

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ  
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«ДОНЕЦКАЯ АКАДЕМИЯ УПРАВЛЕНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННОЙ СЛУЖБЫ  
ПРИ ГЛАВЕ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ»

КАФЕДРА ФИНАНСОВ

**Е.Г. Сподарева, Л.М. Волощенко**

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Монография

УТВЕРЖДЕНО на заседании

Ученого совета

ГОУ ВПО «ДонаУиГС»

Протокол № 4 от 22.11.2018 г.

Донецк  
2018

**УДК 369.06**

**ББК У272.5**

**С 73**

*Рекомендовано к печати Ученым советом ГОУ ВПО «ДонАУиГС»  
протокол № 4 от 22.11.2018 г.*

**Рецензенты:**

***Петрушевская Виктория Викторовна** – доктор экономических наук, доцент, профессор кафедры финансов ГОУ ВПО «ДонАУиГС»*

***Попова Ирина Витальевна** – доктор экономических наук, доцент, заведующий кафедрой банковского дела ГО ВПО «ДонНУЭТ им. Туган-Барановского»*

***Головинов Олег Николаевич** – доктор экономических наук, профессор, заведующий кафедрой «Экономическая статистика» ГОУ ВПО «ДонНУ»*

**Сподарева Е.Г.**

**С73** Перспективы развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике: монография / Е.Г. Сподарева, Л. М. Волощенко – Донецк: ДонАУиГС, 2018. – 167 с.

В монографии рассмотрены теоретические основы медицинского страхования, определены сущность, основные задачи, закономерности и тенденции его развития; проанализировано современное состояние финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в зарубежных странах; разработан ряд рекомендаций по эффективному развитию медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.

Монография предназначена для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов вузов экономических специальностей, специалистов в сфере страхования, а также всех, кто интересуется проблематикой эффективного управления социально-экономическим развитием.

**УДК 369.06**

**ББК У272.5**

© Е.Г. Сподарева, Волощенко Л.М., 2018

© ГОУ ВПО «Донецкая академия  
управления и государственной службы  
при Главе Донецкой Народной Республики»,  
2018

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ.....	4
РАЗДЕЛ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	7
1.1 Сущность медицинского страхования, его роль и функции.....	7
1.2 Место медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения.....	18
1.3 Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта.....	25
РАЗДЕЛ 2 АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	40
2.1 Анализ источников финансирования отрасли здравоохранения.....	40
2.2 Влияние социально-экономических факторов на развитие медицинского страхования .....	54
2.3 Оценка факторов, влияющих на формирование и развитие медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.....	66
РАЗДЕЛ 3 НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ.....	80
3.1 Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования.....	80
3.2 Методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе медицинского страхования .....	91
3.3 Механизмы эффективного развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.....	106
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	125
ИСТОЧНИКИ.....	128
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	147

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Важнейшим элементом социального, культурного и экономического развития государства являются показатели здоровья, качества и уровня жизни населения. Несмотря на это, бюджетная модель финансирования отрасли здравоохранения в силу недостаточности выделяемых денежных средств не покрывает потребности населения в гарантированном объёме бесплатной медицинской помощи, определённом законодательством Донецкой Народной Республики. Из-за отсутствия четкого разграничения между гарантированным объёмом и медицинскими услугами, которые оказываются гражданам на платной основе, происходит замещение бесплатной медицинской помощи платными услугами. Нестабильность в экономической и социальной сферах экономики молодого государства усиливает роль страхования в обеспечении финансовой безопасности, устойчивом развитии экономики, а также повышении благосостояния населения. В связи с этим, в целях построения оптимальной организационной структуры и модели финансового обеспечения отрасли здравоохранения, гарантирующей доступность и качество медицинского обслуживания, становится целесообразным выявление положительных и отрицательных тенденций развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, а также направлений его дальнейшего совершенствования путем введения обязательного медицинского страхования (ОМС) и формирования добровольного медицинского страхования (ДМС).

Сложные экономические и политические условия становления государственности в Донецкой Народной Республике нуждаются в разработке эффективных механизмов, методических подходов и инструментов экономической деятельности, использование которых создаст предпосылки для адаптации существующих научных знаний о страховом рынке и экономической роли государства при осуществлении медицинского страхования в Республике. Всё это обуславливает необходимость развития и дополнения теоретических и

концептуальных подходов к вопросам организации медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения.

В монографии рассмотрены вопросы сущности медицинского страхования; определены его функции, задачи и место в системе финансирования отрасли здравоохранения; представлен концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта; проведен анализ источников и эффективности финансирования отрасли здравоохранения, в котором определены роль добровольного и обязательного медицинского страхования; рассмотрены структура финансового потенциала рынка медицинского страхования и влияние на него социально-экономических факторов; обоснована необходимость построения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования; предложен методический подход к установлению страхового взноса по ОМС с применением имитационного моделирования; разработаны механизмы эффективного развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.

Методологической, теоретической и информационной основой монографии являются научные труды российских, украинских и зарубежных ученых, которые исследовали систему медицинского страхования, нормативно-правовая база Донецкой Народной Республики, Украины, РФ, статистические материалы Национального банка Украины, Государственной службы статистики Украины, финансовое законодательство стран Центральной и Восточной Европы, США, РФ, статистические материалы и экономические исследования Банка международных расчетов, материалы собственных исследований автора.

В работе использована методология системного, исторического, сравнительного, графического и эконометрического анализа, а также имитационного моделирования и метода логического обобщения.

Статистическая обработка базы данных, которые используются в монографии как эмпирический материал, осуществлена с использованием

программного пакета SPSS (IBM, 2015) и Microsoft Excel. Графический материал работы выполнен с применением программного пакета Microsoft Excel.

Теоретическое значение состоит в углублении существующих теоретических положений и обосновании использования системного, концептуального и научно-методического подходов к организации и обеспечению эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения в Донецкой Народной Республике.

Практическая значимость полученных результатов определяется рядом конкретных предложений, которые являются основами для внедрения в практику системы медицинского страхования с целью улучшения здоровья населения для обеспечения устойчивого развития экономики Республики.

Использование результатов исследований по развитию системы медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, представленных в данной работе, позволит выявить дополнительные источники финансирования отрасли здравоохранения за счет использования обязательного и добровольного медицинского страхования для обеспечения эффективной социальной защиты населения молодого государства.

Научные разработки монографии могут быть использованы в качестве основы для выполнения дальнейших фундаментальных и прикладных научных исследований по вопросам финансово-экономической тематики, а также рекомендованы органам государственной власти для дальнейшего совершенствования деятельности и развития отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики.

## РАЗДЕЛ 1

# ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

### 1.1 Сущность медицинского страхования, его роль и функции

Страхование является неотъемлемым элементом полноценного функционирования экономических систем стран с развитой рыночной экономикой. Страховые услуги как разновидность финансовых услуг на современном этапе изначально важны для экономического развития, поскольку:

страхование, вместе с другими финансовыми инструментами, способствует развитию предпринимательства и обеспечивает стабильность экономического развития;

с помощью страхования аккумулируются сбережения населения в виде страховых премий и происходит их перевод в инвестиции, тем самым оно выполняет роль стимулятора экономического роста. Кроме того, с развитием страхового рынка возрастает эффективность всей финансовой системы через сокращение транзакционных издержек и поддержание высокого уровня ликвидности сбережений;

страхование поддерживает развитие как национальной, так и международной торговли;

страхование обеспечивает социальную защиту интересов населения в части программ государственных социальных гарантий и социального страхования, и тем самым способствует снижению нагрузки с расходной части бюджета [50].

Степень развития страхования является индикатором зрелости рыночных отношений. Отлаженная система страхования способствует развитию бизнеса и решению социальных проблем [126], а социальный смысл воплощается в программах социальной защиты, реализуемых в процессе деятельности системы социального страхования [137].

Роль страхования на конкретном этапе общественного развития определяется теми задачами, которые ставит перед ним экономика той или иной страны (рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Роль страхования в экономике государства

В социальном страховании наиболее четко проявляется единство ответственности государства, работодателей и работников за социальное обеспечение отдельных категорий населения и их семей при наступлении социальных рисков, которые может испытать любой человек в течение жизни, а именно: временная нетрудоспособность, производственный травматизм, потеря кормильца, старость, безработица, болезнь, беременность и роды и т.д. [126].

Согласно Закону ДНР «Об основах общеобязательного социального страхования» «общеобязательное социальное страхование – это система прав, обязанностей и гарантий, которая обеспечивает это предусматривает предоставление социальной защиты, включающей материальное обеспечение граждан в случае болезни, полной, частичной или временной потери трудоспособности, потери кормильца, безработицы по независящим от них обстоятельствам, а также в старости и в других случаях, предусмотренных законом, за счет денежных фондов, которые формируются путем уплаты страховых взносов собственником или уполномоченным им органом (далее - работодатель), гражданами, а также



бюджетных и других источников, предусмотренных законом в государственные или негосударственные страховые фонды» [100].

Страхование как метод создания страхового фонда выступает важным экономическим институтом, способным компенсировать и уменьшить потери от событий, возникновение которых носит случайный характер (таблица 1.1).

Таблица 1.1 – Характеристика организационных форм страхового фонда

Характерные признаки	Централизованный фонд государства	Фонд самострахования	Страховой фонд страховщика
Субъект собственности	Государство	Субъекты хозяйствования	Страховые компании
Источник формирования финансовых ресурсов	За счет общегосударственных ресурсов	За счет средств субъектов хозяйствования	За счет взносов страхователей по заключенным договорам страхования
Назначение	Возмещение убытков и устранения последствий стихийных бедствий и аварий	Оперативное преодоление временных финансовых трудностей на микроуровне	Возмещение убытков и выплата страховых сумм страхователям при наступлении страховых случаев
Метод формирования	Централизованный	Децентрализованный	Смешанный
Форма образования	Денежная и натуральная	Денежная и натуральная	Только денежная
Особенности	Страховая ответственность государства ограничивается только чрезвычайными событиями, т.е. централизованный фонд является экстремальной формой страховой защиты	Самострахование является дорогой и не всегда рациональной формой страховой защиты, поскольку при этом изымаются из обращения значительные финансовые ресурсы	Убытки распределяются среди участников страхования, в результате перераспределения средств во времени и пространстве достигается высокая маневренность оборотных средств и обеспечивается эффективная страховая защита

*Составлено автором по данным [73]*

Медицинское страхование имеет глубокие исторические корни и выступает гарантом здоровой нации в будущем. Оказание материальной помощи

в связи с болезнью осуществлялось еще в Древней Греции и Римской империи, но медицинское страхование получило статус формы социальной помощи в связи с болезнью только во II половине XIX в. [139].

Следует отметить, что единого мнения к пониманию сущности медицинского страхования у ученых нет (таблица 1.2).

Таблица 1.2 – Исследования в области изучения медицинского страхования в трудах ученых

Ученый	Точка зрения	Неучтенное
<b>Медицинское страхование - это ...</b>		
Т. Архипов	... важный элемент страховой медицины [6, с. 559]	Без внимания оставлены другие черты, присущие медицинскому страхованию
О. Баева	... вид личного страхования на случай потери здоровья от болезни или несчастного случая [7, с. 48]	
Я. Шумелда	... разновидности страховых услуг, которые предоставляются населению в добровольной и обязательной формах [193]	
С. Осадец	... страхование на случай потери здоровья по любой причине [164, с. 233]	
В. Рудень	...вид страхования населения, при котором страховая медицинская организация (страховщик) на основе страховых премий создает фонд, за счет которого обязуется финансировать застрахованным гражданам медицинские услуги в объеме и на условиях, предусмотренных договором [131]	Видами страхования населения является личное страхование, имущественное страхование и страхование ответственности, а медицинское является подотраслью личного страхования
И. Сардинец	... разновидность социального страхования при заболеваниях, когда лечение оплачивается из частных, общественных или государственных средств [159]	Непонятен источник компенсации расходов на лечение
В. Рудик	... предусматривает обеспечение гражданам в случае наступления страхового случая получения медицинской помощи за счет накопления средств, а также финансирования профилактических медицинских мероприятий [160, с. 85]	

Ученый	Точка зрения	Неучтенное
В. Бедный	... вид социального страхования населения, который обеспечивает оплату медицинского обслуживания застрахованным страховыми обществами за счет специальных фондов обязательного медицинского страхования [184, с. 134]	Медицинское страхование имеет не только социальный характер, но и экономический
С. Юрий	...форма социальной защиты населения по охране здоровья, связанная с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание. Это система организационных и финансовых мероприятий по обеспечению функционирования страховой медицины [198]	
А. Миронов	... это форма социальной защиты населения в отрасли здравоохранения. Медицинское страхование представляет собой страхование на случай потери здоровья по любой причине, в том числе в связи с болезнью или несчастным случаем. Оно обеспечивается мерами по формированию особых страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи в пределах страховых программ. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансированием оказанной медицинской помощи при наступлении страхового случая [185, с. 312]	

*Составлено автором*

Данные таблицы 1.2 свидетельствуют, что большинство ученых придерживается той точки зрения, что медицинское страхование выступает формой реализации социальной защиты населения.

Кроме того, под медицинским страхованием понимается комплексная система мероприятий по формированию специальных страховых фондов, предназначенных для финансирования медицинской помощи, оказываемой в рамках страховых программ.

Таким образом, медицинское страхование представляет собой систему социально-экономических отношений между субъектами рынка медицинского страхования с целью обеспечения социальной защиты населения, связанной с

потерей здоровья, посредством дополнительного финансирования отрасли здравоохранения.

Объектом медицинского страхования является риск потери дохода работающего населения и риск понести дополнительные расходы, связанные с получением медицинской помощи.

Целью медицинского страхования является гарантия населению получения медицинской помощи и финансирование профилактических мероприятий при возникновении страхового случая.

На основе указанной цели выдвигаются специфические задачи медицинского страхования по финансированию лечебных учреждений и перераспределению финансовых ресурсов, которые должны быть выполнены для удовлетворения интересов субъектов медицинского страхования.

Основные задачи медицинского страхования представлены на рисунке 1.2.



Рисунок 1.2 – Основные задачи медицинского страхования

*(разработано автором)*

В результате анализа различных подходов к изучению функций медицинского страхования можно выделить базовые и дополнительные (рисунок 1.3).



Рисунок 1.3 – Функции медицинского страхования (разработано автором)

Представленные функции позволяют сделать вывод о существовании оснований для реализации конституционных прав граждан, обеспечения сбалансированных гарантий и удовлетворения общественных потребностей в медицинском страховании на основе перераспределения финансовых ресурсов.

По формам медицинское страхование делится на обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование

(ДМС). Существование обязательного и добровольного медицинского страхования базируется на закреплении определенных его видов в нормативно-правовых актах.

Между обязательной и добровольной формами медицинского страхования существуют определенные различия. Так, ОМС относится к области социального страхования, а ДМС – это коммерческое страхование, которое относится к личному страхованию (таблица 1.3).

Таблица 1.3 – Формы медицинского страхования

Признаки	Формы медицинского страхования	
	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
Отношение к системе социального страхования	Составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает населению равные возможности в получении медицинской помощи за счет средств ОМС	Получение дополнительных медицинских услуг сверх программы ОМС путем привлечения свободных средств предприятий и населения в отрасль здравоохранения (вид личного страхования)
Законодательная база	Декларируется и регламентируется законами и постановлениями государства по вопросам обязательного страхования и по государственным внебюджетным фондам	Основывается на добровольном согласии сторон, участвующих в страховании и регламентируются законами о страховании и коммерческих организациях
Источник финансирования	Обязательные платежи начислений на зарплату (взносы работодателей и работающего населения), субсидии из бюджета	Добровольные взносы граждан и юридических лиц с полученного ими дохода или прибыли
Принципы	Всеобщность, государственность, некоммерческий характер, обязательность	Добровольность, доступность
Сроки страхования	Бессрочное	Ограничено договором страхования

Продолжение табл. 1.3

Признаки	Обязательное медицинское страхование (ОМС)	Добровольное медицинское страхование (ДМС)
Расчет страхового взноса	Устанавливается законодательным органом одновременно с утверждением бюджета государства	Производится страховщиком актуарно на основании статистических данных относительно наступления соответствующих страховых случаев (перечня рисков, уровня программ, количества застрахованных, региона обслуживания, состояния здоровья страхователя и определяются, как правило, после прохождения медосмотра)
Застрахованные	Все граждане	Ограниченное число граждан, связанное с желанием (возможностью) участвовать в этой форме страхования
Страховщики	Централизованный страховой фонд социального медицинского страхования	Страховые организации различных форм собственности
Объём медицинской помощи и услуг	Гарантированный и равный для всех определенный объем медицинских услуг, установленный государством	Дополнительный объем медицинских услуг, расширяющий возможности медицинской помощи по объему и качеству

Составлено автором на основе [7;153;166;198]

Основные задачи, которые выполняет обязательное медицинское страхование представлены на рисунке 1.4.



