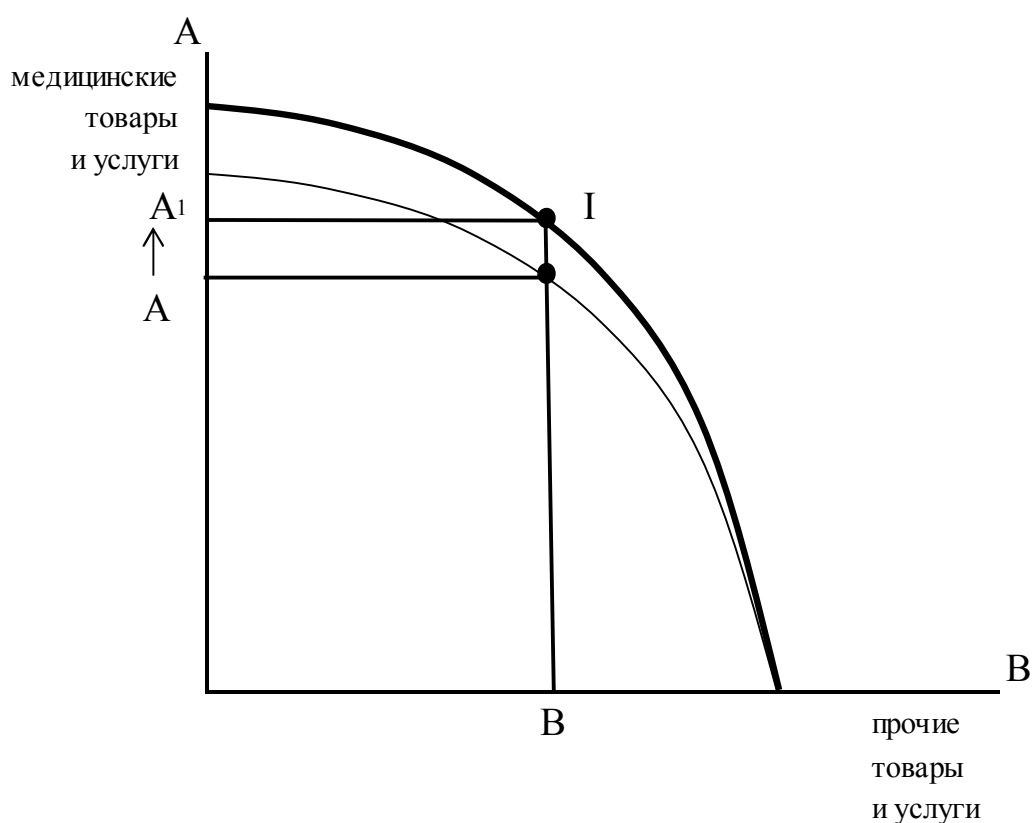


Рисунок 16 - Кривая совокупных возможностей государственных и частных источников финансирования здравоохранения

Примечание - Составлено автором.

Частные источники финансирования медицинских услуг не оказывают влияния на максимальный объем товаров и услуг, которые могут быть произведены и оказаны в секторах, отличных от здравоохранения, что продемонстрировано на графике. Но они увеличивают совокупный объем медицинских услуг, которые могут быть предоставлены населению при использовании государственных возможностей в комплексе с частными в секторе медицинских услуг. В случае, когда не учитываются возможности частного 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) объем оказываемых медицинских услуг перемещается из точки А в точку A_1 , объем прочих товаров сохраняется в точке В.

Очевидны преимущества использования частных источников финансирования здравоохранения, так как при сохранении объема государственных ресурсов, направляемых в здравоохранение, увеличивается общий объем медицинских услуг, которые могут быть предоставлены населению за счет их личных средств, что подтверждает выводы автора о целесообразности финансовых инноваций в медицинском страховании. Однако особого внимания требует вопрос об обеспечении доступности медицинской помощи. Очевидно, что менее обеспеченные слои населения формируют спрос на медицинские товары и услуги, предоставляемые бесплатно, более обеспеченные слои населения имеют возможность и предпочитают пользоваться медицинскими услугами, предоставляемыми платно, без очередей (т.е. исключается дозирование данным способом) и с более высоким уровнем сервиса, но за счет уплаты установленных цен.

Одним из объяснений существования государственного здравоохранения, наряду с провалами рынка (несовершенство конкуренции, несовершенство (асимметричность) информации и экстерналии), можно считать мнение о том, что доступность медицинских услуг не должна находиться в зависимости от платежеспособности населения.

Однако существует достаточно неоднозначное мнение среди экономистов относительно того, должны ли восприниматься медицинские услуги как некий особый товар. Представители эгалитаризма считают, что услуги здравоохранения должны быть равнодоступными независимо от уровня доходов потребителей¹¹⁶. Согласно противоположной точке зрения, влияние уровня расходов на медицинские услуги на жизнь человека не так однозначно. Зачастую вредные привычки, питание, образование оказывают более серьезное влияние на состояние здоровья и продолжительность жизни. Поэтому медицинское обслуживание не должно трактоваться иначе, чем другие предметы потребления¹¹⁷.

Позиция, согласно которой государственное вмешательство в экономику необходимо, поскольку ему наилучшим образом известны интересы людей, даже если они сами их не понимают и не осознают, называется патернализмом¹¹⁸. Данное положение получило распространение особенно в отношении здравоохранения и образования, обосновывая востребованность существования государственного сектора как в интересах каждого отдельного человека, так и общества в целом. Такой подход связан как с наличием экстерналий (внешних эффектов), т.е. случаев, когда действия одного субъекта оказывают влияние (положительное или отрицательное) на другие субъекты независимо от их участия и желания, так и с функциями государства как такового, в числе которых выделяют социальную функцию.

Данная дискуссия обостряет важный для системы здравоохранения вопрос - вопрос справедливости. Какой должна быть система здравоохранения, чтобы при имеющихся финансовых возможностях обеспечить соблюдение принципа справедливости - бюджетной, страховой, частной или смешанной? Различные системы финансирования здравоохранения влияют на доступность медицинской помощи, на состояние здоровья населения (прямо и косвенно), на распределение

¹¹⁶ Tobin J. On limiting the Domain of Inequality // J. of Law and Economics. 1970. № 13. P. 263-277.

¹¹⁷ Fuchs V.R. From Bismarck to Woodcock: The "Irrational" Pursuit of National Health Insurance. Ch. 13 of The Health Economy. Cambridge, M.A.: Harvard University Press, 1986. P. 257-271.

¹¹⁸ Стиглиц Дж. Указ. соч. С. 85.

дохода после оплаты медицинских товаров и услуг, на общий объем потребностей и затраты на приобретение прочих товаров и услуг.

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 вертикальная¹¹⁹. Горизонтальная справедливость предполагает, что все равнонуждающиеся в медицинской помощи получают ее в равном объеме, независимо от своих финансовых возможностей. Вертикальная справедливость предполагает, что доступность и объем получаемых услуг должны находиться в зависимости не только от медицинских показаний, но и от финансовых возможностей потребителей.

Выбор между справедливостью и эффективностью является предметом широких дискуссий, и не только в сфере здравоохранения. Соотношение эффективности и справедливости характеризуется обратной зависимостью, т.е. для повышения экономической эффективности необходимо отказаться от части справедливости и наоборот. Данный выбор в системе здравоохранения можно представить с помощью графика (рисунок 17). Как показано на рисунке, уровню справедливости S_1 соответствует уровень эффективности E_1 . При повышении уровня справедливости S_1 до S_2 уровень эффективности снизится с E_1 до E_2 .

В данной дискуссии возникает несколько проблемных вопросов. Во-первых, насколько возможно отказаться от справедливости для повышения экономической эффективности в государственном секторе здравоохранения и наоборот?

Во-вторых, если принимается решение о повышении справедливости, то будет ли такое улучшение являться эффективным по Парето. Например, будет ли увеличение объема бесплатной медицинской помощи населению за счет государственных источников финансирования являться движением из точки, лежащей ниже кривой производственных возможностей (неэффективной), в

¹¹⁹Engelbert Theurl. Governments and Health Care Regulation. Papers of the Summer School "The Economics of the Health Care Sector", European Science Days, Steyr, Austria, July 2008.

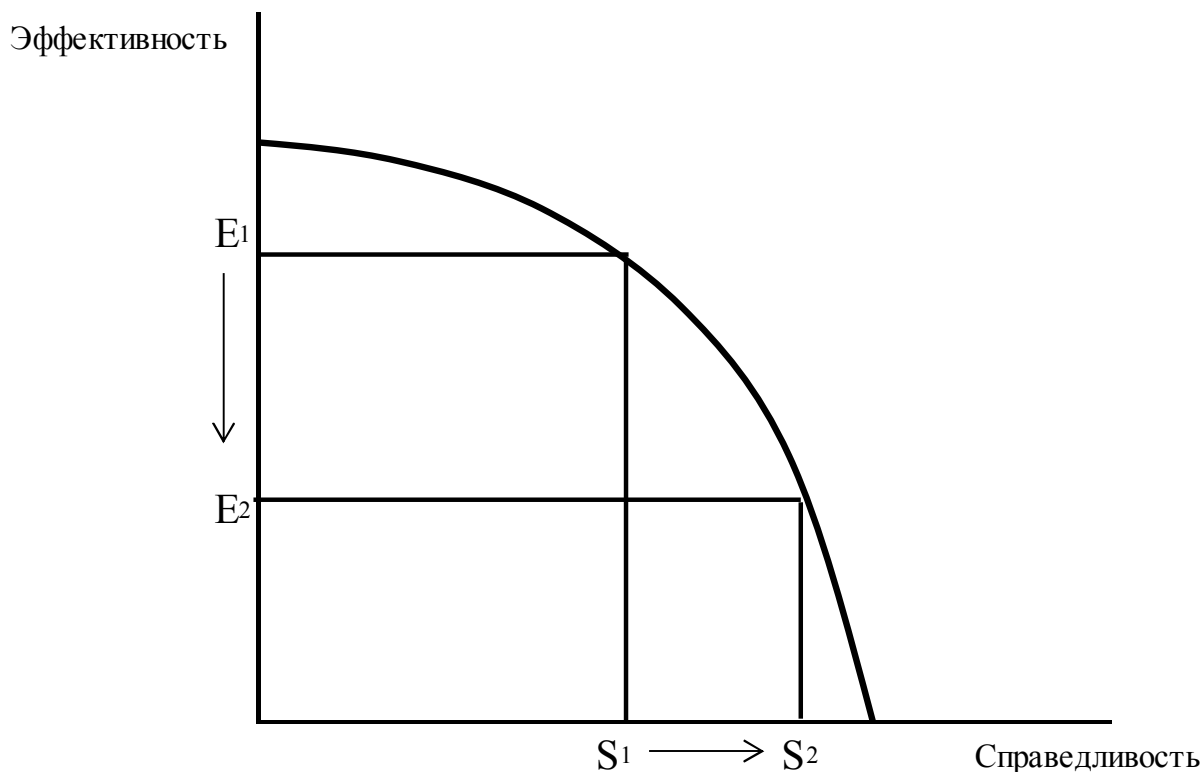


Рисунок 17 - Взаимозависимость справедливости и эффективности в здравоохранении

Источник: Стиглиц Дж. Экономика общественного сектора: пер. с англ. М.: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. С. 94.