Рисунок 1.4 – Задачи обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование:

с одной стороны, повышает степень ответственности государства и находится под его жестким контролем;

с другой стороны, характеризуется бесприбыльностью. Эта форма организации страхового фонда позволяет планировать медицинскую помощь благодаря тому, что поступления средств в страховой фонд характеризуются стабильностью [78].

Основные функции обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 1.5.



Рисунок 1.5 – Функции обязательного медицинского страхования

Практическое применение медицинского страхования следует рассматривать с точки зрения полезности для его субъектов и учета их экономических интересов (таблица 1.4).



Таблица 1.4 – Основные задачи и экономические интересы субъектов медицинского страхования

Субъект	Задачи	Экономические интересы
Государство	Создание нормативно-правовой базы, формирование целевых программ медицинского страхования, координация научных исследований и финансирования социально-значимого объема помощи	Уменьшение нагрузки на бюджет и обеспечение улучшения состояния здоровья определенной части населения
Население	Уплата страховых взносов по договорам страхования, осуществление мероприятий по устранению или уменьшению негативного влияния рисков на здоровье	Компенсация недостаточного государственного финансирования отрасли здравоохранения и недоступности платных медицинских услуг
Медицинское учреждение	Предоставление застрахованным медицинской помощи определенного объема и качества в конкретные сроки	Дополнительный источник поступления средств
Страховая медицинская организация	Осуществление оплаты медицинской помощи застрахованным, контроль за качеством предоставляемых медицинских услуг и их соответствие медико-экономическим стандартам, защита прав и интересов граждан при получении ими медицинской помощи	Расширение сферы деятельности и получение дополнительных доходов

*Составлено автором по данным [157]*

Из таблицы 1.4 можно заметить, что медицинское страхование имеет социальный и экономический характер, поэтому возникает необходимость соблюдения соотношений между социальным и экономическими аспектами.

Таким образом, страхование является особой сферой финансовых отношений, важность которой обуславливается необходимостью эффективного функционирования страхового рынка для устойчивого социально-экономического развития страны. Следовательно, экономические, социальные и правовые отношения в системе медицинского страхования вызывают необходимость налаживания взаимосвязей между элементами всего страхового

рынка путем организационных и финансовых мер по обеспечению деятельности страховой медицины за счет создания эффективного механизма страховой защиты субъектов рынка медицинского страхования, обеспечивающей непрерывность национального производства, социальную защиту населения, экономическую стабильность и активизацию инвестиционных ресурсов в экономике государства.

## **1.2 Место медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения**

Страхование выполняет важную роль в социально-экономическом развитии общества, одновременно принимая непосредственное участие в реализации такой значимой функции как социальная защита интересов населения.

В системе социальной защиты от рисков можно выделить три группы компонентов:

социальное обеспечение – методы социальной взаимопомощи, не использующие страховые принципы, а базирующиеся на потребности в социальной защите и принципах перераспределения;

социальное страхование – подход, сочетающий страховые принципы и принципы социальной взаимопомощи, необходимость и условия которого установлены законом;

добровольное личное страхование, которое базируется на страховых принципах.

Уровень и значение страховой защиты населения определяются факторами личного характера, системными изменениями экономико-политического плана, природно-географическими и культурно-историческими особенностями страны.

В зависимости от вида страхования страховая защита может быть представлена в виде системы (рисунок 1.6):



Рисунок 1.6 – Система страховой защиты населения

Страховая защита имеет социальную направленность, так как аккумулированные страховщиком средства направляются на защиту пострадавших за счет всех участников формирования страхового фонда [8]. Через систему страховой защиты страхование направлено на обеспечение разнообразных потребностей человечества в случае наступления неблагоприятных событий, которые приводят к убыткам.

Составной частью системы страховой защиты является социальная защита. Социальная защита предполагает активные средства поддержки доходов через социальное страхование, которое построено на принципах солидарности, применении страхового метода, т.е. внесении в социальные фонды обязательных взносов субъектами предпринимательской деятельности независимо от форм собственности и видов хозяйственной деятельности, и использовании государством этих средств для материального обеспечения граждан, потерявших работоспособность, а также охрану их здоровья [135]. То есть – это обязательства государства и других субъектов рынка обеспечивать надлежащие условия для жизнедеятельности людей, участвующих или не участвующих в создании общественного продукта [125].

Реализация прав на социальную защиту – это обеспечение достаточного уровня благосостояния граждан государства, отвечающим международным стандартам, а именно ст. 22 Общей декларации прав человека и ст. 9 Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах [29; 85], с которых следует, что государства признают право каждого человека на социальную защиту, включая право на медицинское обслуживание.

В соответствии с Европейской социальной хартией, право человека на охрану здоровья обязывает государства создавать эффективную систему охраны здоровья для всего населения. Так, ст. 11 провозглашает: «Каждый имеет право на использование любых средств, позволяющих ему поддерживать свое здоровье в наилучшем возможном состоянии», а ст. 13 гласит: «Каждый, не имеющий достаточных средств, имеет право на социальную и медицинскую помощь» [51].

Формирование социальной защиты на современном этапе развития экономики стран мира представляет собой переход государственной системы социальной защиты на рыночные основы, привлечение работодателей и граждан к участию в социальной защите, ограничения социальной ответственности лишь теми категориями людей, которые из-за отсутствия работы, преклонного возраста, многодетности или проблем со здоровьем не в состоянии обеспечить себя самостоятельно.

Социальное обеспечение населения является той защитой, которую общество предоставляет лицам и домохозяйствам путем внедрения мероприятий с целью обеспечения доступа к медицинскому обслуживанию и сохранению гарантированного уровня дохода в случае болезни, беременности и родов, производственной травмы и профессиональных заболеваний, безработицы, старости, инвалидности, потери кормильца, осуществляемой в виде социальных выплат и услуг, определенных на основе социальных стандартов [126].

Социальное страхование традиционно рассматривается как одна из основных форм социального обеспечения трудящихся. Оно определяется как часть государственной социальной защиты населения, характеризующаяся определенной спецификой.

Социальное страхование, основанное на принципе перераспределения, является системой общественной солидарности и выполняет функции не только компенсации социального риска, но и предупреждения неблагоприятных последствий рискованной ситуации. Наличие предупредительного компонента объединяет социальное страхование и социальную защиту.

Важнейшей стороной социальной защиты населения является обеспечение доступности медицинской помощи. В этой сфере адекватным рыночной экономике методом финансирования является медицинское страхование.

Значение медицинского страхования в системе социальной защиты населения состоит в обеспечении и восстановлении здоровья и работоспособности общества, а также дополнении гарантий, предоставляемых в рамках государственного обеспечения, до максимально возможных в современных условиях стандартов.

Медицинское страхование как вид личного страхования является производным от финансирования отрасли здравоохранения, поскольку проблемы данной отрасли оказывают значительное влияние на его развитие.

Медицинское страхование в условиях трансформации социальной защиты является выражением государственных интересов и интересов большого количества населения. Как страхование в общем, оно, в первую очередь, призвано обеспечить социальную защиту, тем самым существенно влияя на благосостояние граждан и уровень их материального обеспечения.

Исходя из целого ряда современных проблем социальной защиты, главной целью функционирования медицинского страхования является обеспечение достойного уровня охраны здоровья как работающего, так и неработающего населения. Основой управления этими процессами является наличие прогнозных расчетов социальных расходов в соответствии с установленными государством гарантиями, сбалансированными с их финансовым обеспечением.

Место медицинского страхования в системе страховой защиты целесообразно рассматривать через звенья финансовой системы (рисунок 1.7).

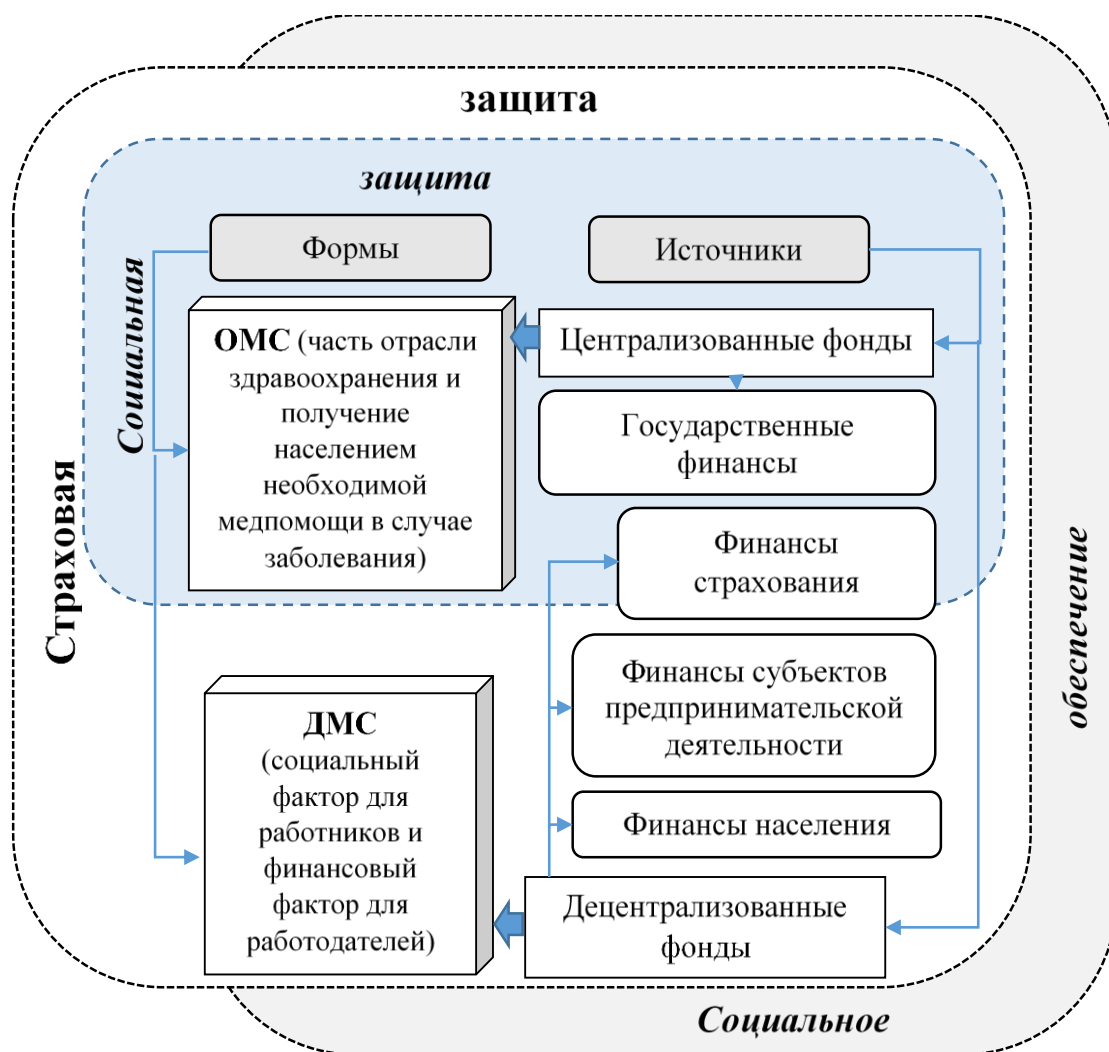


Рисунок 1.7 – Формы и источники медицинского страхования в страховой защите населения *(разработано автором)*

Таким образом, медицинское страхование представляет собой составную часть механизма финансирования отрасли здравоохранения государства, предусматривающая аккумуляцию средств путем формирования централизованных и децентрализованных фондов финансовых ресурсов. В таком звене финансовой системы как государственные финансы, страховая защита проявляется через обязательное медицинское страхование, целью которого является аккумуляция и капитализация страховых взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах.

В основу обязательного медицинского страхования закладываются программы обязательного медицинского обслуживания, которые определяют объемы и условия оказания медицинской и лечебной помощи населению и охватывают минимальный перечень медицинских услуг, гарантированный каждому застрахованному гражданину [166]. Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования представлены в Приложении А.

Добровольное медицинское страхование является формой страховой защиты таких звеньев финансовой системы как финансы субъектов хозяйствования, финансы населения, главной целью которого является обеспечение страхователю гарантии полной или частичной компенсации страховщиком дополнительных расходов, связанных с обращением в медицинское учреждение за услугой, которая предоставляется в соответствии с программой добровольного медицинского страхования [166].

Добровольное медицинское страхования является дополнением к системе обязательного медицинского страхования, обеспечивая гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины. ДМС основывается на принципах эквивалентности и распределения ущерба между участниками данного страхового фонда, тогда как ОМС использует принцип коллективной солидарности [13].

Добровольное медицинское страхование имеет целью укрепления здоровья населения путем создания экономической заинтересованности работодателей и населения страны в отрасли здравоохранения. [158].

Порядок взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования представлен в Приложении Б.

Таким образом, медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в отрасли здравоохранения путем предоставления качественных медицинских услуг и проведения профилактики заболеваний и связано с компенсацией расходов граждан на медицинское обслуживание.

Содержание медицинского страхования представлено на рисунке 1.8.



Рисунок 1.8 – Содержание медицинского страхования

(разработано автором)



Таким образом, роль медицинского страхования как важного элемента социальной защиты в части охраны здоровья населения определяется условиями финансирования отрасли здравоохранения, которое в целом зависит от качества предоставляемых медицинских услуг.

### **1.3 Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта**

Проблема совершенствования медицинского страхования актуальна для многих развитых стран мира, поскольку является фактором формирования эффективного механизма финансирования отрасли здравоохранения, что, в свою очередь, влияет на развитие экономики страны в целом.

На современном этапе можно выделить три основные организационно-экономические модели финансирования отрасли здравоохранения (таблица 1.5).

Государственная модель финансирования отрасли здравоохранения (модель Бевериджа) финансируется из бюджетных источников (до 90%) [14] и успешно функционирует в странах с развитой экономикой, стабильной налоговой системой, высоким уровнем занятости и сбалансированной демографической ситуацией. Она была разработана в Великобритании и направлена на улучшение социального обеспечения на основе страховых взносов, плательщиками которых являются: работники – более трети взносов в общенациональном страховом фонде; работодатели – менее трети доходов и государственный бюджет – более четверти [85; 91].

Бюджетно-страховая модель финансируется за счет целевых взносов предпринимателей, трудоспособных граждан в фонд здравоохранения и субсидий государства. Финансирование из внебюджетных фондов медицинского страхования преобладает в Германии (78%), Италии (87%), Франции (71%) и Японии (73%) и т.д. [11;105].

Таблица 1.5 – Модели организации и финансирования отрасли здравоохранения

Признак	Государственная или бюджетная (система Бевериджа)	Страховая медицина или бюджетно-страховая (система Бисмарка)	Смешанная
Цель функционирования	Осуществление полноценной профилактики и лечения, доступных каждому гражданину без исключения	Использование страховых средств для работающего населения при несчастных случаях, заболеваниях, нетрудоспособности и в старости. Ядро модели – институт обязательного социального страхования	Определяется различными пропорциями между средствами государственного бюджета, медицинского страхования и медицинскими услугами, которые оплачиваются непосредственно пациентом и несет черты индивидуальной защиты
Основные источники финансирования	Государственный бюджет	Государственный бюджет, взносы работодателей, взносы работников	Средства пациента, добровольные страховые взносы
Основные принципы	Универсальность социального обеспечения, единство в социальном обеспечении и интеграция различных форм социального обеспечения	Обязательная солидарная взаимопомощь работников и работодателей, управление социальным обеспечением непосредственно работодателями и работниками, взаимосвязь социального обеспечения от трудовой деятельности	Принцип эквивалентности страховых взносов и выплат конкретными лицами
Категории населения	Все (общедоступность)	Все (общедоступность)	В соответствии с платежеспособностью населения

Признак	Государственная или бюджетная (система Бевериджа)	Страховая медицина или бюджетно-страховая (система Бисмарка)	Смешанная
Медицинская помощь для населения	Бесплатная	Бесплатная на основе принципа общественной солидарности и платная на основе «участия в издержках»	Платная, для неимущих слоев населения предоставляется государством или благотворительными фондами
Медицинские организации	Преимущественно государственной формы собственности	Государственной и частной формы собственности	Преимущественно частной формы собственности
Управление здравоохранением	Государственное, органы исполнительной власти	Государственное, органы исполнительной власти	Государственное, автономное
Страны – представители	Великобритания (с 1948 г.), Дания, Ирландия, Испания, Канада, Италия (с 1986 г.), Шотландия, Швеция (с 1955 г.)	Германия (с 1881 г.), Бельгия, Австрия, Швейцария, Греция, Люксембург, Голландия, Япония, Франция	США, Португалия, Нидерланды, страны Латинской Америки
Уровень централизации финансирования	Присуща странам с умеренным уровнем централизации ВВП в бюджете в пределах 35-45%	Применяется в странах с высоким уровнем государственной централизации ВВП, а именно 50-60%	Применяется в странах с незначительным уровнем централизации ВВП – около 25-30%, где преобладают средства физических лиц
Экономическая эффективность	Низкая	Высокая	Очень высокая

Составлено автором на основе [53;69-74]

Основным принципом страховой медицины в Германии является создание условий для финансирования необходимых фондов, созданных работниками и работодателями; осуществление контроля за функционированием всей системы медицинского страхования; обеспечение соответствия деятельности страховых касс нормам закона, в частности, обеспечение выполнения страховых программ. В связи с этим медицинское страхование носит обязательный характер и определяет его главные условия – базовые ставки страховых взносов, схему финансирования и организации медицинской помощи, участие в формировании цен на медицинские услуги, управление системой медицинского страхования с предоставлением существенных прав страховым медицинским организациям и врачам с целью удовлетворения интересов застрахованных и медицинских работников [18].

Больничными кассами в Германии являются автономные организации, которым предоставлено право устанавливать размеры страхового взноса значительно выше его базового уровня, а также расширять сферы медицинских услуг сверх базовой программы, выбирать формы взаиморасчетов с лечебно-профилактическими учреждениями. В этом заключается их полная финансовая независимость от государства.

Больничные кассы являются неотъемлемой частью всей отрасли здравоохранения и тесно взаимодействуют с правительством в проведении активной политики сдерживания роста стоимости за предоставление медицинской помощи; установлении более жесткой системы взаиморасчетов с медицинскими учреждениями; введении дополнительных выплат застрахованным и др., в результате чего больничные кассы (фонды медицинского страхования) не являются агентами органов здравоохранения и также несут ответственность за качественное предоставление медицинской помощи населению [95].

Организация здравоохранения Германии представлена на рисунке 1.9.

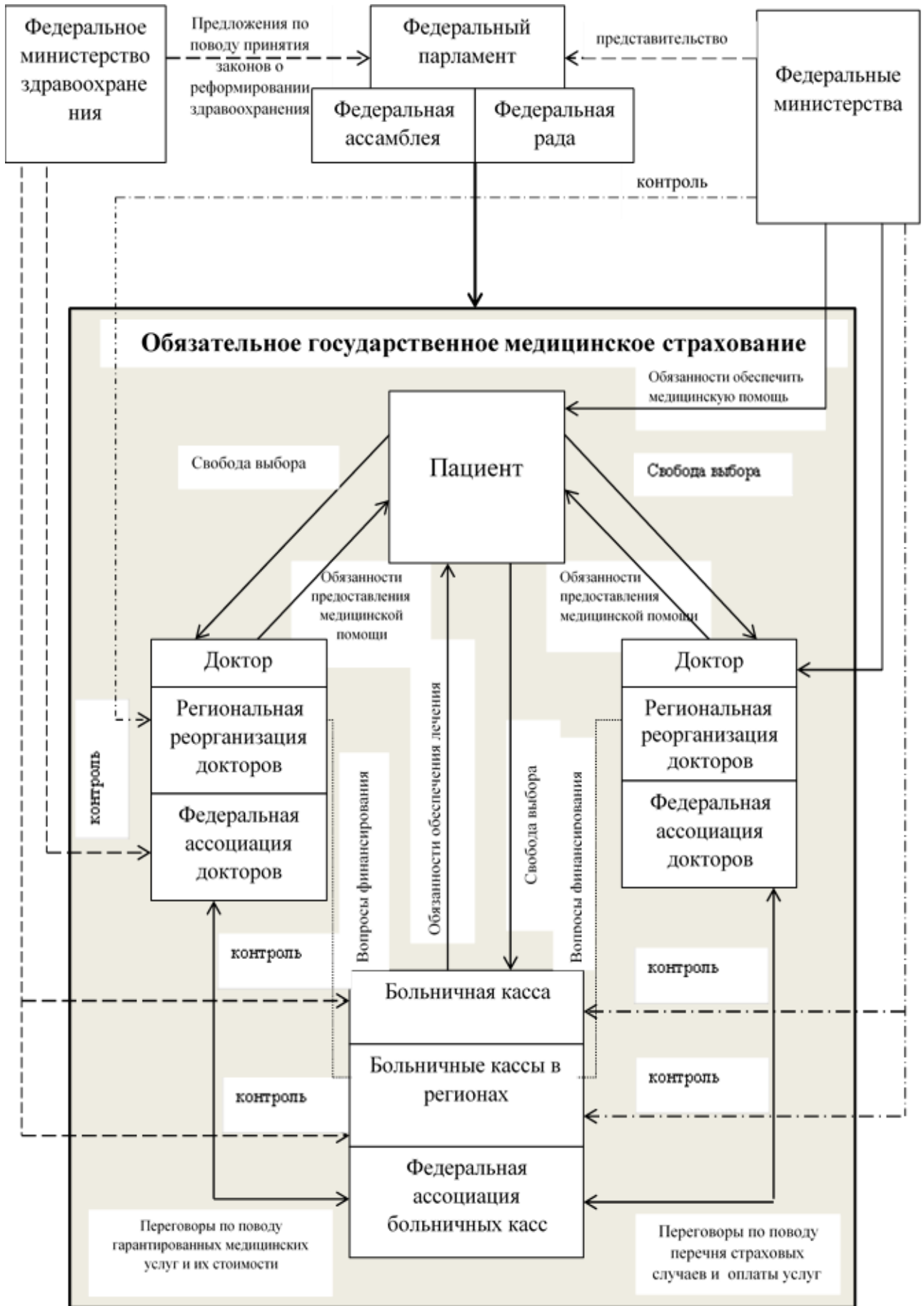


Рисунок 1.9 – Организация здравоохранения Германии [90]

Смешанная модель финансируется за счет реализации платных медицинских услуг, а также за счет средств добровольного медицинского страхования (США, Португалия, Нидерланды).

Основоположником организации смешанной системы финансирования отрасли здравоохранения является известный финансист и политический деятель А. Гамильтон. В начале XIX века в США возникли первые негосударственные социальные фонды, основными принципами которых стало корпоративное управление капиталом. Основой негосударственного социального страхования являются личные взносы застрахованного лица, размер которых зависит от уровня дохода, факторов, влияющих на здоровье конкретного человека (возраст, профессия, образ жизни) и демографических факторов (средняя продолжительность жизни, период дожития после выхода на пенсию и т.д.) [91].

В США система медицинского страхования базируется на объединении центрального страхового фонда с сетью местных независимых страховых организаций, которые занимаются страхованием жизни и здоровья. Средства аккумулируются в центральном фонде, который не выполняет административных функций, а затем распределяются страховым организациям на основе законодательно утвержденной формы расчетов. Эта система действует в США в части программ «Медикер» - страхование американцев старше 65 лет и тех, у которых серьезные нарушения состояния здоровья и «Медикейт» - страхование малообеспеченных, женщин и детей из бедных семей [18].

Таким образом, в США медицинское страхование тесно связано с трудовой деятельностью. Основной принцип медицинского страхования в США – это высокая эффективность медицинской помощи. Страховая компания покрывает затраты, связанные с применением правильных методов лечения с высоким коэффициентом положительного результата.

США имеет самую дорогую систему здравоохранения в мире, в течение последних десятилетий расходы на ее содержание растут высокими темпами.

Структура расходов на финансирование государственных мероприятий в отрасли здравоохранения США представлена на рисунке 1.10 [201].

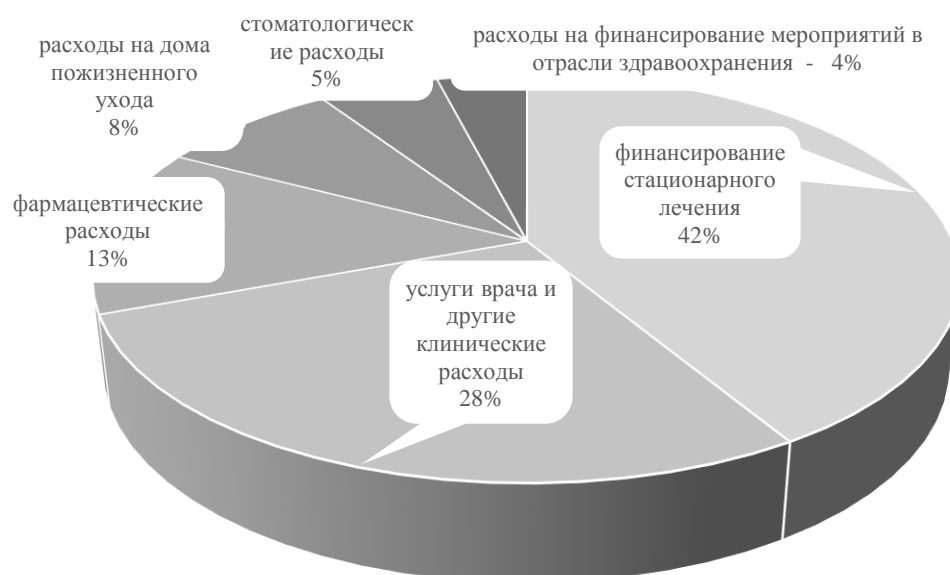


Рисунок 1.10 – Структура расходов на здравоохранение в США на 1 долл. США  
(разработано автором на основе [21;101])

Следует отметить, что проанализированные модели финансирования отрасли здравоохранения в «чистом» виде практически не используются ни в одной стране, но в некоторых государствах они занимают доминирующее положение. Выбор модели финансирования отрасли здравоохранения зависит от культурно-исторических, социально-экономических, демографических условий, уровня заболеваемости и других факторов, характеризующих общее состояние здоровья и уровень медицинского обслуживания в той или иной стране.

Следует отметить, что государства с большим национальным доходом, такие как США, Англия, Швейцария отличаются более высокими затратами на медицинские услуги на душу населения по сравнению с менее развитыми, таким как Индия, Египет, Мексика. В экономически развитых странах в отрасли здравоохранения расходуется в среднем 74 долл. на душу населения в год, тогда как в развивающихся странах, эта сумма составляет 2 долл. США [33].

В Германии, где здравоохранение базируется на страховых принципах, доля бюджетных средств незначительна и составляет 10,2% общей суммы расходов. Наибольшая роль бюджетных расходов в данной области принадлежит

Великобритании – 85% общей суммы, поскольку в основе данной системы лежит бюджетное финансирование. Доля частного финансирования, кроме США, где его величина составляет 30% общих расходов, в основном, незначительна и составляет 5-13% бюджета отрасли (таблица 1.6).

Таблица 1.6 – Источники финансирования отрасли здравоохранения в Германии, Голландии, Великобритании, США, в % [15;86;154].

Источники финансирования	Страна			
	Германия	Голландия	Великобритания	США
Бюджет	10,2	45,0	85,0	44,0
Социальное страхование	67,3	35,0	0	0
Частное страхование	9,8	13,0	5,0	30,0
Оплата услуг пациентом	12,7	7,0	10,0	26,0
Вместе	100	100	100	100

В странах Европы система страхования формировалась на протяжении более чем 100 лет, роль и место медицинского страхования в финансировании расходов на здравоохранение различна (таблица 1.7).

Таблица 1.7 – Место медицинского страхования в странах Европы

Страна	Обязательное страхование	Добровольное страхование	Незастрахованные
Франция	98%	отсутствует	0,2-0,5%
Германия	74%	14%	2%
Голландия	н/д	30%	н/д
Бельгия	98%	1%	1%
Канада	обязательное	н/д	н/д
США	75%, каждый человек обязан страховать самостоятельно	н/д	8-20%



В большинстве зарубежных странах обязательное медицинское страхование базируется на следующих принципах:

всеобщности – все граждане независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг;

государственности – государство обеспечивает устойчивость системы всеобщего государственного социального медицинского страхования и является непосредственным страхователем для неработающей части населения

бесприбыльности – прибыль от проведения обязательного государственного социального медицинского страхования является источником пополнения финансовых резервов системы такого страхования и не может быть средством обогащения.

Характерные черты медицинского страхования в развитых странах мира представлены в таблице 1.8.

Таблица 1.8 – Характерные черты медицинского страхования в развитых странах мира

Страна	Зарождение медицинского страхования	Основные принципы	Степень охвата населения медицинским страхованием
Германия	1881 г.	Децентрализованная система медицинского страхования, государство предоставляет необходимые условия для создания фондов и осуществляет надзор за функционированием системы медицинского страхования	99,8% (90% населения – ОМС, 9% - ДМС)
Франция	1910 г.	Вертикальная система медицинского страхования (Национальная страховая организация и местные отделения)	98% (80% населения – ОМС)
Япония	1911 г. – для неквалифицированных работников, 1938 г. - для жителей сел	Функционирует две программы медицинского страхования - государственная и общественная	95%

Страна	Зарождение медицинского страхования	Основные принципы	Степень охвата населения медицинским страхованием
Швеция	1898 г.	Действует 26 региональных бюро социального страхования, особенность – передача застрахованными страховщикам своих юридических прав по вопросам медицинского страхования	Все население в возрасте от 16 лет
Великобритания	1912 г.	Бюджетное финансирование Национальной системой здравоохранения (НСЗ) – 90% поступлений	13% - населения - ДМС, которые не обеспечивают НСЗ
США		Медицинское страхование тесно связано с трудовой деятельностью, программы «Медикейт» и «Медикер»	85% населения
Израиль		Не имеет государственной системы медицинского обслуживания, функционирует страховой фонд профсоюзного объединения Гистадрут (83 %) и другие фонды медицинского страхования	94-96%
Болгария	1882 г.	Действует единый Фонд медицинского обслуживания – Национальная касса здравоохранения, лечебные учреждения находятся в частной, коммунальной и государственной собственности	Все болгарские граждане, не имеющие гражданства другой страны или постоянно проживающие на территории Болгарии

*Составлено автором на основе [14; 95; 156; 201]*

Опыт зарубежных стран показывает, что на первых этапах трансформации экономики в действенном медицинском обеспечении нуждаются, прежде всего, наиболее уязвимые в социальном плане слои населения. Что касается трудоспособного населения, то в условиях формирования рыночных элементов

финансовой системы такое население должно собственными усилиями обеспечить свое благосостояние и социальную защищенность.

Исходя из вышеизложенного, возникает необходимость избежания бесплатности медицинской сферы и использования различных источников ее финансирования в форме страховых фондов и средств государственного бюджета.

Уровень финансирования отрасли здравоохранения в различных странах представлен в Приложении В.

Особенности развития медицинского страхования в постсоветских странах представлены в Приложении Г.