точку, лежащую на этой кривой, или это будет лишь движением вдоль кривой, когда, увеличивая расходы на здравоохранение, государство будет вынуждено снижать расходы по прочим направлениям?

И в-третьих, насколько положительный эффект от повышения уровня справедливости, т.е. от увеличения объема медицинской помощи, оказываемой бесплатно, если такой будет иметь место, превысит уровень потерь от снижения экономической эффективности деятельности?

Если рассматривать эффективность по Парето, т.е. ситуацию, в которой положение одного субъекта не может быть улучшено без ухудшения положения другого, то можно понять, что частный рынок медицинских услуг может быть эффективным по Парето при определенных условиях. Но несмотря на выполнение принципа эффективности, он не будет обеспечивать равную доступность медицинского обслуживания для всех слоев населения, что связано с

неравенством в распределении доходов, которое возникает в экономике, т.е. не будет обеспечиваться принцип справедливости¹²⁰.

Если сосредоточиться на обеспечении принципа справедливости в здравоохранении, то изменение распределения доходов будет являться одним из направлений деятельности государства. Можно, например, использовать прогрессивную систему налогообложения, тогда положение бедных и богатых будет в некоторой степени уравниваться. Но в системе здравоохранения более приемлемым будет подход, основанный на увеличении объема медицинских услуг, предоставляемых населению бесплатно. Не возникает сомнений в том, что, увеличивая объем медицинской помощи, государство улучшает положение более бедных слоев населения, не имеющих возможности пользоваться услугами частного рынка медицинских услуг по причине более низких доходов, т.е. повышает уровень справедливости. И до тех пор пока будет улучшаться положение бедных по сравнению с богатыми, принцип справедливости будет соблюдаться.

Если рассматривать обеспечение принципа эффективности в государственном секторе здравоохранения и не касаться проблемы справедливости, то никакое увеличение объемов бесплатной медицинской помощи не может считаться приемлемым, если оно приводит к экономическим потерям. Эти потери могут быть выражены, например, в необходимости перераспределять средства из других возможных направлений использования в сектор оказания бесплатной медицинской помощи, особенно в условиях ограниченности ресурсов, так как при перераспределении ресурсов в сектор здравоохранения происходит сокращение объема производства и оказания товаров и услуг в прочих секторах, т.е. возникают экономические (вмененные) издержки.

Таким образом, появляется необходимость определения объема медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, за счет средств бюджета и системы обязательного медицинского страхования, который будет отвечать принципу справедливости и обеспечивать экономическую

¹²⁰ Стиглиц Дж. Указ .соч. С. 93, 274.

эффективность как национального здравоохранения, так и государственного сектора в целом, который осуществляет распределение средств.

Для выявления особенностей спроса на услуги, предоставляемые в секторе здравоохранения, рассмотрим закон убывающей предельной полезности. Над вопросом предельной полезности одновременно, но независимо друг от друга работали ученые-экономисты Стенли Джевонс, Карл Менгер и Леон Вальрас. Сам термин был введен в экономику Фридрихом фон Визером¹²¹, представителем австрийской школы, ученые которой считаются основателями маржинализма. Математически основные принципы теории предельной полезности были представлены еще в 1854 г. Германом Генрихом Госсеном, который выдвинул два тезиса, известные как законы Госсена и ставшие основой теории маржинализма¹²².

Первый закон Госсена (закон убывающей предельной полезности) гласит, что при последовательном потреблении товаров или услуг полезность каждой последующей потребляемой единицы товара или услуги будет ниже, чем предыдущей. В здравоохранении первый закон Госсена можно сформулировать таким образом: при последовательном потреблении медицинских услуг полезность каждой последующей потребляемой медицинской услуги для пациента будет ниже, чем предыдущей.

Графически закон убывающей предельной представлен на рисунке 18а, где медицинская услуга Q_1 обладает предельной полезностью MU_1 , а медицинская услуга Q_2 обладает предельной полезностью MU_2 . Как видим по графику, предельная полезность первой потребляемой медицинской услуги (MU_1) будет выше, чем предельная полезность второй потребляемой медицинской услуги (MU_2).

Особенность медицинских услуг заключается в том, что если для достижения положительного результата (полного излечения, стабильного

¹²¹ Визер Ф. Теория общественного хозяйства (избр. гл.) // Австрийская школа в политической экономии: К. Менгер, Е. Бём-Баверк, Ф. Визер: пер. с нем. / предисл., коммент., сост. В. С. Автономова. М.: Экономика, 1992. С. 435-436.

¹²² Госсен Герман Генрих = Gossen Hermann Heinrich (1810-1858) // Блауг М. 100 великих экономистов до Кейнса. СПб.: Экономикс, 2008. С. 88-90.

улучшения здоровья и т.д.) необходимо получить последовательно несколько однородных медицинских услуг, то ценность каждой последующей медицинской услуги для пациента будет возрастать, пока не будет получен необходимый объем медицинских услуг.

Когда весь комплекс будет получен, предельная полезность медицинских услуг начнет снижаться и постепенно достигнет нулевого значения, т.е. потребление дополнительной единицы медицинской услуги не будет приносить полезности пациенту.

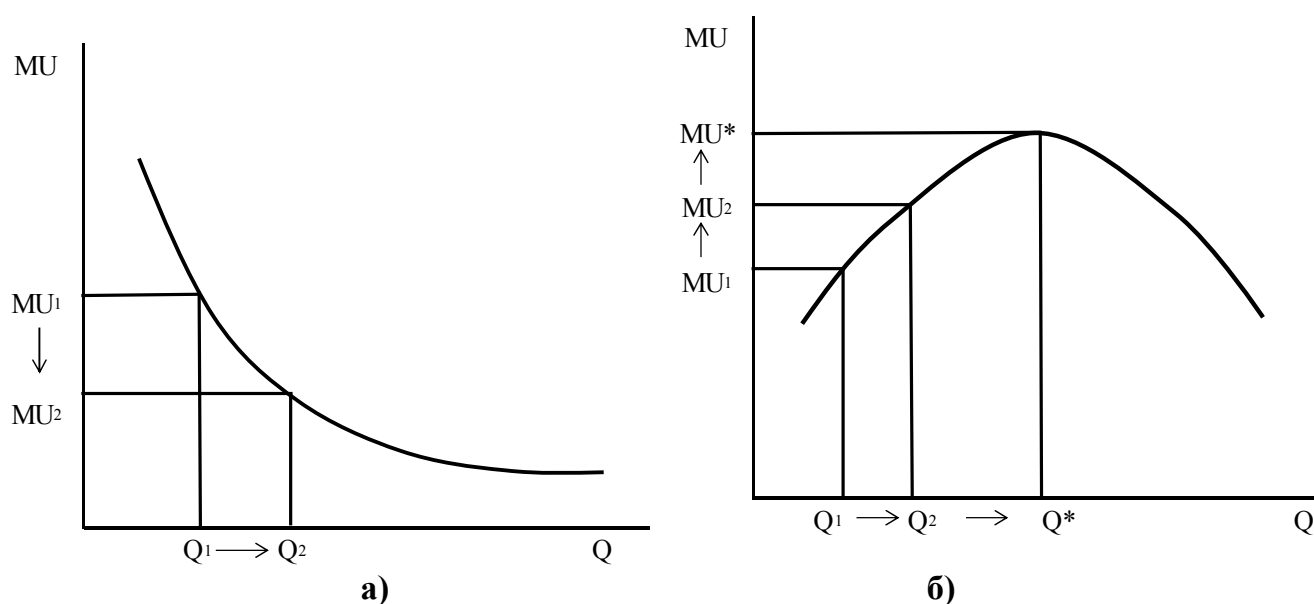


Рисунок 18 - Действие закона убывающей предельной полезности при потреблении медицинских услуг

Примечание - Составлено автором на основе: Стиглиц Дж. Экономика общественного сектора: пер. с англ. - М.: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. С. 93, 274.

Данную особенность можно продемонстрировать на графике, представленном на рисунке 18б. Медицинская услуга Q_1 будет обладать предельной полезностью MU_1 , а медицинская услуга Q_2 , - предельной полезностью MU_2 . Как видим по графику, предельная полезность первой потребляемой медицинской услуги (MU_1) будет ниже, чем предельная полезность второй потребляемой медицинской услуги (MU_2). Наибольшей предельной полезностью (MU^*) будет обладать медицинская услуга Q^* , после получения

которой предельная полезность каждой последующей медицинской услуги будет снижаться.

Согласно второму закону Госсена, при наличии некоторого количества различных товаров и услуг индивидуум в течение ограниченного периода времени может потреблять их в разных комбинациях, обладающих различными степенями полезности. При этом цены на товары и услуги и имеющиеся в распоряжении ресурсы будут выступать как факторы, ограничивающие потребление. То есть при осуществлении выбора, какие товары и услуги и в каком количестве потребить, индивидуум будет анализировать цены и свои возможности.

Принимая решение о том, какое количество товаров или услуг приобрести, индивидуум будет исходить из предельной полезности дополнительной единицы товара или услуги и предельных издержек покупки, т.е. цены данного товара или услуги. Приравнявая предельную полезность и предельные издержки, потребитель решает, какое количество товара или услуг приобрести. Но в государственном секторе здравоохранения медицинские услуги предоставляются бесплатно.

Медицинские услуги, предоставляемые бесплатно в государственном секторе здравоохранения представляют собой обеспечиваемые государством частные услуги, поэтому цены и ресурсы индивидуума не будут выступать в качестве ограничивающих факторов потребления. То есть полезность услуг и возможности потребителя не будут являться определяющими факторами в формировании уровня потребления медицинских услуг. Если частный товар предоставляется бесплатно, как в случае с бесплатной медицинской помощью, то возникает ситуация, характеризуемая перепотреблением данного товара или услуги¹²³. Медицинская помощь будет потребляться даже тогда, когда предельная полезность от потребления дополнительной услуги достигнет нулевого значения.

Кроме того, возвращаясь к вопросу об экономической эффективности в государственной системе здравоохранения, необходимо отметить, что процесс

¹²³ Стиглиц Дж. Указ. соч. С. 129.

перепотребления бесплатных медицинских услуг будет вызывать потери национального благосостояния, т.е. снижать экономическую эффективность (рисунок 19).