Большинство стран мира модернизируют модели медицинского обеспечения населения и финансирования отрасли здравоохранения в зависимости от размера бюджета страны, возможных расходов на охрану здоровья, наличия соответствующей инфраструктуры медицинской отрасли, современного состояния заболеваемости населения, общей системы социальной защиты населения, исторических предпосылок и особенностей государственного регулирования.

Как правило, страны в которых преобладает бюджетное финансирование, стремятся к осуществлению децентрализации управления системами финансирования и коммерциализации учреждений здравоохранения.

Страны, в которых преобладает рыночная модель финансирования – расширяют бюджетное финансирование отрасли здравоохранения.

Рассматривая опыт зарубежных стран необходимо выделить основные преимущества и недостатки моделей финансирования отрасли здравоохранения (таблица 1.9).

Таблица 1.9 – Преимущества и недостатки моделей финансирования отрасли здравоохранения

Модели	Преимущества	Недостатки
Государственная (бюджетная)	Доступность и относительная дешевизна врачебной помощи; экономическая защищенность системы здравоохранения со стороны государства от различных конъюнктурных изменений на рынке; отсутствие существенных различий качества медицинской помощи в частном и государственном секторах; гарантированность государством бесплатного обслуживания пожилых людей и нетрудоспособных членов общества	Недостаток финансовых ресурсов; недостаточное развитие системы первичной медико-санитарной помощи; практическое отсутствие со стороны потребителей медицинских услуг; недостаточное рациональное и эффективное использование ресурсов; необходимость децентрализации управления; проблема привлечения в отрасль здравоохранения средств из внебюджетных источников
Страховая медицина (бюджетно-страховая)	Всеобъемлющий характер медицинской помощи; высокое качество медицинских услуг для всех без исключения членов общества; финансовая открытость отрасли здравоохранения для дополнительных источников финансирования; правовая гарантированность медико-социальной защиты населения с низкими доходами со стороны государства; заинтересованность работодателей в сохранении здоровья своих сотрудников через обязательные платежи	Необходимость поиска внутрисистемных источников экономии, предусматривающий стратегическое и текущее планирование; общее ограничение средств в условиях непредвиденных поступлений из разных источников; размытие соответствия каждого из источников финансирования за финансовое обеспечение конкретных видов и объемов медицинской помощи
Смешанная (частная)	Распространение на все группы риска и все профессии, социальные группы; общий доступ застрахованного ко всем признанным методам лечения, ко всем врачам, имеющим лицензию, является гарантированным, доступ к врачу одинаковый для всех клиентов; существует перераспределительный механизм	Существование высокого уровня риска сохранения накопленных средств, связанного с инфляционными процессами, колебаниями нормы доходности активов фондов, доходности инвестиционных проектов, политическими процессами; участвовать в данной системе могут лица, имеющие стабильный высокий доход

Составлено автором

Основываясь на отсутствии медицинского страхования населения и для определения возможных направлений его использования в условиях становления экономики Донецкой Народной Республики, возникает необходимость разработки концептуального подхода к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом существующего опыта зарубежных стран (рисунок 1.11).

Данный концептуальный подход должен охватывать организационные, экономические и правовые аспекты, включающие:

анализ опыта функционирования медицинского страхования в зарубежных странах и выявления связи между эффективностью его осуществления и финансированием отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования;

определение текущего базового пакета гарантированного государством объема бесплатных медицинских услуг и обеспечение адекватного размера финансовых ресурсов для организации их предоставления;

выявление на основе предыдущих этапов анализа предпосылок неэффективности формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования и приоритетов развития медицинского страхования с учетом особенностей развития экономики государства;

разработку методического подхода к оценке финансового потенциала рынка медицинского страхования;

формирование многоуровневой модели государственного и частного медицинского страхования с привлечением бюджетных средств как основного источника финансирования отрасли здравоохранения, средств медицинского страхования, больничных касс и оказания платных медицинских и немедицинских услуг, благотворительных взносов, кредита, лизинга и других источников, не запрещенных законодательством;

внедрение государственно-частного партнерства с возможностью привлечения инвестиционных средств частного партнера и делегирования ему управленческих функций.

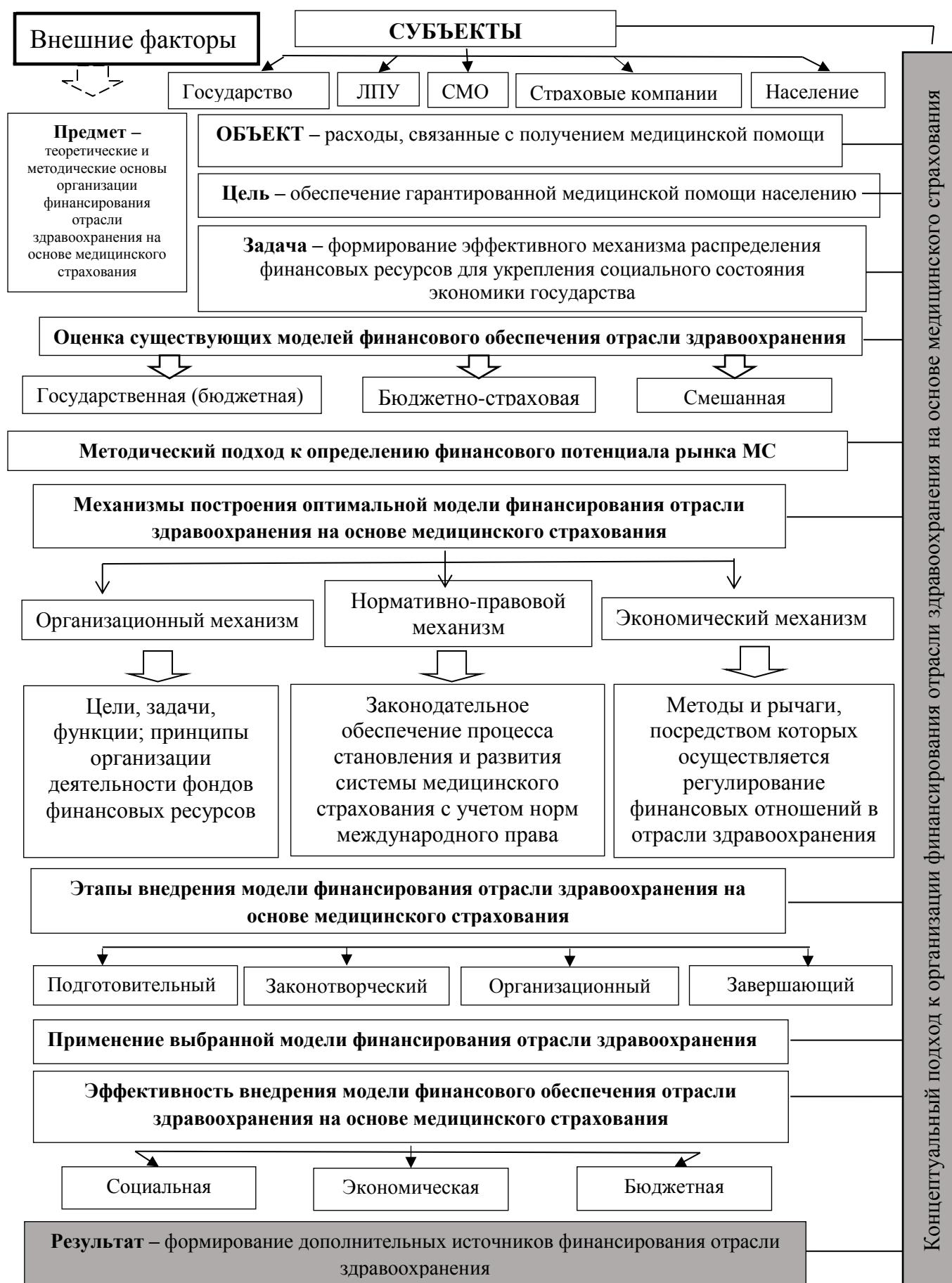


Рисунок 1.11 – Концептуальный подход к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования (разработано автором)

Применение данного концептуального подхода к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, позволит повысить эффективность её функционирования, снизить расходы населения на здравоохранение за счет формирования рациональной структуры источников финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования через систему ДМС и ОМС, улучшить качество медицинского обслуживания населения и более четко определить роль страхового рынка и медицинского страхования как инструментов финансирования отрасли здравоохранения и элемента социальной защиты интересов населения.

Результатом реализации указанного концептуального подхода выступает обоснование механизма выявления источников и резервов формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования с целью повышения его уровня и определения дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения с учетом уровня финансового потенциала медицинского страхования и оценки перспектив экономического развития как направления использования выявленных резервов.

**РАЗДЕЛ 2****АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ОТРАСЛИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА ОСНОВЕ МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ****2.1 Анализ источников финансирования отрасли здравоохранения**

Отрасль здравоохранения является важной составляющей деятельности государства и занимает центральное место в социальной защите интересов населения, цель которой заключается в организации и обеспечении доступного медицинского обслуживания населения. Финансирование данной отрасли должно быть направлено на сохранение и укрепление здоровья каждого человека, поддержание его долголетней активной жизни, предоставление ему качественной медицинской помощи в случае ухудшения здоровья.

Для эффективного развития финансового обеспечения такой важной сферы экономики как отрасль здравоохранения необходима разработка и выполнение ряда мероприятий разнопланового характера: организационного, нормативно-правового, экономического, социального, медицинского, научного и культурного.

Провести ретроспективный анализ развития отрасли здравоохранения в Донецкой Народной Республике не представляется возможным, так как до недавнего времени ее территория входила в состав Украины и самостоятельных статистических данных еще не накоплено. В связи с этим возникает необходимость в сравнительном анализе двух основных моделей финансирования отрасли здравоохранения на примере Украины, где используется бюджетная модель финансирования и Российской Федерации, где с 1993 г. применяется бюджетно-страховая модель финансирования отрасли здравоохранения, основанная на использовании финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования.



Финансирование отрасли здравоохранения в Украине и РФ осуществляется из различных источников, представленных на рисунке 2.1.

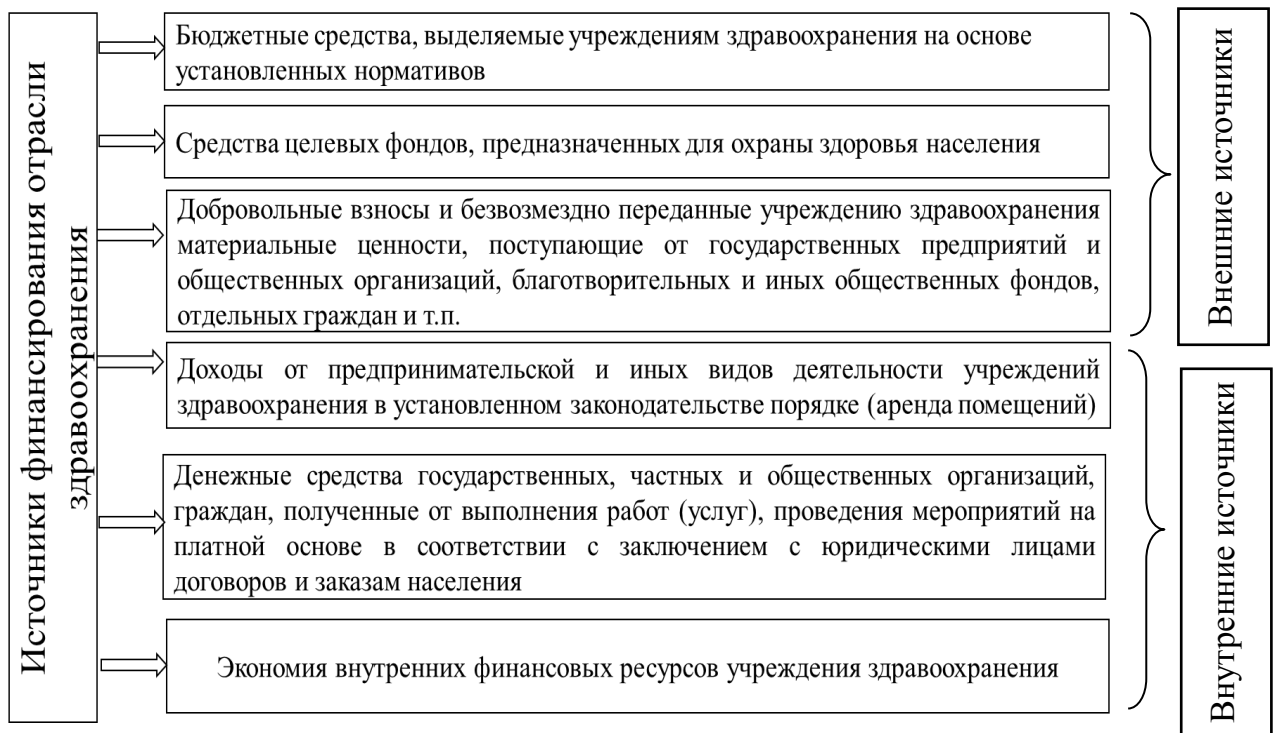


Рисунок 2.1 – Основные источники финансирования отрасли здравоохранения (разработано автором)

С целью улучшения финансового обеспечения отрасли здравоохранения целесообразно использовать дополнительные источники финансовых ресурсов. К таким источникам следует отнести средства больничных касс, платежи населения, частного бизнеса и медицинского страхования.

Определение расходов населения на здравоохранение также обусловлено отсутствием полной информацией. Возможным путем для такого расчета является использование статистической информации относительно средних годовых расходов населения на здравоохранение.

Объём финансирования отрасли здравоохранения через больничные кассы невозможно определить, поскольку эти учреждения созданы на общественных началах и не подчиняются ни одному министерству. Кроме того, расходы осуществляются путем непосредственной выдачи пациентам больничных средств, поэтому не могут учитываться учреждениями

здравоохранения. Следует также отметить, что их объемы существенно не влияют на структуру источников финансирования, так как участниками больничных касс является около 1,8-2% населения, которые дополнительно вносят в систему около 0,1% от всех средств.

Роль внешних источников оценить достаточно сложно, однако их доля в финансировании отрасли здравоохранения как в Украине, так и в Российской Федерации мала. По статистическим данным их вклад составляет менее 1% от общего объема затрат и в основном данные средства используются для оказания технической помощи [37; 172].

Состав и структура источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и Российской Федерации представлены в табл. 2.1.

Таблица 2.1 – Структура источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и Российской Федерации за 2011-2015 гг., %

Источники финансирования	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Государственные:					
- Украина	56,63	53,40	55,23	54,14	50,80
- РФ (с учетом ОМС)	54,12	54,18	55,18	52,28	52,20
Частные:					
- Украина	40,50	43,64	41,98	43,09	46,22
- РФ	43,30	43,36	42,55	45,43	45,85
ДМС:					
- Украина	2,39	2,36	2,12	2,13	2,38
- РФ	2,38	2,23	1,99	1,99	1,66
Внешние:					
- Украина	0,48	0,60	0,67	0,64	0,60
- РФ	0,20	0,23	0,28	0,30	0,29
ВСЕГО:					
- Украина	100	100	100	100	100
- РФ	100	100	100	100	100

*Составлено автором на основе данных [117]*

Доля средств в бюджетной системе финансирования отрасли здравоохранения и системе ОМС от общего размера государственного финансирования Российской Федерации представлена на рисунке 2.2.