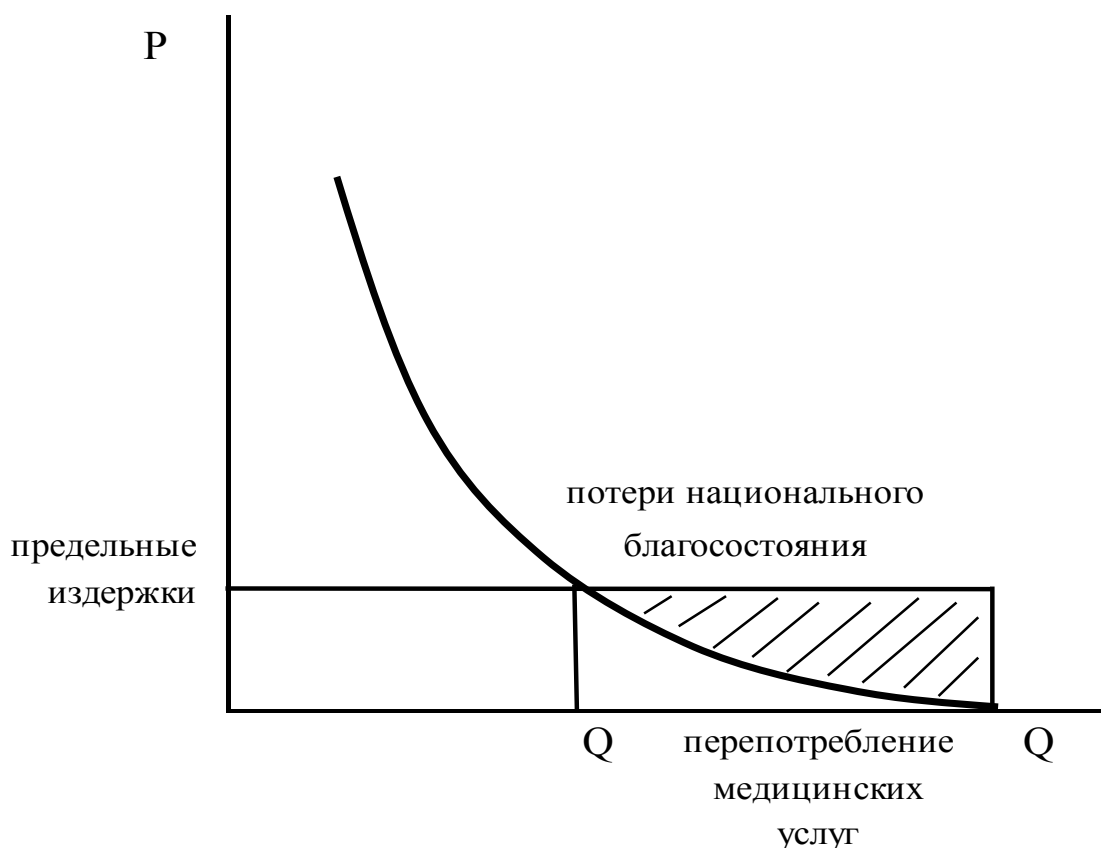


Рисунок 19 - Искажения потребления, связанные с бесплатным предоставлением медицинских услуг

Источник: Стиглиц Дж. Экономика общественного сектора: пер. с англ. М.: Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997. С. 94.

Таким образом, неограниченное увеличение объема предоставляемой бесплатной медицинской помощи с точки зрения закона убывающей предельной полезности будет необоснованно, поскольку полезность потребления медицинских услуг будет увеличиваться только до определенного момента. Снижаясь, предельная полезность достигнет уровня, когда предельные издержки оказания медицинской помощи превысят предельную полезность от потребления дополнительной услуги, что значительно снизит экономическую эффективность использования ограниченных ресурсов, которые могли быть направлены в другие секторы. Следовательно, повышение справедливости в здравоохранении не всегда

дает положительный результат, что может быть продемонстрировано на примере перепотребления медицинских услуг, оказываемых бесплатно, а также в случае использования механизма страхования. Поэтому должен использоваться некоторый метод ограничения потребления таких товаров и услуг. Можно использовать плату, чтобы ограничивать спрос, но для государственного сектора здравоохранения выбран иной метод - предоставление равного объема медицинских услуг всему населению, а те потребители, которые хотят получить больше услуг, могут приобрести их на частном рынке.

В данном случае можно наблюдать тот факт, что при предоставлении государством частных товаров не учитываются различия в потребностях и предпочтениях потребителей.

Другой метод ограничения, который очень часто используется в здравоохранении, - это очередь. Вместо того чтобы облагать индивидуумов платой за потребление медицинских услуг в денежном выражении, государство устанавливает плату, выраженную в ожидании, т.е. во времени. Считается, что очереди могут быть эффективным, но не лучшим способом разграничить тех, кто действительно нуждается в медицинской помощи, и тех, кто менее нуждается, потому что безработные и пенсионеры являются более способными затратить время на ожидание медицинской помощи, даже при меньшей потребности в ней, чем работающие граждане. Если в качестве дозирующего средства использовать цены, то можно избежать таких потерь времени, как ожидание в очередях, чем характеризуется частный сектор медицинских услуг.

Особенностью спроса на медицинские услуги является его неэластичность по цене, т.е. изменение цены оказывает незначительное влияние на изменение спроса. Равновесие в частном секторе определяется соотношением спроса и предложения, в государственном секторе возникает проблема определения равновесного объема услуг, который бы отражал предпочтения потребителей и являлся эффективным по Парето, что создает сложности в планировании и распределении финансовых ресурсов.

Поступления в бюджет и внебюджетные фонды для финансирования системы здравоохранения формируются из налогов и страховых взносов. Можно проследить влияние изменения налоговых ставок на поведение потребителей. Для получения одной дополнительной единицы товара или услуги, предоставляемых государством, индивидууму необходимо отказаться от определенного количества частных товаров в силу увеличения налогов, требуемого для финансирования возросшего количества, например, оказываемых государственным сектором медицинских услуг. Сумма частных товаров, от которых необходимо будет отказаться, - это предельная экономическая норма трансформации, учитывающая затраты, обусловленные ростом налогов, требуемых для финансирования возросших общественных расходов.

Таким образом, необходимо понимать, что произойдет в результате определенных действий государства, таких как увеличение или сокращение расходов на здравоохранение, например, как повлияет увеличение или снижение расходов на оказание медицинской помощи населению, на уровень потребления медицинских услуг.

Последствия государственной политики зачастую достаточно трудно предсказать. Помимо выявления самих последствий, необходимо наличие критериев их оценки, а также четкое понимание приоритетных целей проводимой политики, поскольку поставленные цели могут конфликтовать между собой.

На основе теории выбора при осуществлении финансирования государственных расходов можно сделать вывод о том, что при ограниченности государственных ресурсов привлечение частного сектора к финансированию здравоохранения посредством реализации финансовых инноваций в медицинском страховании позволит улучшить финансирование отрасли. Наличие провалов рынка свидетельствует о том, что государственный сектор здравоохранения должен существовать, но объемы бесплатной медицинской помощи должны быть ограниченными, что подтверждается действием закона убывающей предельной полезности.

3.2 Основные направления реализации финансовых инноваций в сфере медицинского страхования Российской Федерации

Финансирование национальной системы здравоохранения осуществляется на основе программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи¹²⁴. Программа государственных гарантий является системным документом, призванным обеспечивать сбалансированность обязательств государства по предоставлению населению гарантированного объема медицинской помощи, оказываемой бесплатно за счет всех государственных источников. Финансирование гарантированной государством медицинской помощи должно соответствовать ее объемам. При дефиците финансирования заявленные гарантии не могут быть обеспечены, что влечет за собой нарушение конституционных прав граждан.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с программой государственных гарантий разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, при этом они ориентируются на подушевые нормативы финансового обеспечения медицинской помощи населению, которые не могут быть снижены, чем законодательно закрепляется принцип доступности медицинской помощи.

Сохраняющийся дефицит финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий обуславливает реальную необходимость сокращения государственных обязательств по гарантиям бесплатной медицинской помощи. Представляется допустимым пересмотр подушевого норматива финансового обеспечения бесплатной медицинской помощи, которая может быть предоставлена населению на условиях возмещения стоимости через

¹²⁴ Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов.

систему добровольного медицинского страхования и оказания платных медицинских услуг¹²⁵.

Законодательно закрепленное сокращение подушевого норматива финансового обеспечения медицинской помощи позволит увеличить количество субъектов, в которых отсутствует дефицит финансирования медицинской помощи, предоставляемой бесплатно, и обеспечит сбалансированность объема государственных гарантий и имеющихся ресурсов на их обеспечение.

Автор полагает, что в тех субъектах Российской Федерации, где ежегодно наблюдается расширение базовой программы обязательного медицинского страхования за счет средств бюджета субъекта, не будет наблюдаться снижения доступности медицинской помощи. Сокращение подушевого норматива финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой бесплатно, нацелено, главным образом, на те субъекты, где систематически сохраняется дефицит территориальных программ.

Ежегодное повышение подушевого норматива финансового обеспечения не способствует повышению доступности медицинской помощи в таких субъектах, а лишь увеличивает диспропорции. Имеются данные о возбуждении судебного делопроизводства с целью защиты равных прав граждан на медицинскую помощь на всей территории Российской Федерации, где четко указывается, что обоснованием нарушения прав граждан на гарантированный объем бесплатной медицинской помощи не может служить дефицит бюджета субъекта.

В рамках проведенного исследования автором разработан коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования между государственным и частным источниками в направлении пересмотра

¹²⁵ См.: Фоменко В.В. Перераспределение финансовых обязательств в здравоохранении как способ обеспечения сбалансированности государственных гарантий // Современные проблемы науки и образования. 2013. № 6; URL: www.science-education.ru/113-11112; Фоменко В.В. Сбалансированность государственных гарантий как фактор реализации конституционных прав граждан в сфере охраны здоровья // Устойчивое развитие: общество и экономика: материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 290-летию Санкт-Петербургского государственного университета, 23-26 апр. 2014 г. / ред. кол.: А.В. Воронцовский (отв. ред.), О.Л. Маргания, С.А. Белозеров [и др.]. СПб.: Нестор-История, 2014. С. 332-333.

норматива государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и расширения софинансирования здравоохранения.

Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи (Т) можно представить как

$$T = A + B + C, \quad (1)$$

где А - средства федерального бюджета Российской Федерации;

В - средства консолидированного бюджета субъекта Российской Федерации;

С - средства системы обязательного медицинского страхования.

Потребность в финансовом обеспечении территориальной программы государственных гарантий рассчитывается на основе предусмотренных Федеральной программой нормативов с учетом демографических особенностей, уровня и структуры заболеваемости населения субъекта Российской Федерации. Любые изменения демографической ситуации должны находить отражение в территориальных программах государственных гарантий.

Предусмотренные Программой государственных гарантий нормативы являются гарантированными и не могут быть уменьшены на уровне субъекта РФ при разработке территориальных нормативов¹²⁶, т.е.:

$$N_1 \leq N_2, \quad (2)$$

где N_1 - федеральный подушевой норматив финансового обеспечения;

N_2 - территориальный подушевой норматив финансового обеспечения.

Условие сбалансированности территориальной программы по объемам гарантий и их финансовому обеспечению подразумевает равенство потребности и фактических расходов на финансовое обеспечение территориальной программы при условии, отраженном в формуле (2), что может быть представлено как

$$\begin{cases} T \cong F, \\ N_1 \leq N_2, \end{cases} \quad (3)$$

где Т - потребность в финансовом обеспечении территориальной программы;

Ф - фактические расходы на финансирование территориальной программы;

¹²⁶ Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов.

N_1 - федеральный подушевой норматив финансирования;

N_2 - территориальный подушевой норматив финансирования.

Несбалансированность территориальной программы выражается дефицитом ее финансирования (D):

$$D = T - F, \quad (4)$$

где T - потребность в финансовом обеспечении территориальной программы;

F - фактические расходы на финансирование территориальной программы.

Программа будет дефицитной, если она утверждается в стоимости, рассчитанной на основе заниженных нормативов подушевого финансирования, т.е. когда территориальный норматив ниже норматива, утвержденного Программой государственных гарантий:

$$\begin{cases} D > 0, \\ N_1 \geq N_2, \end{cases} \quad (5)$$

где D - дефицит финансирования территориальной программы;

N_1 - федеральный подушевой норматив финансирования;

N_2 - территориальный подушевой норматив финансирования.

Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи в Российской Федерации будет определяться как сумма дефицитов финансового обеспечения всех территориальных программ государственных гарантий (G):

$$G = \sum D, \quad (6)$$

где $\sum D$ - сумма дефицита финансирования территориальных программ по всем субъектам Российской Федерации.

Общая потребность населения в медицинских услугах может быть представлена как сумма расходов федерального бюджета, фактических расходов на финансирование территориальных программ бесплатного оказания медицинской помощи, выплат по договорам добровольного медицинского страхования, а также средств, полученных медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (M):

$$M = A + F + I + P, \quad (7)$$

где A - расходы федерального бюджета;

F - сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ;

I - выплаты по договорам добровольного медицинского страхования;

P - средства, получаемые медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг.

В настоящее время недофинансирование территориальных программ компенсируется населением самостоятельно посредством обращения в сферу добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. При корректировке государственных обязательств следует учесть наличие дефицита финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий, уже фактически перераспределенного в силу своей необеспеченности, но без законодательного закрепления.

Резервом перераспределения будет являться прирост выплат по договорам добровольного медицинского страхования и средств, полученных медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг. При этом особое внимание необходимо уделить потенциалу роста рынка добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. От этого будет зависеть прирост возможного к перераспределению объема финансовых обязательств в здравоохранении Российской Федерации в целом и в системе обязательного медицинского страхования в частности.

Объем государственных обязательств, доступный перераспределению, выраженный в сумме финансовых ресурсов, можно определить как (H):

$$\begin{cases} H = G + I_t + P_t, \\ G \leq I + P, \\ I_t + P_t \geq 0, \end{cases} \quad (8)$$

где G - общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи;

I_t - прирост выплат в системе добровольного медицинского страхования (в абсолютном выражении);

P_t - прирост объема средств, получаемого медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (в абсолютном выражении);

I - выплаты по договорам добровольного медицинского страхования;

P - средства, получаемые медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг.

Если общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи превышает сумму выплат по договорам добровольного медицинского страхования и средств, получаемых медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг, то объем государственных обязательств, доступный перераспределению, уменьшается на размер этого превышения.

Условие развития, как отмечалось выше, заключается в росте сектора добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг. Причем более предпочтительным, как было показано во 2-й главе, является добровольное медицинское страхование:

$$\begin{cases} I_t \rightarrow \infty, \\ P_t \rightarrow \infty, \\ I_t \geq P_t, \end{cases} \quad (9)$$

где I_t - прирост выплат в системе добровольного медицинского страхования (в абсолютном выражении);

P_t - прирост объема средств, получаемого медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (в абсолютном выражении).

На основе рассмотренных показателей можно определить коэффициент перераспределения, который будет отражать долю государственных обязательств в денежном выражении, доступную перераспределению в частный сектор здравоохранения, т.е. насколько возможно пересмотреть подушевой норматив финансирования медицинской помощи в сторону его сокращения. Коэффициент перераспределения (K):

$$K = \frac{H}{M}, \quad (10)$$

где H - объем государственных обязательств, доступный перераспределению;

M - потребность населения в медицинских услугах.

Средний коэффициент перераспределения будет рассчитываться как среднее арифметическое ($\bar{K}$):

$$\bar{K} = \frac{\sum_{i=1}^x K}{x}, \quad (11)$$

где $\sum_{i=1}^x K$ - сумма коэффициентов перераспределения за x периодов;

x - количество периодов.

Характеристика показателей, используемых при расчете, представлена в таблице 14.

Таблица 14 - Характеристика показателей, используемых при расчете коэффициента перераспределения финансовых обязательств

№ п/п	Обозначение	Показатели	Способ расчета
1	A	Средства федерального бюджета РФ, направляемые на финансирование медицинской помощи	
2	B	Средства консолидированного бюджета субъекта РФ, направляемые на финансирование медицинской помощи	
3	C	Средства системы обязательного медицинского страхования, направляемые на финансирование медицинской помощи	
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.	

№ п/п	Обозначение	Показатели	Способ расчета
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	$K = \frac{H}{M}$
Примечание - Составлено автором.			

В связи с всевозрастающей ролью системы обязательного медицинского страхования в финансировании национального здравоохранения в рамках одноканальной системы представляется возможным пересматривать подушевой норматив финансового обеспечения медицинской помощи. Исходные данные для расчета коэффициента перераспределения финансовых обязательств представлены в таблице 15.

При расчете потребность населения в медицинских услугах рассматривается без средств федерального бюджета, направляемых на стратегические и программные направления в здравоохранении, отличные от финансирования программы государственных гарантий.

Таблица 15 - Исходные данные для расчета коэффициента перераспределения финансовых обязательств в здравоохранении, млрд руб.

Год	Сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ (F)	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи (D)	Выплаты по договорам добровольного медицинского страхования (I)	Средства, получаемые медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (P)
2009	1378,60	384,60	64,49	221,00
2010	1449,90	337,30	65,27	252,00
2011	1596,90	238,00	73,58	288,00
2012	1718,40	164,50	82,00	332,00
2013	1976,40	81,70	89,94	358,00

Примечание - Составлено автором на основе данных: Доклады о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи за 2006-2013 гг. URL: <http://www.rosminzdrav.ru/docs/?activity=health&keytheme=guarantee&start=1&p=0>;
 Статистические данные по итогам деятельности страховщиков в 2011-2012 гг. URL: http://www.fcsм.ru/ru/contributors/insurance_industry/statistics; Аналитический доклад «О состоянии и развитии российского страхового рынка в 2010 году». URL: http://www.fcsм.ru/ru/contributors/insurance_industry/analytics/index.php?id_4=213;
 Доклад о развитии страхового рынка России в 2009 году - 1 полугодии 2010 года. URL: http://www.fcsм.ru/ru/contributors/insurance_industry/analytics/index.php?id_4=210;
 Российский статистический ежегодник / Федер. служба гос. статистики. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078.

Перераспределение планируется производить в рамках государственных средств, направляемых на финансирование медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий, и частных средств, поступающих в здравоохранение через систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг.

Данные представлены на основе фактических показателей финансирования территориальных программ государственных гарантий, общего объема дефицита финансирования этих программ, а также объема средств системы добровольного медицинского страхования и оказания платных медицинских услуг.

На основе имеющихся показателей рассчитаны максимальное, минимальное и среднее значения изменений (таблица 16).

Таблица 16 - Максимальное, минимальное и среднее значения изменения фактических расходов на финансирование территориальных программ, объема недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, средств системы добровольного медицинского страхования и средств, получаемых от оказания платных медицинских услуг, %

Год	Сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ (F)	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи (D)	Выплаты по договорам добровольного медицинского страхования (I)	Средства, получаемые медицинскими организациями от оказания платных медицинских услуг (P)
2006	-	-	-	-
2010	5,17	-12,30	1,21	14,03
2011	10,14	-29,44	12,73	14,29
2012	7,61	-30,88	11,44	15,28
2013	15,01	-50,33	9,68	7,83
Среднее	9,48	-30,74	8,77	12,86
Примечания				
1 Условные обозначения:				
 - минимальное  - максимальное  - среднее				
2 Составлено автором.				

С учетом указанных значений сформирован 81 сценарий, отражающий все возможные комбинации изменения фактических расходов на финансирование территориальных программ, объема недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи, средств системы добровольного

медицинского страхования и средств, получаемых от оказания платных медицинских услуг (приложение В).

Таблица 17 - Расчет коэффициента перераспределения финансовых обязательств по обеспечению населения медицинской помощью между государственными и частными источниками финансирования здравоохранения по данным за 2009-2013 гг., млрд руб.

Год	T	F	G	M	I	I _t	P	P _t	H	K
2009	1763,20	1378,60	384,60	1664,09	64,49	-	221,00	-	285,49	0,172
2010	1787,20	1449,90	337,30	1767,17	65,27	0,78	252,00	31,00	349,05	0,198
2011	1834,90	1596,90	238,00	1958,48	73,58	8,31	288,00	36,00	282,31	0,144
2012	1882,90	1718,40	164,50	2132,4	82,00	8,42	332,00	44,00	216,92	0,102
2013	2058,10	1976,40	81,70	2424,34	89,94	7,94	358,00	26,00	115,64	0,048
Примечание - Составлено автором.										

В таблице 17 представлен расчет коэффициента перераспределения финансовых обязательств по обеспечению населения медицинской помощью между государственными и частными источниками финансирования здравоохранения по данным за 2009-2013 гг. без учета сформированных сценариев.

В приложении Г рассчитываются коэффициенты перераспределения для каждого сценария, а также средние коэффициенты с учетом данных, полученных при расчете, представленном в таблице 17. Минимальное значение коэффициента перераспределения - 0,115, максимальное значение коэффициента перераспределения - 0,119, среднее - 0,117.

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.¹²⁷

С применением полученных коэффициентов норматив составит:

¹²⁷ Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов.

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

Рыночные условия требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании национального здравоохранения. Потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от источника этих ресурсов. Государственной программой Российской Федерации среди приоритетов государственной политики в области здравоохранения закреплены: создание и развитие конкурентных рынков, развитие государственно-частного партнерства, постепенная демонополизация государственной системы оказания медицинской помощи¹²⁸, - что подтверждает выводы автора.

¹²⁸ Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В наследие от советского государства Российской Федерации досталась модель финансирования здравоохранения, основанная на патерналистской позиции. Она была дополнена системой обязательного медицинского страхования, которое направлено на обеспечение населению возможности получения медицинской и лекарственной помощи на принципах равенства, доступности и минимальных стандартов.

В ходе проведения исследования были рассмотрены различные определения медицинского страхования, представленные в научной литературе, с выделением основных составляющих содержания, по итогам изучения которых определение данного понятия дополнено и конкретизировано. Медицинское страхование рассматривается как вид личного страхования, предусматривающий, 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.