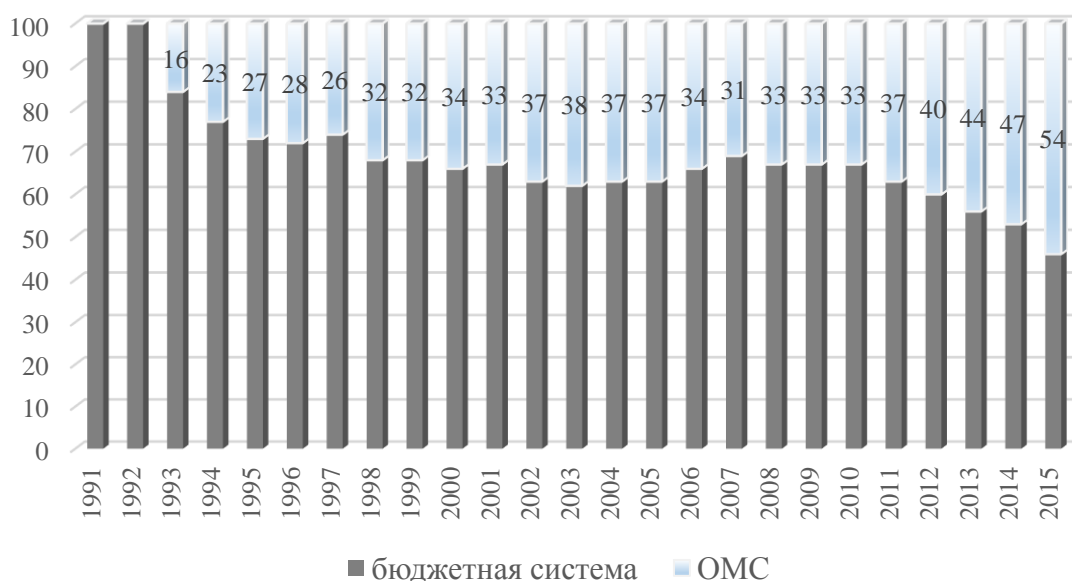


Рисунок 2.2 – Доля средств в бюджетной системе финансирования отрасли здравоохранения и системе ОМС, % от общего размера государственного финансирования Российской Федерации [120; 121]

В Российской Федерации обязательное медицинское страхование было введено в 1993 г. В 2011–2015 гг. в соответствии с Федеральным законом от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» была проведена модернизация системы обязательного медицинского страхования (ОМС). В результате реформы произошла стабилизация финансовых потоков и доля государственного финансирования отрасли здравоохранения, аккумулируемая в системе ОМС, неуклонно увеличивалась в последние годы и в 2015 г. превысила долю бюджетного финансирования здравоохранения (рисунок 2.2).

Таким образом, с 2015 г. в РФ финансирование лечебно-профилактических учреждений, которые оказывают медицинскую помощь населению и имеют договора по предоставлению базовой программы ОМС, стало «одноканальным»: расходы на оказание медицинской помощи – за исключением так называемых социально значимых ее видов (лечение больных туберкулезом, СПИДом, психическими заболеваниями), – возмещаются только из одного источника (средств обязательного медицинского

страхования). Одноканальное финансирование дает возможность более эффективно расходовать средства, выделяемые из бюджета, поскольку позволяет связать размеры финансовых средств, поступающих в медицинские учреждения, с объемами и сложностью оказываемой медицинской помощи и достигаемыми результатами.

Одним из критериев эффективности функционирования отрасли здравоохранения и уровня общественного здоровья (ожидаемая продолжительность жизни), эксперты ВОЗ считают долю ВВП в расходах на нужды здравоохранения (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Структура расходов на здравоохранение в различных странах

Страна	Общие расходы, в % к ВВП	Государственные расходы, в % к ВВП	Ожидаемая продолжительность жизни, лет
Украина	7,1	3,6	71
Российская Федерация	7,0	3,5	70
Республика Беларусь	6,0	3,8	73
Польша	7,0	4,7	77
Германия	11,3	8,6	80,8
Великобритания	9,5	7,7	81,0
США	17,1	8,1	79,0
Австрия	11,0	8,7	81,0
Дания	11,0	9,6	81,0
Нидерланды	13,0	9,9	81,3
Швеция	10,0	7,9	82,0
Франция	12,0	9,0	82,0

*Составлено автором по данным [122; 123]*

Как видно из таблицы 2.2, чем меньше выделяется средств на здравоохранение, тем ожидаемая продолжительность жизни ниже и, соответственно, состояние здоровья населения хуже. Среди стран Европы Украина занимает 25 место, а Россия – 27 место из 28 стран по продолжительности жизни. Населения обеих стран (Украины и РФ) имеют

схожие проблемы, решение которых требует незамедлительных вмешательств со стороны Министерства здравоохранения.

Низкий уровень здоровья населения Украины и России объясняется неудовлетворительным уровнем социально-экономических условий, загрязненностью окружающей среды, отсутствием эффективной профилактики и неудовлетворительным качеством медицинского обслуживания, о чем свидетельствует ожидаемая продолжительность жизни при рождении (рисунок 2.3).

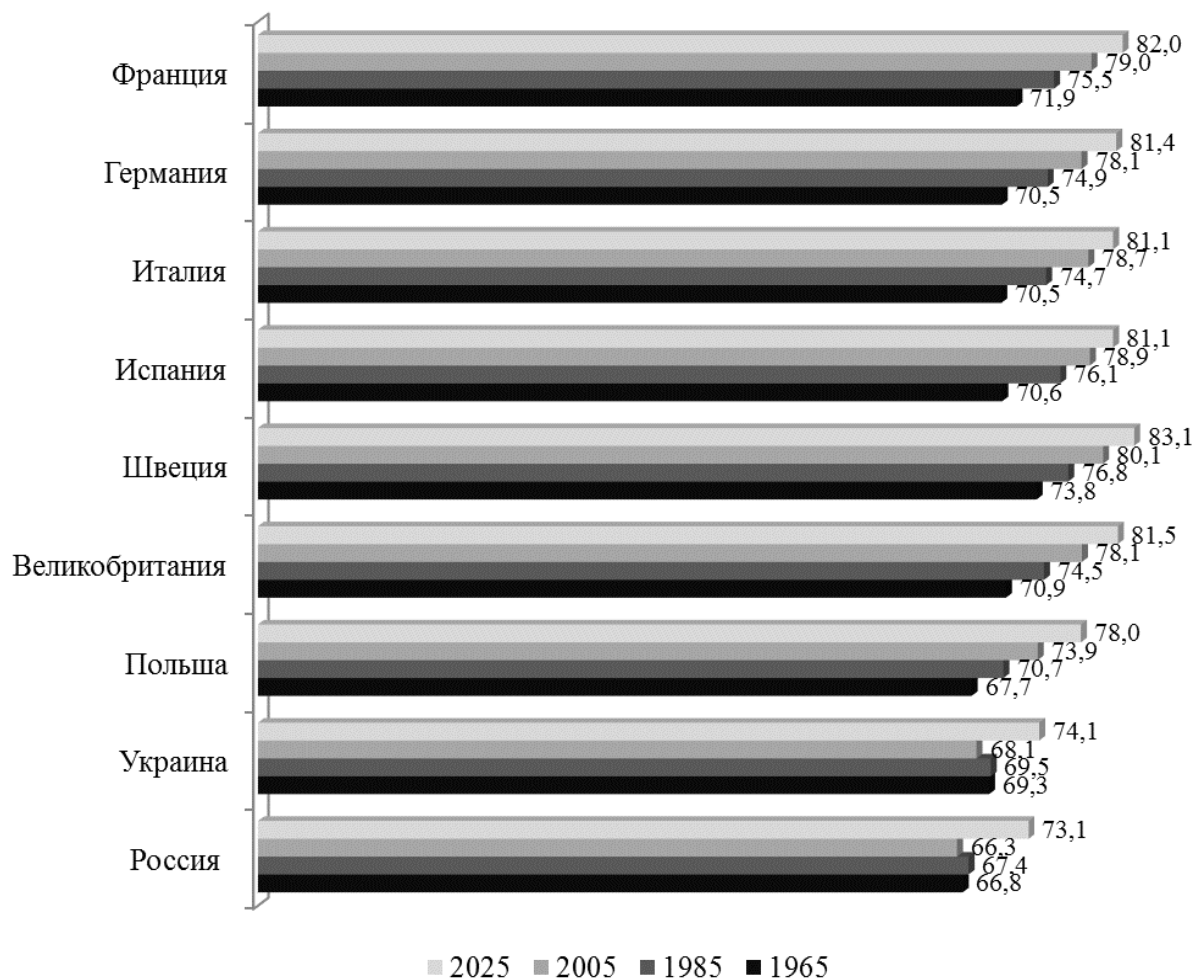


Рисунок 2.3 – Средняя продолжительность жизни при рождении ряда европейских стран, 1965-2025 гг. (разработано автором на основе данных [196])

Из рисунка 2.3 можно заметить, что состояние отрасли здравоохранения в Украине и России – критическое. Подтверждением этого является продолжительность жизни в анализируемых странах, которая по сравнению с

Европой на 10-12 лет ниже, чем в 60-х годах. Это свидетельствует об угрозе сокращения количества трудоспособного населения вследствие проблем, связанных в том числе с отраслью здравоохранения.

Значимым показателем, характеризующим состояние финансового обеспечения отрасли здравоохранения, является доля расходов на здравоохранение в общих государственных расходах государства (рисунок 2.4).

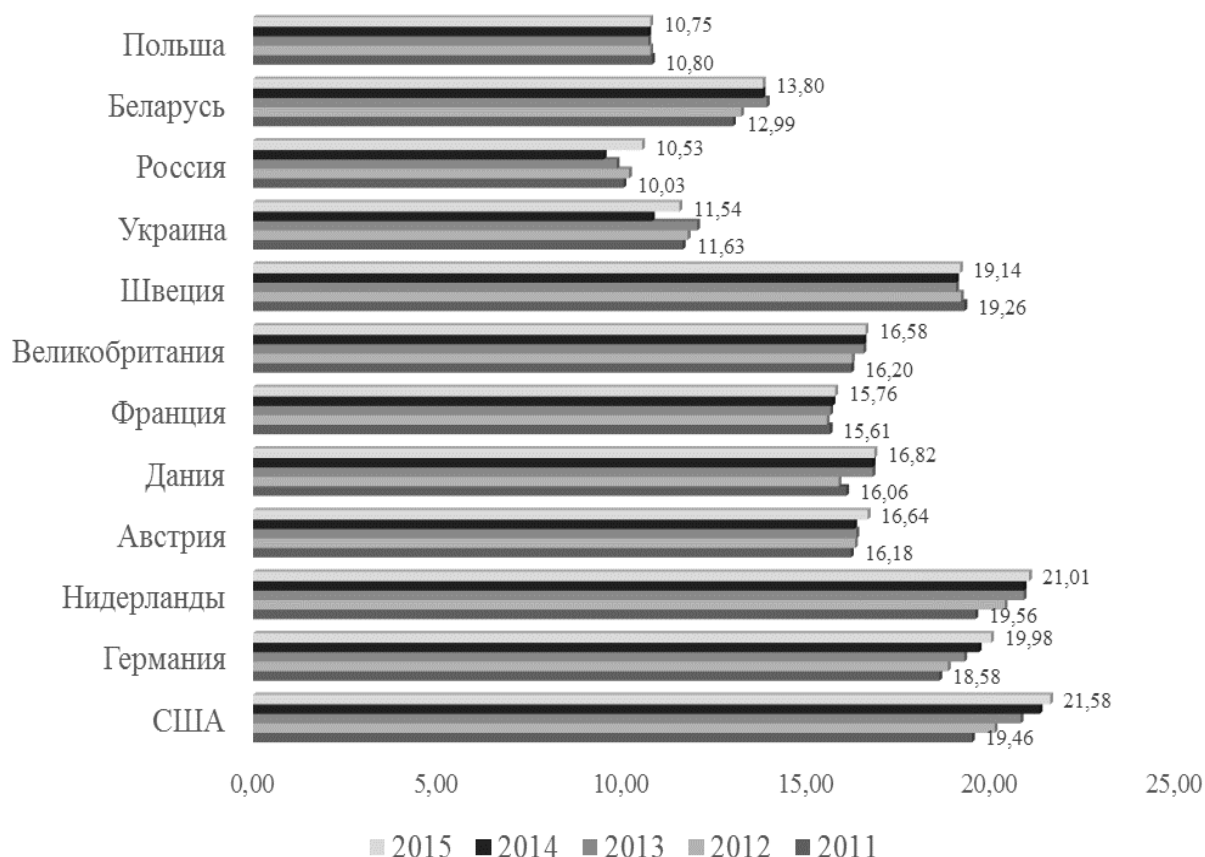


Рисунок 2.4 – Динамика расходов на отрасль здравоохранения в % от государственных расходов ряда стран, % (разработано автором на основе данных [202])

Как видно из рисунка 2.4, расходы на здравоохранение характеризуются нестабильной динамикой, но занимают важное место в общем объеме финансирования социальных мероприятий (11,54 % в 2015 г. в Украине и 10,53 % в 2015 г. в РФ). Однако данный показатель находится ниже аналогичных показателей в ряде европейских стран.

Приведенная выше характеристика еще раз свидетельствует о низкой эффективности действия отрасли здравоохранения как Украины, так и Российской Федерации и негативную демографическую ситуацию в обеих странах (рисунок 2.3 и рисунок 2.4).

Основные показатели, отражающие состояние здоровья населения Украины и Российской Федерации, представлены в Приложениях Ж и Л. Показатели демографического развития в сравниваемых странах (Приложения Е и К) оказывают прямое воздействие на функционирование отрасли здравоохранения, поэтому 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 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.

Сегодня Украина и Российская Федерация тратит на здравоохранение около 3-4% ВВП (рис. 2.5), а во времена СССР этот показатель составлял 6-6,5% ВВП.

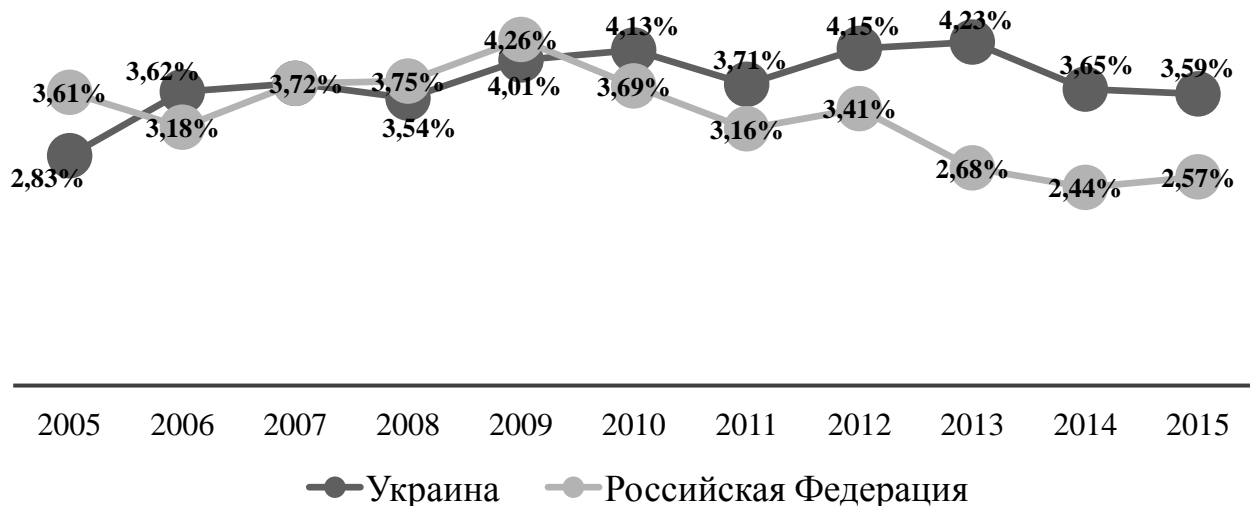


Рисунок 2.5 – Доля государственных расходов на здравоохранение в Украине и Российской Федерации (% от ВВП) (разработано автором на основе данных [196])

Этот показатель остается в 2-3 раза ниже, чем в европейских странах. Так, в странах - членах ЕС соответствующие расходы составляют 8,7% ВВП [75], в США – 11-14%, в Германии – 10-11% [40], в Дании – 7,9%, в Австрии – 7,7%, в Швеции – 7,5% [202].

Такой уровень финансирования отрасли здравоохранения является недостаточным и обеспечивает около половины от потребности, поскольку на законодательном уровне закреплено, что для обеспечения эффективной и квалифицированной медицинской помощи доля государственных расходов на здравоохранение за счет бюджетных средств должна составлять 7-10% ВВП [128].