На основе изучения взглядов ученых сформулировано авторское определение финансовых инноваций в медицинском страховании. С авторской точки зрения, финансовые инновации в сфере медицинского страхования - это результат оптимизации расходов на оказание медицинской помощи населению посредством перераспределения финансовых обязательств между государственными источниками, представленными системой обязательного медицинского страхования и бюджетом, и частными, представленными системой добровольного медицинского страхования и платными медицинскими услугами, с целью удовлетворения общественных потребностей, обеспечения сбалансированности гарантий и реализации конституционных прав граждан.

Рассмотренные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования, а также организации систем финансирования здравоохранения

позволяют сделать вывод о возможности реализации интегрированной схемы, включающей в себя различные элементы этих систем.

Медицинская помощь предоставляется за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, которые регламентированы государством в соответствующих программах обязательного медицинского страхования. Стоит отметить, что в современных условиях медицинское страхование приобретает статус одного из основных источников финансирования здравоохранения в рамках постепенного перехода на преимущественно одноканальное финансирование медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, через систему обязательного медицинского страхования.

Однако, как показал анализ показателей финансирования системы здравоохранения Российской Федерации в целом и обязательного медицинского страхования в частности, имеются серьезные проблемы, среди которых особенно стоит выделить несбалансированность заявленных государственных гарантий медицинской помощи и объемов их финансового обеспечения. Несмотря на ежегодное увеличение средств, поступающих в систему охраны здоровья населения по различным каналам, сохраняется значительный дефицит финансирования территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи населению Российской Федерации.

В целом, система обязательного медицинского страхования демонстрирует финансовую устойчивость, доходы Федерального фонда ежегодно увеличиваются, растет объем средств, направляемых на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования в их базовой части. Однако следует отметить, что финансовая стабильность системы обязательного медицинского страхования находится в зависимости от состояния экономики страны, темпов экономического роста. Замедление темпов экономического роста будет негативно сказываться на уровне финансовой обеспеченности национальной системы здравоохранения, а следовательно и на показателях здоровья населения, которые находятся в прямой зависимости от функционирования национальной системы здравоохранения.

Оценка современного уровня развития частного сектора здравоохранения в Российской Федерации, а также необходимых условий для его дальнейшего роста позволяет сделать вывод о наличии объективных условий для финансовых инноваций в сфере медицинского страхования.

Непосредственная оплата по факту оказания услуги является достаточно распространенным способом оплаты, однако существует более выгодный для пациента вариант - это приобретение полиса добровольного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование в различной степени действует во многих развитых странах. Рынок добровольного медицинского страхования в Российской Федерации имеет значительный потенциал развития, который в настоящее время не реализован.

В рамках проведенного диссертационного исследования разработан коэффициент перераспределения финансовых обязательств в сфере медицинского страхования между государственными и частными источниками финансирования здравоохранения в направлении пересмотра норматива государственных гарантий бесплатной медицинской помощи и расширения софинансирования населением системы предоставления медицинской помощи в Российской Федерации.

Внедрение финансовых инноваций в медицинском страховании для формирования условий повышения качества и доступности медицинской помощи приобретает важное значение с учетом демографической ситуации в целях сохранения общества и обеспечения национальной безопасности. Рыночные условия требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании национального здравоохранения через систему медицинского страхования.

Потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от их источника. Поэтому представляется целесообразным активное привлечение в здравоохранение средств населения через систему добровольного медицинского страхования и оказание платных медицинских услуг при законодательном закреплении гарантированных объемов медицинской помощи, финансируемых в рамках перехода к одноканальному финансированию через систему обязательного медицинского страхования в соответствии с существующим уровнем финансовых возможностей государства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации : [принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.]*.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ : [ред. от 21.07.2014 г.]*.
3. Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ : [ред. от 05.05.2014 г.]*.
4. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2011 год : федер. закон от 08.12.2010 г. № 333-ФЗ*.
5. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2012 год : федер. закон от 30.10.2011 г. № 370-ФЗ : [ред. от 03.12.2012 г.] *.
6. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов : федер. закон от 03.12.2012 г. № 217-ФЗ*.
7. О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов : федер. закон от 02.12.2013 г. № 321-ФЗ*.
8. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации : закон Российской Федерации от 28.06.1991 г. № 1499-1 : [ред. от 24.07.2009 г.]*.
9. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения : федер. закон от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ*.
10. О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования : федер. закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ : [ред. от 02.04.2014 г.]*.

* Электронный ресурс. Доступ из справочно-правовой системы «КонсультантПлюс».

11. О федеральном бюджете на 2009 год и на плановый период 2010 и 2011 годов :
федер. закон от 24.11.2008 г. № 204-ФЗ : [ред. от 02.12.2009 г.]*.
12. О федеральном бюджете на 2010 год и на плановый период 2011 и 2012 годов :
федер. закон от 02.12.2009 г. № 308-ФЗ : [ред. от 03.11.2010 г.]*.
13. О федеральном бюджете на 2011 год и на плановый период 2012 и 2013 годов :
федер. закон от 13.12.2010 г. № 357-ФЗ : [ред. от 06.11.2011 г.]*.
14. О федеральном бюджете на 2012 год и на плановый период 2013 и 2014 годов :
федер. закон от 30.11.2011 г. № 371-ФЗ : [ред. от 03.12.2012 г.]*.
15. О федеральном бюджете на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов :
федер. закон от 03.12.2012 г. № 216-ФЗ : [ред. от 02.12.2013 г.]*.
16. О федеральном бюджете на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов :
федер. закон от 02.12.2013 г. № 349-ФЗ*.
17. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского
страхования за 2011 год : федер. закон от 02.10.2012 г. № 154-ФЗ*.
18. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского
страхования за 2012 год : федер. закон от 30.09.2013 г. № 256-ФЗ*.
19. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского
страхования за 2013 год : федер. закон от 14.10.2014 г. № 296-ФЗ*.
20. Об исполнении федерального бюджета за 2009 год : федер. закон от
03.10.2010 г. № 255-ФЗ*.
21. Об исполнении федерального бюджета за 2010 год : федер. закон от
07.10.2011 г. № 272-ФЗ*.
22. Об исполнении федерального бюджета за 2011 год : федер. закон от
02.10.2012 г. № 151-ФЗ*.
23. Об исполнении федерального бюджета за 2012 год : федер. закон от
30.09.2013 г. № 254-ФЗ*.
24. Об исполнении федерального бюджета за 2013 год : федер. закон от
04.10.2014 г. № 280-ФЗ*.
25. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер.
закон от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ*.

26. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ*.
27. О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2012 год : постановление Правительства Российской Федерации от 21.10.2011 г. № 856 : [ред. от 04.09.2012 г.]*.
28. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 22.10.2012 г. № 1074*.
29. О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов : постановление Правительства Российской Федерации от 18.10.2013 г. № 932*.
30. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Курганской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов : постановление Правительства Курганской области от 23.12.2013 г. № 702*.
31. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов : постановление Правительства Свердловской области от 24.12.2013 г. № 1604-ПП*.
32. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Ханты-Мансийском автономном округе - Югре на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов : постановление Правительства Ханты-Мансийского автономного округа - Югры от 28.11.2013 г. № 504-п*.
33. Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» : постановление Правительства Российской Федерации от 15.04.2014 г. № 294*.

34. Об утверждении Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Республике Дагестан на 2014 год и плановый период 2015 и 2016 годов : постановление Правительства Республики Дагестан от 20.12.2013 г. № 698*.
35. Алиев, Б.Х. Основы страхования [Текст] / Б.Х. Алиев, Ю.М. Махдиева. - М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2014. - 503 с.
36. Антонец, В.А. Инновационный бизнес: формирование моделей коммерциализации перспективных разработок [Текст] / В.А. Антонец [и др.] ; под ред. К.А. Хомкина. - М. : Дело, 2009. - 320 с.
37. Архипов, А.П. Страхование [Текст] / А.П. Архипов. - М. : КНОРУС, 2012. - 288 с.
38. Архипов, А.П. Страхование. Современный курс [Текст] / А.П. Архипов, В.Б. Гомелля, Д.С. Туленты ; под ред. Е.В. Коломина.- М. : Финансы и статистика : ИНФРА-М, 2008. - 448 с.
39. Ахвледиани, Ю.Т. Страхование [Текст] / Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахов. - М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2012. - 519 с.
40. Бабаскин, С.Я. Инновационный проект: методы отбора и инструменты анализа рисков [Текст] / С.Я. Бабаскин. - М. : Дело, 2009. - 240 с.
41. Бабич, А.М. Экономика социального страхования [Текст] / А.М. Бабич, Е.Н. Егоров, Е.Н. Жильцов. - М. : ТЭИС, 1998. - 234 с.
42. Бадюков, В.Ф. Основы страхования [Текст] / В.Ф. Бадюков, А.В. Козлов. - Ростов н/Д : Феникс, 2013. - 156 с.
43. Баранчеев, В.П. Управление инновациями [Текст] / В.П. Баранчеев, Н.П. Масленникова, В.М. Мишин. - М. : Юрайт, 2011. - 711 с.
44. Белл, Д. Грядущее постиндустриальное общество: Опыт социального прогнозирования [Текст] / Д. Белл. - М. : Academia, 1999. - 949 с.
45. Блохин, А.Б. Экономика здравоохранения [Текст] / А.Б. Блохин, Л.И. Васильцова, С.Л. Леонтьев. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2000. - 94 с.
46. Большая экономическая энциклопедия [Текст]. - М. : Эксмо, 2007. - 816 с.