Анализ финансового обеспечения отрасли здравоохранения показывает, что финансовый потенциал лечебно-профилактических учреждений зависит от бюджетных средств, которые не в состоянии полностью удовлетворить потребности указанных институтов. Из-за неспособности государств устранить негативные последствия влияния рыночных механизмов на функционирование отрасли здравоохранения, в учреждениях отрасли быстрыми темпами развивается «теневой» сектор, способный вызвать нежелательные последствия:

экономические: денежные потоки от неофициальных платежей пациентов за предоставление медицинских услуг не инвестируются в развитие медицинских учреждений (внедрение новых медицинских технологий, улучшение качества медицинских услуг и т. д.) и ограничивают возможности органов государственной и местной власти увеличивать бюджетные средства на их содержание;

социальные: конституционное право граждан на бесплатное медицинское обслуживание не обеспечивается в полной мере, из-за роста стоимости медицинских услуг уменьшается их доступность для социально-уязвимых слоев населения, возникает социальная напряженность и недовольство среди пациентов и медицинского персонала [191].

Формульный порядок расчета объемов расходов на охрану здоровья из местных бюджетов предусматривает фиксированный объем бюджетных



ассигнований на одного жителя (финансовый норматив бюджетной задолженности) и с помощью корректирующих коэффициентов учитывает дифференциацию потребностей населения определенной административной территории в медицинской помощи в зависимости от возраста и пола, учреждения здравоохранения финансируются на основе оперативно-сетевых показателей их мощности. При этом не берутся во внимание количество и качество предоставленных медицинских услуг, вид медицинского учреждения в зависимости от возрастной структуры пациентов, которые обслуживаются, и не обеспечивается приоритетность финансирования учреждений отрасли здравоохранения при распределении бюджетных средств на локальном уровне.

Такая ситуация приводит к недофинансированию учреждений здравоохранения из-за несоответствия между численностью населения и объемом финансовых ресурсов, предназначенных для удовлетворения его потребностей в медицинской помощи.

Финансовые ресурсы, которые инвестируются в отрасль здравоохранения, используются с низкой экономической эффективностью: направляются на содержание медицинских учреждений, а не на лечение пациентов; не зависят от конечных результатов деятельности учреждений здравоохранения; не вполне соответствуют потребностям названных институтов. Такая практика не способствует улучшению качества и обеспечению доступности медицинской помощи населению.

Кроме того, медицинские учреждения со статусом бюджетных организаций с ограниченными правами по финансовому управлению, ориентированы только на систему стандартов, которые корректируются органами здравоохранения и лишены экономических стимулов для улучшения результативности деятельности и повышения предоставления качественной медицинской помощи населению.

Сравнительная характеристика эффективности структуры отрасли здравоохранения в Украине, России и странах ЕС представлена в таблице 2.3.

Таблица 2.3 – Сравнительная характеристика эффективности структуры отрасли здравоохранения в Российской Федерации, Украине и странах ЕС

Показатель	Российская Федерация	Украина	Страны ЕС
Количество ЛПУ на 10 000 населения	0,6	0,7	4,1
Количество врачей на 10 000 населения	6,4	6,3	9,4
Количество больниц на 100 000 населения	6,8	6,3	3,1
Число больничных коек на 10 000 населения	87	91	55
Уровень госпитализации, %	21,9	21,9	18
Средняя продолжительность лечения, дней	13,0	12,8	9,2
Необоснованность госпитализации	30-40%	30-50%	-

*Составлено автором на основе данных [196; 202]*

Как видно из таблицы 2.3 количество лечебно-профилактических учреждений как в Украине, так и в Российской Федерации в 4 раза меньше, а обеспеченность врачами – в 1,5 раза меньше, чем в странах ЕС.

В Украине не существует четкого разделения на службы первичной и вторичной помощи. К выполнению функции первичной помощи фактически привлекаются все специалисты поликлиники, что приводит к чрезмерному использованию специализированной амбулаторной помощи.

Количество стационаров превышает аналогичный показатель стран Европы более чем в 2 раза, что приводит к распылению ресурсов и низкому качеству медицинского обслуживания.

Несмотря на то, что в Украине и Российской Федерации произошло сокращение коечного фонда почти на треть за период с 2004 по 2015 гг., общая обеспеченность койками на 10 000 населения остается достаточно высокой – 91 и 87 соответственно, что в 1,7 и в 1,6 раза превышает аналогичные показатели в странах ЕС.

Соответственно и интенсивность использования стационарной помощи в Украине и РФ – уровень 21,9% и продолжительность госпитализации 12,8 и 13 дней соответственно, существенно превышает показатели в странах ЕС (18,0% и 9,2 дня) [203].

Важной проблемой государственного управления в отрасли здравоохранения является развитие нормативно-правовой базы. В Украине общественные отношения в этой сфере регулируются Конституцией Украины, Основами законодательства об охране здоровья. На сегодня в отрасли здравоохранения действуют более 300 законов Украины, более 150 указов Президента, около 700 постановлений Кабинета Министров Украины, касающихся вопросов охраны здоровья прямо или косвенно.

Что касается Российской Федерации основными нормативно-правовыми актами в отрасли здравоохранения являются Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», ФЗ от 29.11.10 №326-ФЗ «Об ОМС в РФ» и Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [1128;173;174]. Кроме этого, как и в Украине, имеется огромное количество законов в сфере медицины.

Анализируя количественный и качественное состояние существующих законов в сфере медицины, можно отметить, что все они не решают вопросы комплексного подхода к урегулированию соответствующих общественных отношений. Состояние медицинского законодательства не имеет системного характера и не учитывает тенденции современного законодательства в целом. Поэтому для упорядочения действующих законов, всех нормативных актов, приведение юридических норм в упорядоченную и согласованную систему необходимым возникает создания единого кодифицированного законодательного акта, которым бы осуществлялось единое и одинаковое регулирование общественных отношений в медицинской сфере.

Современная отрасль здравоохранения как в Украине, так и в Российской Федерации характеризуется существованием серьезных проблем и требует модернизации существующих старых бюджетных систем

финансирования. Однако возможности преобразований в этой сфере существенно ограничены имеющимися финансовыми ресурсами государства. В связи с этим возникает необходимость рационального использования финансовых ресурсов в данной отрасли, оптимизации взаимоотношений между государством, обществом и рынком, применение эффективных моделей финансирования отрасли здравоохранения, поиска новых инструментов, методов и механизмов управления отраслью здравоохранения, которые могут способствовать решению таких проблем.

Данные сравнительного анализа здоровья населения, эффективности и доступности медицинской помощи и уровня финансового обеспечения отрасли здравоохранения показали, что не только объем финансирования влияет на уровень здоровья населения, но и то каким образом распределяются финансы в отрасли здравоохранения и насколько эффективно они используются.

На примере Российской Федерации следует констатировать тот факт, что бюджетно-страховая модель не обеспечила дополнительный приток средств и более высокие результаты развития отрасли здравоохранения. Однако данная модель имеет ряд преимуществ по сравнению с бюджетной моделью, среди которых:

страховые взносы имеют целевой характер, что укрепляет ожидания в отношении более устойчивых поступлений средств в отрасль здравоохранения, поскольку ставка фиксирована по отношению к фонду оплаты труда и направлена на нужды здравоохранения независимо от складывающихся бюджетных приоритетов;

основой страховой модели является оплата за объемы и качество медицинской помощи, а бюджетной – сметное финансирование;

в бюджетной модели объектом финансирования выступают подведомственные медицинские учреждения, бюджетно-страховая модель предполагает заключение договоров между страховщиком и медицинской организацией любой формы собственности;

принципиальная возможность более свободного движения денег в страховой модели заметно выше, чем в бюджетной;

страховая модель финансирования отрасли здравоохранения обеспечивает высокий уровень солидарности и справедливости за счет механизмов перераспределения финансов, которые идут на оплату медицинской помощи между материально обеспеченными и социально незащищенными группами населения, а также между здоровыми и больными [187].

Таким образом, стратегическим заданием финансовой политики отрасли здравоохранения на современном этапе является увеличение объема ее финансирования. Наиболее эффективным путем реализации этого задания, как свидетельствует положительный опыт большинства европейских стран, мог бы стать переход от бюджетной модели финансирования отрасли здравоохранения к бюджетно-страховой модели при условии рационального ее применения.

Таким образом, в Украине и Российской Федерации недостаточно используется мировая практика защиты здоровья населения и опыт обеспечения эффективности системы здравоохранения, что негативно сказывается на здоровье населения анализируемых государств. Специалисты европейских стран давно обосновали эффективность семейной медицины по профилактике заболеваний, тогда как в анализируемых странах такая медицина пока находится на начальной стадии развития.

По оценкам ВОЗ, от 20 до 40% всех средств на финансирование отрасли здравоохранения тратится на то, что способствует повышению уровня здоровья людей. Для того, чтобы получить потенциальные выгоды для здоровья населения, необходимо реинвестировать эти средства в другие результативные программы и мероприятия. Страны с низким уровнем доходов населения могут экономить 12-24% всех расходов на отрасль здравоохранения ежегодно за счет повышения экономической эффективности больниц или деятельности медицинского персонала, что позволит высвободить ресурсы

для обеспечения потенциального распространения защиты от финансовых рисков на большее количество людей [115].

Финансирование отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики за счет страхования отсутствует, в Украине и Российской Федерации оно незначительное и составляет всего 2,3% и 1,99% соответственно от бюджетного финансирования здравоохранения, а в европейских странах доля ДМС в отрасли здравоохранения составляет 5-18%.

ВОЗ рекомендует следующие пропорции: 60% – государственный бюджет, 30% – медицинское страхование, 10% – платные услуги [133].

Таким образом, приведенные факты являются свидетельством того, что в условиях рыночных отношений только бюджетного финансирования недостаточно для нормального функционирования медицинской отрасли. Становление Донецкой Народной Республики предопределяет необходимость проведения реформ в отрасли здравоохранения с учетом международного опыта и внедрения модели финансирования отрасли здравоохранения ДНР на основе медицинского страхования.

## **2.2 Влияние социально-экономических факторов на развитие медицинского страхования**

Рынок медицинского страхования является важной составляющей экономики государства, главная задача которого – создание финансового механизма для привлечения дополнительных финансовых ресурсов в отрасль здравоохранения с целью обеспечения полного, своевременного и качественного медицинского обслуживания субъектов медицинского страхования.

Устойчивое развитие медицинского страхования требует исследования формирования, реализации и наращивания его финансового потенциала, позволяющего выяснить перспективы дальнейшего его функционирования.

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования представляет собой совокупность финансовых ресурсов, направленных или которые могут быть направлены на функционирование и развитие медицинского страхования на соответствующих этапах с целью их эффективного использования и для максимального удовлетворения потребностей субъектов рынка медицинского страхования, обеспечения социальной защиты населения и улучшения финансирования отрасли здравоохранения.

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования следует рассматривать с точки зрения спроса субъектов хозяйствования на медицинские страховые услуги, предлагаемые на данном рынке.

Финансовый потенциал рынка медицинского страхования можно представить следующим образом:

$$\Phi\Pi_{рмс} = С\Pi_{рмс} + С\Pi_{нмс} \quad (2.1)$$

где  $\Phi\Pi_{рмс}$  – финансовый потенциал рынка медицинского страхования;  
 $С\Pi_{рмс}$  – реализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования, который включает в себя ( $С\Pi_{рмс} = С\Pi_{дмс} + С\Pi_{омс}$ ):

$С\Pi_{дмс}$  – сбережения субъектов экономики в виде страховых премий по добровольному медицинскому страхованию;

$С\Pi_{омс}$  – страховые премии по ОМС на рынке медицинского страхования;

$С\Pi_{нмс}$  – нереализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования, включающий ( $С\Pi_{нмс} = С_{рцб} + С_{д} + С_{фку} + С_{в} + С_{вфку}$ ):

$С_{рцб}$  – сбережения субъектов экономики, вложенные на рынке ценных бумаг;

$С_{д}$  – сбережения субъектов экономики на депозитных счетах в банках;

$С_{фку}$  – сбережения субъектов экономики на счетах в других финансово-кредитных учреждениях;

$С_{в}$  – валютные сбережения субъектов экономики;

$С_{вфку}$  – сбережения субъектов экономики вне финансово-кредитных учреждений.

Все составляющие финансового потенциала рынка медицинского страхования являются составными совокупного потенциала экономики страны.

Процесс формирования, реализации и использования финансового потенциала рынка медицинского страхования целесообразно представить в виде взаимодействия структурных составляющих рынка медицинского страхования в процессе их кругооборота (рисунок 2.6).

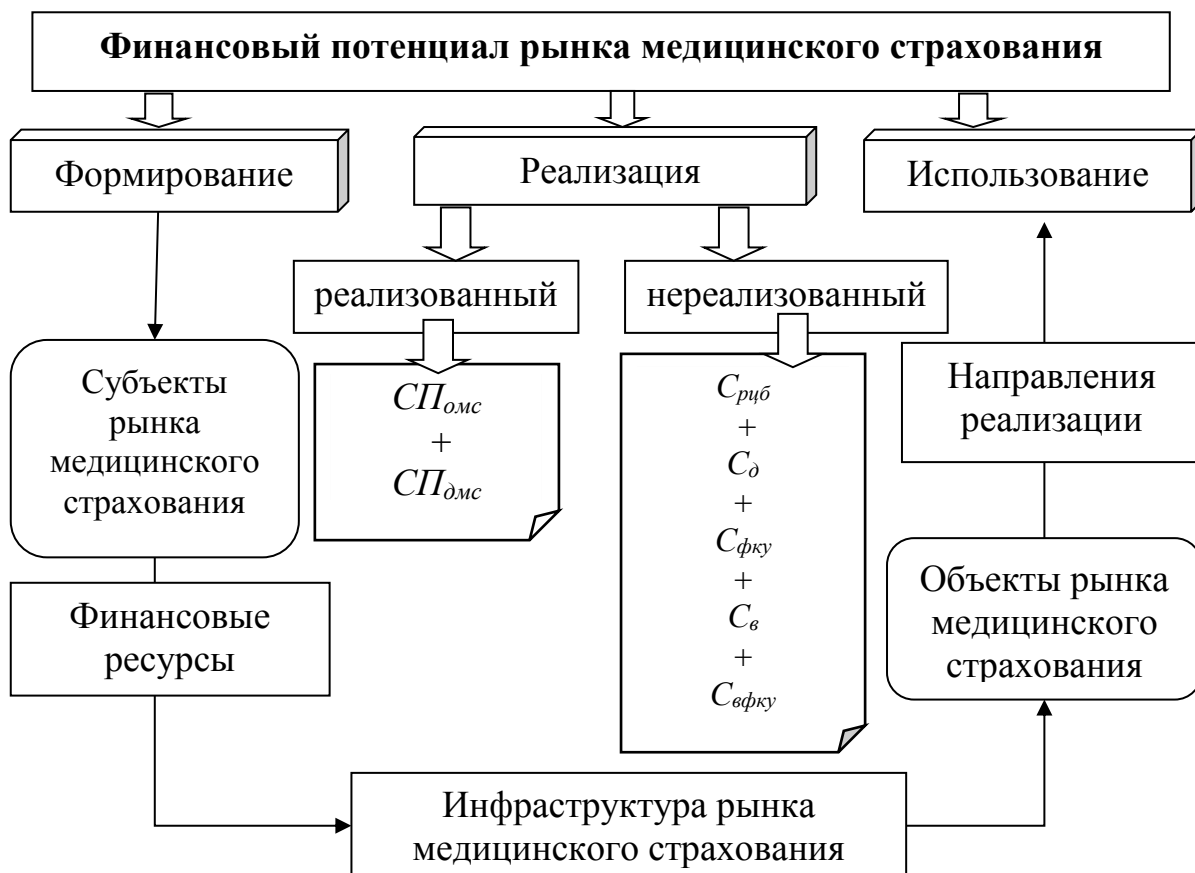


Рисунок 2.6 – Взаимодействие составляющих финансового потенциала рынка медицинского страхования (разработано автором)

Следует отметить, что все элементы финансового потенциала рынка медицинского страхования, а именно субъекты рынка медицинского страхования, финансовые ресурсы субъектов, инфраструктура рынка медицинского страхования, объекты рынка медицинского страхования, направления использования финансового потенциала – находятся в тесной взаимосвязи.