47. Большой экономический словарь [Текст] / под ред. А.Н. Азрилияна. - М. : Институт новой экономики, 1999. - 864 с.
48. Бриттан, Дж. Капитализм с человеческим лицом [Текст] / Дж. Бриттан. - СПб. : Экон. школа, 1998. - 402 с.
49. Бувеская, А.А. Предпосылки к развитию системы добровольного медицинского страхования и ее особенности [Текст] / А.А. Бувеская, А.А. Лебедев // Экономика здравоохранения. - 2003. - № 3. - С. 10.
50. Васильцова, Л.И. Рынок медицинских услуг: сущность, характеристика, проблемы развития [Текст] / Л.И. Васильцова // Лекции по организации и экономике здравоохранения : науч. изд. / под общ. ред. А.Б. Блохина, Е.В. Ползика, В.П. Иваницкого, Р. Шиффа. - Екатеринбург : СВ-96, 2003. - 352 с.
51. Визер, Ф. Теория общественного хозяйства (избр. гл.) [Текст] / Ф. Визер // Австрийская школа в политической экономии: К. Менгер, Е. Бём-Баверк, Ф. Визер : пер. с нем. / предисл., коммент., сост. В.С. Автономова. - М. : Экономика, 1992. - 494 с.
52. Гомелля, В.Б. Очерки экономической теории страхования [Текст] / В.Б. Гомелля; под ред. Е.В. Коломина. - М. : Финансы и статистика, 2010. - 352 с.
53. Госсен Герман Генрих = Gossen Hermann Heinrich (1810-1858) // Блауг, М. 100 великих экономистов до Кейнса. - СПб. : Экономикс, 2008. - 352 с.
54. Доклад о развитии страхового рынка России в 2009 году - 1 полугодии 2010 года [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.fcsм.ru/ru/contributors/insurance_industry/analytics/index.php?id_4=210.
55. Доклад о реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи (2009-2012 гг.) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/health/guarantee>.
56. Доклад об эффективности деятельности органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в 2011 году [Электронный ресурс]. - Режим

- доступа: <http://www.minregion.ru/uploads/attachment/edaed215-3f13-4f67-b132-2905466299f5.pdf>.
57. Друкер, П.Ф. Бизнес и инновации [Текст] / П.Ф. Друкер. М. : Вильямс, 2007. - 432 с.
 58. Единый государственный реестр субъектов страхового дела по состоянию на 30.03.2014 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrtId=insurance_industry.
 59. Звонарева, Н.В. Экономико-правовое обеспечение инновационной деятельности в Российской Федерации [Текст] / Н.В. Звонарева // Институциональные проблемы инновационного развития территориальных систем. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2010. - 246 с.
 60. Здравоохранение в России. 2013 : стат.сб. [Текст] / Росстат. - М., 2013. - 380 с.
 61. Инновационное развитие: экономика, интеллектуальные ресурсы, управление знаниями [Текст] / под ред. Б.З. Мильнера. - М. : ИНФРА-М, 2010. - 624 с.
 62. Кемалов, Р.Ф. Предпосылки использования маркетинга в здравоохранении [Текст] / Р.Ф. Кемалов // Экономика здравоохранения. - 2005. - № 11-12. - С. 16-18.
 63. Кейнс, Дж.М. Избранные произведения [Текст] / Дж.М. Кейнс. - М. : Экономика, 1993. - 543 с.
 64. Ковалева, Т.М. Финансово-кредитные отношения в условиях глобализации [Текст] : монография / Т.М. Ковалева; под ред. Т.М. Ковалевой. - Самара : Изд-во Самар. гос. экон. ун-та, 2011. - 232 с.
 65. Колетова, Т.О. Макроэкономические аспекты результативности системы здравоохранения РФ на современном этапе [Текст] / Т.О. Колетова, В.В. Фоменко, Н.М. Сурнина // Конкурентоспособность территорий и предприятий меняющейся России : материалы X Всерос. форума молодых ученых. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2007. - Ч. 2. - С. 145.
 66. Кондратьев, Н.Д. Большие циклы конъюнктуры и теория предвидения // Избр. труды [Текст] / Н.Д. Кондратьев; Междунар. фонд Н.Д. Кондратьева [и др.];

- ред. кол.: Абалкин Л.И. (предс.) [и др.]; сост. Ю.В. Яковец. - М. : Экономика, 2002. - 768 с.
67. Кристенсен, К.М. Решение проблемы инноваций в бизнесе. Как создать растущий бизнес и успешно поддерживать его рост [Текст] / К.М. Кристенсен, М.Е. Рейнор ; пер. с англ. - М.: Альпина Букс, 2004. - 290 с.
 68. Круглов, М.Г. Инновационным проектом: управление качеством и эффективностью [Текст] / М.Г. Круглов. - М. : Дело, 2009. - 336 с.
 69. Кузык, Б.Н. Интегральный макропрогноз инновационно-технологической и структурной динамики экономики России на период до 2030 года [Текст] / Б.Н. Кузык, Ю.В. Яковец. - М. : Экономика, 2007. - 628с.
 70. Кузык, Б.Н. Россия - 2050: стратегия инновационного прорыва [Текст] / Б.Н. Кузык, Ю.В. Яковец. М.: Экономика, 2006. - 624с.
 71. Кузык, Б.Н. Россия в цивилизованном измерении: фундаментальные основы стратегии инновационного развития [Текст] / Б.Н. Кузык. - М. : Ин-т экономических стратегий, 2008. - 864с.
 72. Леонтьев, И.Л. Моделирование инновационно-инвестиционного развития социально значимых объектов территории [Текст] : автореф. дис. ... д-ра экон. наук / И.Л. Леонтьев. - Екатеринбург, 2013.
 73. Леонтьев, И.Л. Социальное инвестирование как фактор экономического развития региона [Текст] / И.Л. Леонтьев. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2013. - 105 с.
 74. Леонтьев, С.Л. Экономика медицинского страхования [Текст] / С.Л. Леонтьев. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2003. - 101 с.
 75. Масленникова, Н.П. Управление инновациями [Текст] / Н.П. Масленникова, В.М. Мишин. - М. : Юрайт, 2011. - 711 с.
 76. Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС [Электронный ресурс] : обзор // Бюллетень «Эксперт РА». - М., 2012. - Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/research/562949983480250.shtml>.

77. Менш, Г. Цунами на рынках капитала [Электронный ресурс] / Г. Менш // Экономические стратегии. - 2006. - № 2. - Режим доступа: http://www.inesnet.ru/magazine/mag_archive/free/2006_02/mensh.htm.
78. Механизмы оценки влияния социальной ответственности бизнеса на устойчивое развитие регионов России [Текст] / под ред. Е.Л. Андреевой. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2010. - 243 с.
79. Мировая статистика здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2013 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44844/8/9789244564448_rus.pdf.
80. Нелюбина, Т.А. Управление инновационной восприимчивостью социально-экономических систем [Текст] / Т.А. Нелюбина, О.А. Романова. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2010. - 257 с.
81. Обзор экономических показателей [Электронный ресурс] / Экономическая экспертная группа Министерства финансов РФ, 20 января 2014 г. - Режим доступа: http://www.eeg.ru/downloads/obzor/rus/pdf/2014_01.pdf.
82. О состоянии и развитии российского страхового рынка в 2010 году : аналит. докл. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.fcsм.ru/ru/contributors/insurance_industry/analytics/index.php?id_4=213.
83. Основные направления бюджетной политики на 2013 год и плановый период 2014 и 2015 годов [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;N=133448;frame=1400>.
84. Основы инновационного менеджмента. Теория и практика [Текст] / под ред. А.К. Казанцева, Л.Э. Миндели. - М. : Экономика, 2004. - 518 с.
85. Отчет об исполнении консолидированного бюджета Российской Федерации и бюджетов государственных внебюджетных фондов (2009-2013 гг.) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.roskazna.ru/konsolidirovannogo-byudzheta-rf>.
86. Похабов, В.И. Основы маркетинга [Текст] / В.И. Похабов. - М. : Выш. шк., 2001. - 271 с.

87. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 года [Электронный ресурс] : стат. бюл. / Федер. служба гос. статистики, 2013. - Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
88. Роик, В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика [Текст] / В.Д. Роик. - М. : Дело и Сервис, 2013. - 208 с.
89. Российский статистический ежегодник Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1135087342078.
90. Руководство Осло [Электронный ресурс] : рекомендации по сбору и анализу данных по инновациям (Oslo Manual. Guide lines for collecting and interpreting innovation data). - 3-е изд. / Совместная публикация Международной организации экономического сотрудничества и развития и Статистического бюро Европейских сообществ : пер. на рус. - М., 2006. - Режим доступа: http://www.hse.ru/data/2011/09/05/1267119067/oslo_ru.pdf.
91. Румянцева, Е.Е. Новая экономическая энциклопедия [Текст] / Е.Е. Румянцева.- М. : ИНФРА-М, 2008. - 896 с.
92. Русалева, Л.Ю. Маркетинговые исследования рынка медицинских услуг [Текст] / Л.Ю. Русалева, М.А. Морозова // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения. - 2005. - № 7. - С. 61-63.
93. Сайт Всемирной организации здравоохранения [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.who.int>.
94. Сайт Федерального казначейства Российской Федерации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.roskazna.ru>.
95. Сайт Федеральной службы государственной статистики РФ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
96. Сайт Центрального банка Российской Федерации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrtId=insurance_industry.
97. Санто, Б. Инновация как средство экономического развития [Текст] / Б. Санто. - М. : Прогресс, 1990. - 295 с.

98. Сахирова, Н.П. Страхование [Текст] / Н.П. Сахирова. - М. : Велби: Проспект, 2006. - 744 с.
99. Семенов, В.Ю. Экономика здравоохранения [Текст] / В.Ю. Семенов. - М. : МЦФЭР, 2004. - 656 с.
100. Скамай, Л.Г. Страхование дело [Текст] / Л.Г. Скамай. - М. : Юрайт, 2013. - 343 с.
101. Склад, Т.М. Экономика и управление здравоохранением [Текст] / Т.М. Склад. - СПб. : Изд. дом С.-Петербур. гос. у-та, 2004. - 184 с.
102. Современная система управления здравоохранением: теория и практика [Текст] : монография / Э.В. Пешина, И.Л. Леонтьев, Н.В. Махинова; М-во образования и науки РФ, Урал. гос. экон. ун-т. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2010. - 201 с.
103. Сплетухов, Ю.А. Страхование [Текст] / Ю.А. Сплетухов, Е.Ф. Дюжиков. - М. : ИНФРА-М, 2006. - 312 с.
104. Статистические данные по итогам деятельности страховщиков в 2011-2013 гг. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.fcsm.ru/ru/contributors/insurance_industry/statistics.
105. Стенограмма Заседания президиума Госсовета о повышении доступности и качества медицинской помощи в регионах 30.07.2013 г. [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/transcripts/18973>.
106. Стиглиц, Дж. Экономика общественного сектора [Текст] / Дж. Стиглиц ; пер. с англ. - М. : Изд-во МГУ: ИНФРА-М, 1997 - 720 с.
107. Страхование [Текст] / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. - М. : Юрайт, 2011. - 828 с.
108. Страхование [Текст] / под ред. Т.А. Федоровой. - М. : Магистр, 2009. - 1006 с.
109. Страхование: экономика, организация, управление : в 2 т. [Текст] / под ред. Г.В. Черновой. - М. : Экономика, 2010. - Т. 1. - 752 с.; - Т. 2. - 672 с.
110. Страхование [Текст] / под ред. И.П. Хоминич. - М. : Магистр: ИНФРА-М, 2011. - 624 с.
111. Страховой рынок Российской Федерации в условиях вступления в ВТО: состояние и перспективы развития: материалы Междунар. науч.-практ. конф.