Для достижения эффективной реализации финансового потенциала рынка медицинского страхования необходимо четко осознать роль каждого субъекта рынка в данном процессе. Нарращивание неиспользованного



финансового потенциала рынка медицинского страхования должно осуществляться с целью привлечения средств субъектов на финансирование отрасли здравоохранения.

Эффективность рынка медицинского страхования обеспечивается путем согласованного взаимодействия элементов, которые её формируют и выполняют регулятивную, техническую, посредническую и информационную функции.

Реализация финансового потенциала рынка медицинского страхования определяется его реальными возможностями функционирования – реализованными и нереализованными по любым причинам.

Реализованный финансовый потенциал рынка медицинского страхования характеризуется финансовыми ресурсами данного рынка в виде обязательных страховых платежей по ОМС и добровольных взносов по ДМС.

Процесс формирования рынка медицинского страхования целесообразно исследовать на основе анализа объема финансовых ресурсов субъектов экономики государства, которые могут быть привлечены на рынок медицинского страхования. Основным источником формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования являются сбережения субъектов экономики, на уровень которых влияют ряд факторов, среди которых уровень дохода населения, политическая стабильность, процентные ставки коммерческих банков, уровень налогообложения, развитие рынка медицинского страхования и финансового рынка в целом.

Объёмы привлеченных финансовых ресурсов определяются привлекательностью рынка и использованием его конкурентных преимуществ в сравнении с другими рынками капиталов.

Важными источниками страховых премий по ДМС на рынке медицинского страхования выступают денежные доходы и сбережения населения, характеризующие уровень экономического и социального состояния и развития государства, а также уровень защищённости населения. При условии роста доходов населения растет склонность не только к сбережениям, но и к страхованию, в том числе и к медицинскому.

В связи с вышеизложенным целесообразным является анализ динамики доходов и расходов населения, в том числе и на добровольное медицинское страхование (таблица 2.4).

Таблица 2.4 – Динамика доходов, расходов и сбережений населения Украины

Показатель	Год				
	2011	2012	2013	2014	2015
Доходы населения, млн грн.	1266753	1457864	1529406	1569 308	1714605
Темп прироста доходов, %	-	15,1	4,9	2,6	15,4
Расходы населения, млн грн.	1 105201	1 266753	1 350220	1 485988	1 691431
Темп прироста расходов, %	-	14,6	6,6	4,4	20
Удельный вес расходов на приобретение товаров и услуг, %	81,4	83,8	82,9	87,6	90,0
Удельный вес расходов на здравоохранение, %	3,1	3,4	3,4	3,6	3,7
Сбережения населения, млн грн.	123 123	147 280	132 570	83 320	23 174
Темп прироста сбережений, %	-	19,6	-9,9	-37,2	-72,2
Страховые платежи от населения на ДМС, млн грн.	1 469,6	1 965,5	2 195,8	2 265,7	2 689,4
ДМС в расходах населения, %	0,13	0,16	0,16	0,15	0,16
Сбережения населения, часть которых может быть направлена на рынок медицинского страхования (нереализованный потенциал рынка), млн грн.	121653,4	145314,5	130374,2	81 054,3	20 484,6

*Составлено автором по данным [181]*

Анализ таблицы 2.4 показывает, что уровень сбережений населения в стране, то есть та часть доходов, которая не используется для текущего

потребления, находится на недостаточно высоком уровне, несмотря на положительную тенденцию к увеличению на протяжении 2011-2013 гг., удельный вес расходов на приобретение товаров и услуг постепенно растет и достигает значительных размеров (90% в 2015 г.), объемы сбережений населения значительно сокращаются в последние годы, что обусловлено политической и социально-экономической нестабильностью, высоким уровнем налогообложения, высоким уровнем инфляции, низким развитием рынка медицинского страхования и высокими процентными ставками коммерческих банков, расходы на добровольное медицинское страхование стабильно находятся на низком уровне (0,16%), что говорит о низкой страховой культуре и недоступности добровольного медицинского страхования для большей части населения.

Вместе с тем, нереализованный потенциал рынка медицинского страхования с 2011 г. по 2015 г. снизился в 6 раз, а рост страховых премий по добровольному медицинскому страхованию за этот период составил 83%, что свидетельствует о том, что со снижением объёма сбережений населения востребованность добровольного медицинского страхования не только не сократилась, но и возросла. Это подтверждает факт того, что сегодняшние объёмы медицинского обеспечения не соответствуют реальным потребностям и расходам населения, учитывая также темпы инфляции, которые влияют на их платежеспособность.

Всё вышеперечисленное позволяет сделать вывод, что ДМС является недоступным для большинства украинского населения, поэтому дальнейшее развитие этого вида страхования и наращивание его финансового потенциала должно достигаться путём обеспечения благоприятных условий для привлечения денежных средств субъектов экономики к страховым услугам по медицинскому страхованию, в том числе введению налоговых льгот.

Привлечение финансовых ресурсов путем использования сбережений населения на рынок медицинского страхования возможно при условии наличия в стране, эффективного, стабильного и высокодоходного рынка

медицинского страхования, что значительно улучшит структуру финансового потенциала рынка медицинского страхования и повлияет на его наращивание.

Для увеличения объёма финансового потенциала рынка медицинского страхования возникает необходимость повышения уровня привлекательности рынка медицинского страхования, что позволит получить необходимые данному рынку финансовые ресурсы, а владельцам сбережений – право на получение медицинской услуги надлежащего качества.

При рассмотрении экономических процессов чаще всего приходится обращаться к моделям, содержащим более одного фактора-признака [205].

Целесообразность наращивания финансового потенциала рынка медицинского страхования можно установить с помощью корреляционной связи между динамикой страховых премий по ДМС и основными экономическими, демографическими показателями и показателями отрасли здравоохранения на примере Украины (Приложения Д; Е; Ж).

Таким образом, в процессе регрессионного анализа особенностей развития рынка медицинского страхования целесообразно включить в модель несколько групп факторов, т.е. построить уравнение множественной регрессии.

Для построения множественной регрессии были выбраны основные факторы, влияющие на процесс формирования рынка медицинского страхования, которые можно разделить на 3 группы:

экономические факторы (ВВП, среднемесячная заработная плата, прожиточный минимум, минимальный размер оплаты труда, задолженность по заработной плате, расходы и доходы населения, сбережения населения, численность экономически активного населения, численность безработных, уровень безработицы и инфляции, банковские депозиты);

демографические факторы (численность постоянного населения, число родившихся и умерших, количество умерших от болезней и внешних причин, средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении);

факторы, характеризующие состояние отрасли здравоохранения (заболеваемость, количество больничных учреждений и обслуживающего медицинского персонала, расходы бюджета на отрасль здравоохранения).

Оценка параметров выполнена с использованием программного пакета SPSS (IBM, 2015). В процессе исключения незначимых переменных, были выявлены переменные, удовлетворяющие уравнение регрессии с высоким уровнем надежности. Результаты выполнения функции регрессии для зависимой переменной (объём страховых премий по ДМС) имеют следующий вид:

по результатам зависимости объёма страховых премий от экономических факторов:

$$y = -1088,967 + 0,006 * e8 - 38,177 * e12 + 3,555 * e13; (R^2 = 0,99) \quad (2.2)$$

объём страховых премий по добровольному медицинскому страхованию прямо пропорционален уровню денежных доходов населения и размеру банковских депозитов, и обратно пропорционален индексу инфляции. Другими словами, при росте денежных доходов населения и увеличении вложений населения в банковские депозиты, а также при уменьшении индекса инфляции объём страховых премий по ДМС увеличится;

по результатам зависимости объёма страховых премий от демографических факторов получено следующее уравнение регрессии:

$$y = -18882,338 + 1753,102 * d4 + 310,628 * d5 - 45,392 * d7; \\ (R^2 = 0,875) \quad (2.3)$$

Из уравнения видно, что рост страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию приведёт к увеличению коэффициента рождаемости на 1 753,102, росту средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении и к снижению количества умерших от новообразований на 45,392.

Проанализировав зависимость между страховыми взносами по ДМС и показателями отрасли здравоохранения получено следующее уравнение:

$$y = -29870,849 + 314,330 \cdot m_6 + 17,587 \cdot m_7 - 0,111 \cdot m_9 - 89,5 \cdot N_3 - 1,47 \cdot N_4; (R^2 = 0,99) \quad (2.4)$$

Уравнение регрессии показывает, что с ростом объёма страховых премий от добровольного медицинского страхования снизится количество человек на 1 медицинского работника и на 1 медицинское учреждение, что говорит об улучшении охраны здоровья населения и предоставлении более качественных медицинских услуг.

Таким образом, полученная регрессионная модель влияния социально-экономических факторов на объём страховых премий по добровольному медицинскому страхованию имеет следующий вид:

$$Y_{\text{дмс}} = \begin{cases} -1088,97 + 0,006 \cdot e_8 - 38,18 \cdot e_{12} + 3,56 \cdot e_{13} \\ -18882,34 + 1753,10 \cdot d_4 + 310,63 \cdot d_5 - 45,39 \cdot d_7 \\ -29870,85 + 314,33 \cdot m_6 + 17,59 \cdot m_7 - 0,11 \cdot m_9 - 89,5 \cdot N_3 - 1,47 \cdot N_4, \end{cases} \quad (2.5)$$

где  $Y_{\text{дмс}}$  – объём страховых премий по добровольному медицинскому страхованию, млн грн.;

$e_8$  – денежные доходы населения, млрд грн.;

$e_{12}$  – индекс инфляции, %;

$e_{13}$  – банковские депозиты, млрд грн.;

$d_4$  – коэффициент рождаемости;

$d_5$  – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;

$d_7$  – количество умерших от новообразований, тыс. чел.;

$m_6$  – количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс. единиц;

$m_7$  – количество посещений в смену, тыс. чел.;

$m_9$  – расходы государственного бюджета на отрасль здравоохранения, млн грн.;

$N_3$  – количество человек на 1 медицинского работника;

$N_4$  – количество человек на 1 медицинское учреждение.

Следовательно, вероятность успешного развития рынка медицинского страхования возрастает с ростом благосостояния граждан, индикатором которого является увеличение денежных доходов и депозитов населения, падением уровня инфляции, а также с увеличением количества амбулаторно-поликлинических учреждений.

Рост объёма страховых премий по добровольному медицинскому страхованию приведет к увеличению коэффициента рождаемости, средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, к снижению количества человек на 1 медицинского работника и на 1 медицинское учреждение, а также умерших от новообразований. Кроме того, увеличение нереализованного финансового потенциала в виде добровольных взносов по ДМС приведёт к снижению расходов государственного бюджета на отрасль здравоохранения.

Учитывая отсутствие обязательного медицинского страхования в Украине и ориентацию Донецкой Народной Республики на Российскую Федерацию целесообразно установить взаимосвязь между динамикой страховых премий по ОМС и основными экономическими, демографическими показателями и показателями отрасли здравоохранения на примере РФ (Приложения И; К; Л).

Полученная регрессионная модель влияния социально-экономических факторов на объем страховых премий по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации имеет следующий вид:

$$Y_{омс} = \begin{cases} 1,39E6 + 0,04 \cdot e6 - 20,77 \cdot e10 - 9625,26 \cdot e12 + 7,71 \cdot e13 \\ -1,511E7 + 49544.85 \cdot d1 + 580.83 \cdot d4 + 175956.36 \cdot d5 - 21.45 \cdot d7 \\ 1,206E7 - 3597.43 \cdot m3 - 733.59 \cdot m5 + 56.74E6 \cdot N2 + 28513.26 \cdot N4 - 16421.96 \cdot F1, \end{cases} \quad (2.6)$$

где  $Y_{омс}$  – объём страховых премий по обязательному медицинскому страхованию, млн руб.;

$e6$  – денежные расходы населения, млн руб.;

$e10$  – численность безработных, тыс. чел.

$e12$  – индекс инфляции, %;

$e13$  – банковские депозиты, млрд руб.;

$d1$  – численность постоянного населения, тыс. чел.;

- $d4$  – коэффициент рождаемости;
- $d5$  – средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет;
- $d7$  – количество умерших от новообразований, тыс. чел.;
- $m3$  – количество среднего медицинского персонала, тыс. чел.;
- $m5$  – количество больничных коек, тыс.;
- $N2$  – количество человек на 1 врача;
- $N4$  – количество человек на 1 медицинское учреждение;
- $F1$  – сводный бюджет на 1 человека, руб.

Осуществленный анализ взаимосвязей, подтверждённых в моделях регрессионного анализа соответствующими критериями, показал, для улучшения процесса формирования финансового потенциала рынка медицинского страхования и, как результат, увеличения объёмов страховых премий по медицинскому страхованию, необходимым является повышение уровня доходов населения и сбережений экономических субъектов. Добровольное медицинское страхование и обязательное медицинское страхование имеют одинаковые тенденции взаимосвязи между объемом страховых премий и социально-экономическими показателями:

относительно экономических показателей – объём страховых премий как по ДМС, так и по ОМС увеличивается с ростом доходов и расходов населения, с увеличением объёма банковских депозитов и со снижением уровня инфляции;

относительно демографических показателей – рост объёма страховых премий по добровольному и обязательному медицинскому страхованию приводит к увеличению коэффициента рождаемости, росту средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении и сокращению количества умерших от новообразований;

относительно показателей отрасли здравоохранения – с ростом объёма страховых премий по медицинскому страхованию увеличивается количество человек на одно медицинское учреждение и происходит снижение расходов государственного бюджета на отрасль здравоохранения. Это объясняется



компенсаторной реакцией населения на сокращение объема предоставляемых бесплатных услуг.

Таким образом, анализ основных показателей развития рынка медицинского страхования выявил, что на динамику добровольного медицинского страхования влияет ряд негативных факторов, среди которых можно выделить главный – недостаточность уровня реальных доходов населения.

Низкий уровень привлечения населения (страхование до сих пор не воспринимается как объективная необходимость) к страхованию можно считать основной макроэкономической проблемой, сдерживающей его развитие. Высокая монополизация рынка медицинских услуг, в свою очередь, предусматривает попытки завышения стоимости и количества услуг, предлагаемых медицинскими учреждениями.

Существует также ряд положительных факторов влияния на развитие добровольного медицинского страхования, среди которых расширение спектра и контроль за качеством услуг, предоставляемых страховщиками, социальная ответственность бизнеса – позиционирование коллективного страхования сотрудников как неотъемлемой части компенсационного пакета.

Но для усовершенствования процесса реализации финансового потенциала рынка медицинского страхования целесообразным является внедрение обязательного медицинского страхования.

Ввиду того, что формирование экономики Донецкой Народной Республики, в общем, и страхового рынка государства, в частности, происходит под влиянием Украины и Российской Федерации, которые, как показал анализ, имеют сходные внутрисистемные связи, целесообразно полагать, что влияние социально-экономических факторов на финансовый потенциал рынка медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения будет происходить аналогичным образом.

### **2.3 Оценка факторов, влияющих на формирование и развитие медицинского страхования в Донецкой Народной Республике**

Одним из направлений повышения эффективности отрасли здравоохранения в Донецкой Народной Республике и альтернативным источником финансового обеспечения отрасли является поэтапное введение системы медицинского страхования, которое предусматривает территориальное аккумулирование финансовых ресурсов в страховых фондах, и должно обеспечить формирование принципиально новой, адаптированной к современным условиям, социальной инфраструктуры, создать прозрачные механизмы правовых, социально-экономических и финансовых взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг.

На данный момент финансовое обеспечение отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики основывается на следующей законодательной базе:

Конституции ДНР, принятой 14 мая 2014 г. [68] ,

Законе ДНР №42-ИНС от 24 апреля 2015 г. (Постановление Народного Совета ДНР №I-150П-НС) «О здравоохранении» [99].

Так, в ст. 6 Закона «О здравоохранении» определены категории граждан, которым медицинская помощь оказывается бесплатно в полном объеме, а также указывается, что в Народной Республике имеется «разработка и утверждение программ гарантированного уровня бесплатной медицинской помощи населению, государственных целевых программ охраны здоровья и программ обязательного медицинского и социального страхования, а также установления порядка планирования объемов работ и финансовых средств на содержание учреждений здравоохранения для реализации этих программ» [99].