- [Текст] / гл. ред. Минеев В.И., отв. ред. Домнина О.Л., Злобин Е.В.; ВГАВТ, РОСГОССТРАХ. - Н. Новгород, 2012. - 653 с.
112. Суховой, А.Ф. Инновационные возможности саморазвития региона [Текст] / А.Ф. Суховой, И.М. Голова. - Екатеринбург : Ин-т экономики УрО РАН, 2010. - 200 с.
 113. Татаркин, А.И. Инновационные процессы в УрФО: угрозы, возможности и перспективы развития [Текст] / А.И. Татаркин, А.Ф. Суховой, М.В. Волынкина // Инновации. - 2005. - № 8. - С. 30-38.
 114. Теория и практика страхования [Текст] / под ред. К.Е. Турбиной. - М. : Анкил, 2003. - 704 с.
 115. Теория эволюции социально-экономических систем [Текст] / под ред. А.И. Татаркина, В.И. Маевского; РАН, УрО, Ин-т экономики. - М. : Экономика, 2008. - 864 с.
 116. Туккель, И.Л. Экономика и финансовое обеспечение инновационной деятельности [Текст] / И.Л. Туккель [и др.].- СПб. : БХВ-Петербург, 2011. - 240 с.
 117. Управление инновационными проектами : учеб. пособие [Текст] / под ред. В.Л. Попова. - М. : ИНФРА-М, 2011. - 336 с.
 118. Финансово-кредитный энциклопедический словарь [Текст] / кол. авт.; под общ. ред. А.Г. Грязновой. - М. : Финансы и статистика, 2002. - 1168 с.
 119. Финансы [Текст] / под ред. М.В. Романовского, О.В. Врублевской. - М. : Юрайт, 2013. - 599 с.
 120. Финансы и кредит [Текст] / под ред. О.В. Соколовой. - М. : Магистр: ИНФРА-М, 2011. - 912 с.
 121. Фоменко, В.В. Актуальные проблемы финансирования национального здравоохранения [Текст] / В.В. Фоменко // Фундаментальные исследования. - 2013. - № 10 (ч. 4). - С. 841-845.
 122. 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: <http://www.science-education.ru/113-11112>.
123. 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 : у 3 т. - Дніпропетровськ : Біла К. О., 2013. - Т. 1. - С. 63-65.
 124. Фоменко, В.В. Реинжиниринг внутренних бизнес-процессов в лечебно-профилактических учреждениях [Текст] / В.В. Фоменко // Ломоносов : материалы докладов XV Междунар. конф. / отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев, А.И. Андреев. - М. : Изд-во МГУ: МЫСЛЬ, 2008. С. 77-78.
 125. 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 Санкт-Петербургского государственного университета, 23-26 апр. 2014 г. / ред. кол.: А.В. Воронцовский (отв. ред.), О.Л. Маргания, С.А. Белозеров [и др.]. - СПб. : Нестор-История, 2014. - С. 332-333.
 126. Фоменко, В.В. Финансовое администрирование компонентов функционирования медицинских организаций [Текст] / В.В. Фоменко // Модернизация финансово-кредитной системы России : монография / под ред. Е.Г. Князевой. - Екатеринбург : Изд-во АМБ, 2011. - С. 111-118.
 127. Фоменко, В.В. Формирование маркетинговой службы медицинского учреждения [Текст] / В.В. Фоменко, Н.Н. Кивелева // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения : материалы 65-й Всерос. науч.-практ. конф. молодых ученых. - Екатеринбург : Изд-во УГМА, 2010. - С. 797-801.
 128. 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. статей II Всерос. науч.-техн. конф. - Пенза, 2007. - С. 166-168.
129. 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., 24-26 апр. 2008 г. : в 2 т. - Екатеринбург : УГТУ-УПИ, 2008. - Т. 2. - С. 223-226.
 130. Фоменко, В.В. Современные проблемы профилактики [Текст] / В.В. Фоменко, Т.В. Чернова // Конкурентоспособность территорий и предприятий во взаимозависимом мире : материалы IX Всерос. форума молодых ученых. - Екатеринбург : Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2006. - Ч. 1. - С. 161-162.
 131. Худяков, А.И. Теория страхования [Текст] / А.И. Худяков. - М. : Статус, 2010. - 656 с.
 132. Шихов, А.К. Страхование: Организация, экономика, правовые аспекты [Текст] / А.К. Шихов. - М. : КУРС: ИНФРА-М, 2012. - 368 с.
 133. Шляпников, В.В. Маркетинговый анализ качества медицинской помощи в негосударственном коммерческом медицинском учреждении [Текст] / В.В. Шляпников // Экономика здравоохранения. - 2008. - № 2. - С. 43-45.
 134. Шумпетер, Й.А. Теория экономического развития [Текст] / Й.А. Шумпетер. - М. : Директмедиа Паблишинг, 2008. - 355 с.
 135. Экономика здравоохранения [Текст] / под науч. ред. М.Г. Колосницыной, И.М. Шеймана, С.В. Шишкина. - М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. - 479 с.
 136. Элементы системы социального обеспечения в условиях ориентированной рыночной экономики - на примере Федеративной Республики Германии [Текст] / Общество теории и практики страхования. - Кельн, 1992. - 96 с.
 137. Яковец, Ю.В. Эпохальные инновации XXI века [Текст] / Ю.В. Яковец. - М. : Экономика, 2004. - 444с.
 138. Frascati, M. Proposed Standard Practice for Surveys on Research and Experimental Development [Text] / M. Frascati / Organization for economic co-operation and development. - Sixth ed., 2002.

139. Freeman, C. Unemployment and Technical Innovation: A Study of Law [Text] / C. Freeman, J. Clark, L. Soete. - London, 1982.
140. Fuchs, V.R. From Bismarck to Woodcock: The «Irrational» Pursuit of national Health Insurance [Text] / V.R. Fuchs. - Ch. 13 of The Health Economy. - Cambridge, M.A. : Harvard University Press, 1986.
141. Jacobzone, S. Ageing and the Challenges of new technologies [Text] / S. Jacobzone // Papers of the Summer School «The Economics of the Health Care Sector», European Science Days, Steyr, Austria, 12-17 July 2008.
142. Kleinknecht, A. Innovation patterns in crisis and prosperity: Schumpeter's long cycle reconsidered [Text] / A. Kleinknecht. - Hong Kong, 1987.
143. Mensch, G. Stalemate in Technology: Innovations Overcome the Depression [Text] / G. Mensch. - Cambridge (Mass.), 1979.
144. Theurl, E. Governments and Health Care Regulation [Text] / E. Theurl // Papers of the Summer School "The Economics of the Health Care Sector", European Science Days. - Steyr, Austria. - July 2008.
145. Tobin, J. On limiting the Domain of Inequality [Text] / J. Tobin // J. of Law and Economics. - 1970. - № 13.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования

Признак	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
По классификации отраслей	Вид государственного социального страхования	Вид личного страхования
По цели	Гарантировать определенный объем и условия оказания медицинской помощи гражданам	Дополнить гарантированный объем медицинской помощи, предоставляемой в рамках обязательного медицинского страхования
По характеру экономических отношений	Некоммерческий	Коммерческий
По используемому принципу	Принцип страховой солидарности	Принцип страховой эквивалентности
По охвату страхованием	Всеобщий, массовый охват	Выборочный характер, индивидуальное или групповое страхование
По объему страхового покрытия	Гарантирует стандартный минимальный объем услуг в соответствии с законодательством	Объем услуг устанавливается правилами и договором страхования
По порядку установления условий страхования	Определяются государством и закрепляются в законе	Определяются страховыми компаниями
По источнику финансирования	Взносы работодателей, средства бюджетов	Личные доходы граждан и средства предприятий
По субъектному составу	Страхователи для работающих граждан - работодатели, для неработающего населения - органы исполнительной власти субъекта РФ; страховщик - ФФОМС	Страхователи - граждане и работодатели; страховщики - страховые организации

Признак	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
По принципам контроля качества медицинских услуг	Система контроля качества определяется органом государственной власти	Система контроля качества устанавливается договором страхования
По ценообразованию	Затратное	Рыночное
Примечание - Составлено автором по: Теория и практика страхования / под ред. К.Е. Турбиной. М. : Анкил, 2003. С. 311-312; Сахирова Н.П. Страхование. М. : Велби: Проспект, 2006. С. 200; Роик В.Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика. М. : Дело и Сервис, 2013. С.60-61.		

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Видовая группировка по источникам финансового обеспечения медицинской помощи, оказываемой бесплатно в соответствии с программой государственных гарантий

система обязательного медицинского страхования	→	первичная медико-санитарная скорая специализированная	
федеральный бюджет	→	первичная медико-санитарная скорая специализированная, в том числе высокотехнологичная	оказываемые федеральными медицинскими организациями
бюджет субъекта РФ	→	первичная медико-санитарная скорая высокотехнологичная паллиативная	в части, не включенной в базовую программу ОМС оказываемая медицинскими организациями субъекта
местные бюджеты	→	медицинская помощь в медицинских организациях муниципальной системы здравоохранения в случае передачи органами государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих полномочий	

Примечание - Составлено автором на основе Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2014 год и на плановый период 2015 и 2016 годов.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

**Сценарии изменения фактических расходов на финансирование
территориальных программ, объема недофинансирования
гарантированной государством бесплатной медицинской помощи,
средств системы добровольного медицинского страхования и средств,
получаемых от оказания платных медицинских услуг**

млрд руб.

№ п/п	Сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи	Средства системы добровольного медицинского страхования	Средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг
2013	1976,40	81,70	89,94	358,00
1	2078,62	71,65	91,03	386,04
2	2078,62	71,65	91,03	412,69
3	2078,62	71,65	91,03	404,02
4	2078,62	71,65	101,39	386,04
5	2078,62	71,65	101,39	412,69
6	2078,62	71,65	101,39	404,02
7	2078,62	71,65	97,82	386,04
8	2078,62	71,65	97,82	412,69
9	2078,62	71,65	97,82	404,02
10	2078,62	40,58	91,03	386,04
11	2078,62	40,58	91,03	412,69
12	2078,62	40,58	91,03	404,02
13	2078,62	40,58	101,39	386,04
14	2078,62	40,58	101,39	412,69
15	2078,62	40,58	101,39	404,02
16	2078,62	40,58	97,82	386,04
17	2078,62	40,58	97,82	412,69
18	2078,62	40,58	97,82	404,02
19	2078,62	56,59	91,03	386,04
20	2078,62	56,59	91,03	412,69
21	2078,62	56,59	91,03	404,02
22	2078,62	56,59	101,39	386,04
23	2078,62	56,59	101,39	412,69
24	2078,62	56,59	101,39	404,02
25	2078,62	56,59	97,82	386,04
26	2078,62	56,59	97,82	412,69
27	2078,62	56,59	97,82	404,02

Продолжение приложения В

№ п/п	Сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи	Средства системы добровольного медицинского страхования	Средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг
28	2273,06	71,65	91,03	386,04
29	2273,06	71,65	91,03	412,69
30	2273,06	71,65	91,03	404,02
31	2273,06	71,65	101,39	386,04
32	2273,06	71,65	101,39	412,69
33	2273,06	71,65	101,39	404,02
34	2273,06	71,65	97,82	386,04
35	2273,06	71,65	97,82	412,69
36	2273,06	71,65	97,82	404,02
37	2273,06	40,58	91,03	386,04
38	2273,06	40,58	91,03	412,69
39	2273,06	40,58	91,03	404,02
40	2273,06	40,58	101,39	386,04
41	2273,06	40,58	101,39	412,69
42	2273,06	40,58	101,39	404,02
43	2273,06	40,58	97,82	386,04
44	2273,06	40,58	97,82	412,69
45	2273,06	40,58	97,82	404,02
46	2273,06	56,59	91,03	386,04
47	2273,06	56,59	91,03	412,69
48	2273,06	56,59	91,03	404,02
49	2273,06	56,59	101,39	386,04
50	2273,06	56,59	101,39	412,69
51	2273,06	56,59	101,39	404,02
52	2273,06	56,59	97,82	386,04
53	2273,06	56,59	97,82	412,69
54	2273,06	56,59	97,82	404,02
55	2163,76	71,65	91,03	386,04
56	2163,76	71,65	91,03	412,69
57	2163,76	71,65	91,03	404,02
58	2163,76	71,65	101,39	386,04
59	2163,76	71,65	101,39	412,69
60	2163,76	71,65	101,39	404,02
61	2163,76	71,65	97,82	386,04
62	2163,76	71,65	97,82	412,69
63	2163,76	71,65	97,82	404,02
64	2163,76	40,58	91,03	386,04
65	2163,76	40,58	91,03	412,69
66	2163,76	40,58	91,03	404,02
67	2163,76	40,58	101,39	386,04

Окончание приложения В

№ п/п	Сумма фактических расходов на финансирование территориальных программ	Общий объем недофинансирования гарантированной государством бесплатной медицинской помощи	Средства системы добровольного медицинского страхования	Средства, получаемые от оказания платных медицинских услуг
68	2163,76	40,58	101,39	412,69
69	2163,76	40,58	101,39	404,02
70	2163,76	40,58	97,82	386,04
71	2163,76	40,58	97,82	412,69
72	2163,76	40,58	97,82	404,02
73	2163,76	56,59	91,03	386,04
74	2163,76	56,59	91,03	412,69
75	2163,76	56,59	91,03	404,02
76	2163,76	56,59	101,39	386,04
77	2163,76	56,59	101,39	412,69
78	2163,76	56,59	101,39	404,02
79	2163,76	56,59	97,82	386,04
80	2163,76	56,59	97,82	412,69
81	2163,76	56,59	97,82	404,02
Примечание - Составлено автором.				

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

**Расчет коэффициента перераспределения
согласно сформированным сценариям**

млрд руб.

№ п/п	T	F	D	M	I	I _t	P	P _t	H	K	$\bar{K}$
1	2150,27	2078,62	71,65	2555,68	91,03	1,09	386,04	28,04	100,77	0,039	0,117
2	2150,27	2078,62	71,65	2582,34	91,03	1,09	412,69	54,69	127,43	0,049	0,119
3	2150,27	2078,62	71,65	2573,67	91,03	1,09	404,02	46,02	118,76	0,046	0,118
4	2150,27	2078,62	71,65	2566,04	101,39	11,45	386,04	28,04	111,14	0,043	0,118
5	2150,27	2078,62	71,65	2592,70	101,39	11,45	412,69	54,69	137,80	0,053	0,119
6	2150,27	2078,62	71,65	2584,03	101,39	11,45	404,02	46,02	129,12	0,050	0,119
7	2150,27	2078,62	71,65	2562,48	97,82	7,88	386,04	28,04	107,57	0,042	0,117
8	2150,27	2078,62	71,65	2589,14	97,82	7,88	412,69	54,69	134,23	0,052	0,119
9	2150,27	2078,62	71,65	2580,47	97,82	7,88	404,02	46,02	125,56	0,049	0,119
10	2119,20	2078,62	40,58	2555,68	91,03	1,09	386,04	28,04	69,70	0,027	0,115
11	2119,20	2078,62	40,58	2582,34	91,03	1,09	412,69	54,69	96,36	0,037	0,117
12	2119,20	2078,62	40,58	2573,67	91,03	1,09	404,02	46,02	87,69	0,034	0,116
13	2119,20	2078,62	40,58	2566,04	101,39	11,45	386,04	28,04	80,07	0,031	0,116
14	2119,20	2078,62	40,58	2592,70	101,39	11,45	412,69	54,69	106,73	0,041	0,117
15	2119,20	2078,62	40,58	2584,03	101,39	11,45	404,02	46,02	98,05	0,038	0,117
16	2119,20	2078,62	40,58	2562,48	97,82	7,88	386,04	28,04	76,50	0,030	0,115
17	2119,20	2078,62	40,58	2589,14	97,82	7,88	412,69	54,69	103,16	0,040	0,117
18	2119,20	2078,62	40,58	2580,47	97,82	7,88	404,02	46,02	94,49	0,037	0,117
19	2135,20	2078,62	56,59	2555,68	91,03	1,09	386,04	28,04	85,71	0,034	0,116
20	2135,20	2078,62	56,59	2582,34	91,03	1,09	412,69	54,69	112,37	0,044	0,118
21	2135,20	2078,62	56,59	2573,67	91,03	1,09	404,02	46,02	103,70	0,040	0,117
22	2135,20	2078,62	56,59	2566,04	101,39	11,45	386,04	28,04	96,07	0,037	0,117
23	2135,20	2078,62	56,59	2592,70	101,39	11,45	412,69	54,69	122,73	0,047	0,118
24	2135,20	2078,62	56,59	2584,03	101,39	11,45	404,02	46,02	114,06	0,044	0,118
25	2135,20	2078,62	56,59	2562,48	97,82	7,88	386,04	28,04	92,51	0,036	0,116
26	2135,20	2078,62	56,59	2589,14	97,82	7,88	412,69	54,69	119,16	0,046	0,118
27	2135,20	2078,62	56,59	2580,47	97,82	7,88	404,02	46,02	110,49	0,043	0,118
28	2344,71	2273,06	71,65	2750,12	91,03	1,09	386,04	28,04	100,77	0,037	0,117
29	2344,71	2273,06	71,65	2776,78	91,03	1,09	412,69	54,69	127,43	0,046	0,118
30	2344,71	2273,06	71,65	2768,11	91,03	1,09	404,02	46,02	118,76	0,043	0,118
31	2344,71	2273,06	71,65	2760,48	101,39	11,45	386,04	28,04	111,14	0,040	0,117
32	2344,71	2273,06	71,65	2787,14	101,39	11,45	412,69	54,69	137,80	0,049	0,119
33	2344,71	2273,06	71,65	2778,47	101,39	11,45	404,02	46,02	129,12	0,046	0,118

№ п/п	T	F	D	M	I	It	P	Pt	H	K	$\bar{K}$
34	2344,71	2273,06	71,65	2756,92	97,82	7,88	386,04	28,04	107,57	0,039	0,117
35	2344,71	2273,06	71,65	2783,58	97,82	7,88	412,69	54,69	134,23	0,048	0,118
36	2344,71	2273,06	71,65	2774,91	97,82	7,88	404,02	46,02	125,56	0,045	0,118
37	2313,64	2273,06	40,58	2750,12	91,03	1,09	386,04	28,04	69,70	0,025	0,115
38	2313,64	2273,06	40,58	2776,78	91,03	1,09	412,69	54,69	96,36	0,035	0,116
39	2313,64	2273,06	40,58	2768,11	91,03	1,09	404,02	46,02	87,69	0,032	0,116
40	2313,64	2273,06	40,58	2760,48	101,39	11,45	386,04	28,04	80,07	0,029	0,115
41	2313,64	2273,06	40,58	2787,14	101,39	11,45	412,69	54,69	106,73	0,038	0,117
42	2313,64	2273,06	40,58	2778,47	101,39	11,45	404,02	46,02	98,05	0,035	0,116
43	2313,64	2273,06	40,58	2756,92	97,82	7,88	386,04	28,04	76,50	0,028	0,115
44	2313,64	2273,06	40,58	2783,58	97,82	7,88	412,69	54,69	103,16	0,037	0,117
45	2313,64	2273,06	40,58	2774,91	97,82	7,88	404,02	46,02	94,49	0,034	0,116
46	2329,64	2273,06	56,59	2750,12	91,03	1,09	386,04	28,04	85,71	0,031	0,116
47	2329,64	2273,06	56,59	2776,78	91,03	1,09	412,69	54,69	112,37	0,040	0,117
48	2329,64	2273,06	56,59	2768,11	91,03	1,09	404,02	46,02	103,70	0,037	0,117
49	2329,64	2273,06	56,59	2760,48	101,39	11,45	386,04	28,04	96,07	0,035	0,116
50	2329,64	2273,06	56,59	2787,14	101,39	11,45	412,69	54,69	122,73	0,044	0,118
51	2329,64	2273,06	56,59	2778,47	101,39	11,45	404,02	46,02	114,06	0,041	0,117
52	2329,64	2273,06	56,59	2756,92	97,82	7,88	386,04	28,04	92,51	0,034	0,116
53	2329,64	2273,06	56,59	2783,58	97,82	7,88	412,69	54,69	119,16	0,043	0,118
54	2329,64	2273,06	56,59	2774,91	97,82	7,88	404,02	46,02	110,49	0,040	0,117
55	2235,41	2163,76	71,65	2640,83	91,03	1,09	386,04	28,04	100,77	0,038	0,117
56	2235,41	2163,76	71,65	2667,48	91,03	1,09	412,69	54,69	127,43	0,048	0,118
57	2235,41	2163,76	71,65	2658,81	91,03	1,09	404,02	46,02	118,76	0,045	0,118
58	2235,41	2163,76	71,65	2651,19	101,39	11,45	386,04	28,04	111,14	0,042	0,117
59	2235,41	2163,76	71,65	2677,85	101,39	11,45	412,69	54,69	137,80	0,051	0,119
60	2235,41	2163,76	71,65	2669,18	101,39	11,45	404,02	46,02	129,12	0,048	0,119
61	2235,41	2163,76	71,65	2647,62	97,82	7,88	386,04	28,04	107,57	0,041	0,117
62	2235,41	2163,76	71,65	2674,28	97,82	7,88	412,69	54,69	134,23	0,050	0,119
63	2235,41	2163,76	71,65	2665,61	97,82	7,88	404,02	46,02	125,56	0,047	0,118
64	2204,34	2163,76	40,58	2640,83	91,03	1,09	386,04	28,04	69,70	0,026	0,115
65	2204,34	2163,76	40,58	2667,48	91,03	1,09	412,69	54,69	96,36	0,036	0,116
66	2204,34	2163,76	40,58	2658,81	91,03	1,09	404,02	46,02	87,69	0,033	0,116
67	2204,34	2163,76	40,58	2651,19	101,39	11,45	386,04	28,04	80,07	0,030	0,115
68	2204,34	2163,76	40,58	2677,85	101,39	11,45	412,69	54,69	106,73	0,040	0,117
69	2204,34	2163,76	40,58	2669,18	101,39	11,45	404,02	46,02	98,05	0,037	0,117
70	2204,34	2163,76	40,58	2647,62	97,82	7,88	386,04	28,04	76,50	0,029	0,115