Кроме того, в данном законе установлен порядок оказания физическим и юридическим лицам платных медицинских услуг, а также порядок организации и оплаты медицинской помощи и медицинских услуг гражданам,

застрахованным по программам ДМС и другим видам страхования, связанным со здоровьем и трудоспособностью.

Несмотря на многочисленные разрушения больниц в прифронтовых районах, в Донецкой Народной Республике функционируют 296 учреждений здравоохранения, оснащенных современным оборудованием, которое осталось еще с довоенного времени. Среди учреждений здравоохранения – 54 больницы, 37 амбулаторно-поликлинических учреждения, 16 диспансеров, 30 поликлиник и 16 специализированных республиканских центров и больниц [108]. Однако, следует отметить, что по данным Республиканского Центра занятости ДНР в учреждениях здравоохранения не хватает медицинского персонала (дефицит медицинских кадров в Республике составляет около 30%) [110].

На сегодняшний день в клиниках Республики осуществляется обеспечение бесплатными лекарствами жителей льготных категорий. Кроме того, такие пациенты, которые проходят амбулаторное лечение, могут бесплатно получать рецептурные препараты и в аптеке.

Гуманитарная помощь Российской Федерации в части лекарственных средств и изделий медицинского назначения покрывает потребность учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики в среднем на 5-7%. Обеспеченность учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения на сегодняшний день по-прежнему остается невысокой от 10% до 15% [45].

Медицинское обслуживание населения в Донецкой Народной Республике осуществляется на условиях государственной социальной помощи из республиканского бюджета, учреждения здравоохранения структурно отделены от учреждений социальной защиты, а их управление осуществляется Министерством здравоохранения.

Структура расходов бюджета Донецкой Народной Республики в 2015 г. представлена на рисунке 2.7.

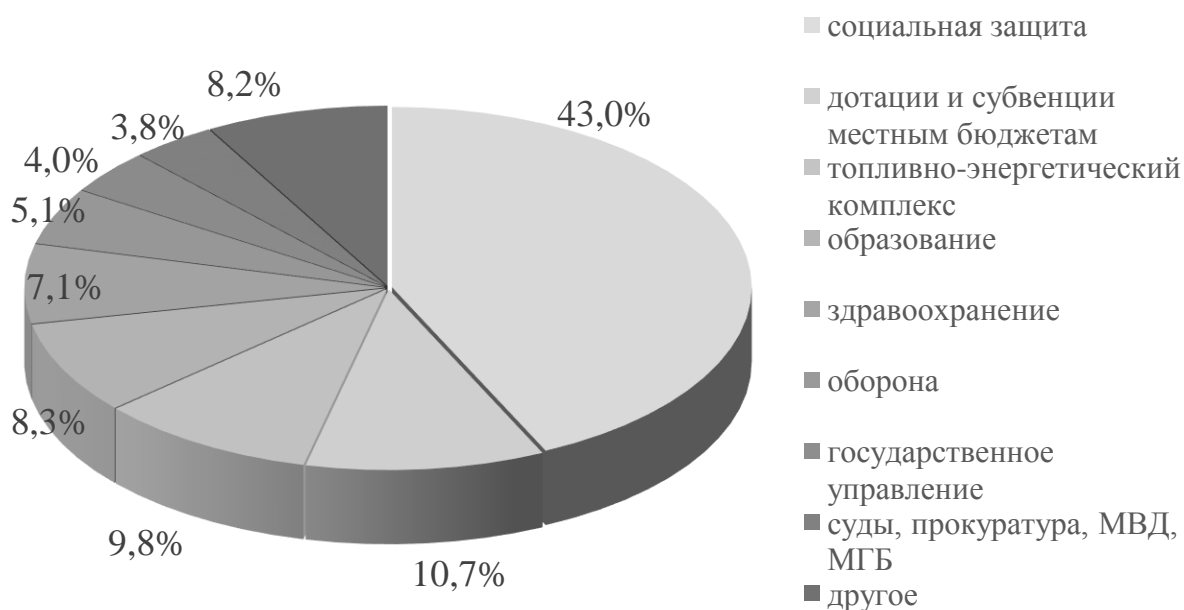


Рисунок 2.7 – Структура расходов бюджета Донецкой Народной Республики

Вопросы финансирования и формирования бюджета в отрасли здравоохранения регулируются распорядительными документами Министерства финансов Донецкой Народной Республики. Бюджет в данной отрасли формируется на квартал с ежемесячной разбивкой лимитных ассигнований, согласно требований Министерства финансов Донецкой Народной Республики.

Бюджетом ДНР не предусмотрено государственное финансирование программ по лечению социально значимых заболеваний. Тем не менее, обеспечение отдельных медицинских государственных программ и комплексных мероприятий по охране здоровья осуществляется за счет гуманитарной помощи Российской Федерации в части лекарственных средств и изделий медицинского назначения и международных неправительственных гуманитарных организаций [45].

Согласно ст. 72 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении» объемы бюджетного финансирования определяются на основании научнообоснованных нормативов из расчета на одного жителя, с учетом фактически произведенных расходов за прошлый отчетный период, изменениями форм и условий оплаты труда и цен на товары и услуги [99].

В настоящее время подавляющее большинство государственных и коммунальных учреждений здравоохранения имеют статус бюджетного учреждения. Финансируется такое учреждение из бюджета любого уровня и не ведет самостоятельной хозяйственной деятельности, а имеет смету расходов бюджетных средств, получаемую от вышестоящих органов. Организации, наделенные государственным или коммунальным имуществом на праве оперативного управления, признаются бюджетными учреждениями.

Направления использования финансовых ресурсов, независимо от источника их образования (бюджетных либо внебюджетных средств), определяются в строгом соответствии с подразделениями экономической классификации расходов бюджетной классификации, устанавливающими конкретные цели расходования средств.

Использование источников финансового обеспечения отрасли здравоохранения осуществляются следующим образом:

1. Финансовые средства системы здравоохранения направляются на:
  - возмещение затрат по оказанию медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи;
  - материально-техническое оснащение учреждений здравоохранения;
  - приобретение лекарственных средств, материалов, изделий медицинского назначения и медицинской техники;
  - повышение квалификации и переподготовку медицинских и фармацевтических кадров;
  - развитие и внедрение достижений медицинской науки и техники в практику;
  - иные расходы, не запрещенные законодательством.
2. Внебюджетные средства, заработанные на основании договоров с юридическими лицами или посредством предоставления платных услуг населению, средства благотворительных фондов или добровольные пожертвования юридических и физических лиц, а также добровольные компенсации юридическими и физическими лицами расходов на оказание отдельных видов медицинской помощи или отдельных видов расходов

учреждений здравоохранения, не могут использоваться для финансирования государственных, территориальных и целевых бюджетных программ (ст. 73 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении») [99].

В Республике за счет бюджетных средств финансируется ограниченный состав расходов – в основном оплата труда, начисления на фонд оплаты труда, питание, медикаменты, коммунальные услуги. Финансирование остальных видов расходов (услуги по текущему ремонту и обслуживанию техники, инвентаря и медицинской аппаратуры, приобретение оборудования, капитальное строительство, капитальный ремонт и др.) учреждения вынуждены производить за счет внебюджетных средств, привлеченных путем платных дополнительных услуг и ведения предпринимательской и иной деятельности, приносящей доход согласно действующему законодательству. Такая деятельность является дополнительным к бюджетному финансированию источником средств для развития материально-технической базы учреждений. Привлечение дополнительных внебюджетных средств не влечет за собой снижение нормативов и абсолютных размеров финансирования учреждений за счет бюджетных средств и при этом нарушается основной принцип сметного финансирования – покрытие за счет бюджетных средств всех расходов, необходимых для нормального функционирования учреждения [170].

Таким образом, бюджет Донецкой Народной Республики не обеспечивает в достаточной мере финансовыми ресурсами основные потребности отрасли здравоохранения и характеризуется низкой эффективностью деятельности лечебно-профилактических учреждений, низким качеством медицинской помощи при наличии достаточной обеспеченности населения врачебными кадрами и больничными койками, низкой оплатой труда медицинских работников, отсутствием организационно-экономического механизма контроля необходимого объема и качества медицинской помощи, наличием остаточного принципа финансирования отрасли здравоохранения и не создает предпосылок для оказания

качественной медицинской помощи населению в необходимых объемах и относится к низкоэффективной отрасли экономики. Об этом свидетельствуют показатели рождаемости и смертности (4,0 и 12,5 соответственно в расчете на 1 000 человек – в 2015 г.).

Причинами возникновения дефицита финансирования отрасли здравоохранения являются:

отсутствие связи между качеством медицинских услуг и расходами на ее финансирование, а также отсутствие мотивации медицинских кадров к качественному труду;

низкий уровень профилактики и доли первичной медико-санитарной помощи в структуре медицинских услуг;

неэффективное использование бюджетных средств в отрасли здравоохранения;

дублирование медицинских услуг на различных уровнях оказания медицинской помощи, отсутствие механизма управления потоками пациентов на различных уровнях оказания медицинских услуг;

низкая самостоятельность медицинских учреждений при использовании финансовых ресурсов [114];

несоответствие объемов средств, направляемых из официальных источников на ее финансирование, объемам существующих потребностей, особенно социально незащищенным слоям населения;

финансирование не медицинской услуги, оказанной пациенту, а медицинского учреждения.

В этих условиях возрастает значение поиска адекватных форм социальной поддержки отрасли здравоохранения путем привлечения дополнительных источников финансового обеспечения данной отрасли, целью которых является сохранение здоровья населения, обеспечения достижения биологического долголетия и предоставления медицинских услуг с гибкостью и доступностью.

Для выявления основных тенденций развития системы медицинского

страхования необходимо проанализировать факторы, под влиянием которых этот вид страхования формируется (таблица 2.5).

Таблица 2.5 – Факторы влияния на уровень спроса и предложения медицинского страхования

Факторы		Описание фактора
Внешние	Социально-экономические	Уровень денежных доходов и сбережений населения Профессиональная структура Уровень цен на медицинский страховой полис Степень развития медицинского страхования Платежеспособность потенциальных страхователей
	Демографические	Возрастная и половая структура населения Место жительства Форма занятости и место работы
	Социально-психологические	Уровень эмоционального состояния Социальная напряженность в обществе Ментальность Страховая культура Недоверие к страховщикам
	Ресурсно-экологические	Состояние окружающей среды
	Политические	Безопасность регионов Отсутствие конфликтов в регионе Общий уровень демократизации общества
	Правовые	Государственное регулирование страховой деятельности (нормативно-правовая база, количество видов обязательного страхования, система налогообложения страховщиков и страхователей, уровень конкуренции)
Внутренние	Специализация страховщиков	
	Капитализация страховщика	
	Ресурсы страховой компании (трудовые, информационные и финансовые ресурсы)	
	Уровень маркетинга и рекламы	
	Стратегические интересы владельцев	

*Составлено автором*

Представленные внешние и внутренние факторы тем или иным образом влияют на развитие медицинского страхования и на экономику государства в целом.

Кроме факторов, влияющих на формирование и развитие медицинского страхования по созданию соответствующих условий для эффективной реализации модели финансирования отрасли здравоохранения на основе



медицинского страхования необходимо использовать опыт экономически развитых стран в этой сфере.

В Конституциях таких европейских государств, как Австрия, Германия, Лихтенштейн, право граждан на охрану здоровья отсутствует, только некоторыми статьями предусмотрено осуществление государством законодательных или исполнительных действий в отрасли здравоохранения.

В Конституциях Болгарии и Хорватии определено право каждого на медицинское страхование. В конституциях Албании, Литвы и Латвии говорится, что государство защищает здоровье человека и гарантирует право каждого на основную медицинскую помощь или медицинское обслуживание. Право на максимально достижимый уровень физического и духовного здоровья закреплено в Конституции Венгрии.

В Конституциях таких государств, как Украина, Польша, Словакия, Словения, Румыния, Эстония, Сербия, Черногория, конкретно определено право граждан на охрану здоровья, т.е. гарантировано право на бесплатное медицинское обслуживание и помощь за счет общественных средств в государственных учреждениях здоровья. В Чехии право на бесплатное медицинское обслуживание предусмотрено на основе общественного страхования, в Словакии – на основе медицинского страхования, в Сербии – на основе участия в обязательных страховых схемах [117].

В ст. 34 Конституции Донецкой Народной Республике предусмотрено право каждого гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений [68].

Следует отметить, что в Донецкой Народной Республике в настоящее время действует механизм и элемент медицинского страхования в лице Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Деятельность существующих фондов регулируются:

Конституцией Донецкой Народной Республики [68];

Законом Донецкой Народной Республики «Об основах общеобязательного социального страхования» [100];

Указом Главы ДНР от 4 июля 2016 г. № 207 «Об организации материального обеспечения застрахованных лиц на территории Донецкой Народной Республики и предоставления им социальных услуг» [171];

Положением о Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, утвержденным Постановлением Совета Министров ДНР от 10 января 2015 г. № 1-10 с изменениями, внесенными Постановлением Совета Министров ДНР от 31 мая 2015 г. № 7-27 [123];

иными нормативными правовыми актами ДНР.

Рабочими органами фондов являются отделения Фонда в городах и районах Донецкой Народной Республики.

Оптимальная система принципов построения модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования должна учитывать интересы всех субъектов системы медицинского страхования и отрасли здравоохранения в финансировании экономики государства. Заинтересованными сторонами и партнерами должны стать органы исполнительной власти, работодатели, страховщики, клиенты, некоммерческие и коммерческие организации, ассоциации и частные лица, предоставляющие медицинские услуги, общественные организации, группы поддержки, средства массовой информации, экономические структуры различных уровней. Обязательным условием успешности функционирования модели государственного и частного страхования является доступность информации о деятельности отрасли здравоохранения.

Для достижения целей и задач эффективного финансирования экономики государства на основе медицинского страхования необходимым является применение следующих принципов (таблица 2.6).

Таблица 2.6 – Принципы организации медицинского страхования [22]

Принцип	Сущность принципа
<b>Экономические принципы</b>	
Принцип наличия страхового интереса	Страхованию подлежит здоровье, в охране которого заинтересован застрахованный
Принцип выплаты страхового возмещения	После получения медицинских услуг или страховых выплат состояние страхователя не должно быть лучше того, что предшествовало страховому случаю
Принцип гарантированного минимального страхового обеспечения	Государство должно финансировать обязательное медицинское страхование
<b>Информационные принципы</b>	
Принцип доверия сторон	Точность и достоверность предоставленной страхователем или страховщиком информации относительно объекта страхования
Принцип открытости и прозрачности	Обязательность информационной открытости для застрахованных, страхователей и страховщиков
<b>Правовые принципы</b>	
Принцип законности	Законность операций, имеющих место в системе медицинского страхования
<b>Рыночные принципы</b>	
Принцип свободы выбора	Страхователь может выбирать условия предоставления страховых медицинских услуг, сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования
Принцип конкуренции	Конкуренция предоставления страховых услуг и привлечения страхователей страховыми медицинскими учреждениями
Принцип демонополизации	Равноправная деятельность страховых медицинских организаций, которые составили договор о финансовом обеспечении ОМС
Страховой принцип	Страховые медицинские учреждения должны аккумулировать и распределять финансовые ресурсы обязательного медицинского страхования
<b>Социальные принципы</b>	
Принцип солидарности, справедливости и равенства	Одинаковое право на получение медицинской помощи в необходимых объёмах независимо от размера страхового взноса по всей территории Донецкой Народной Республики в рамках программы обязательного медицинского страхования

С целью определения перспектив построения эффективной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в Республике и его неиспользованного финансового потенциала была исследована его среда с помощью SWOT-анализа (таблица 2.7):

Таблица 2.7 – SWOT-анализ для развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике

<b>S-strengths – сильные стороны</b>	<b>W- weaknesses – слабые стороны</b>
<p>Способность субъектов предпринимательства быстро адаптироваться к изменяющимся условиям ведения бизнеса;</p> <p>значительный научно - технический, медицинский, кадровый и интеллектуальный потенциал;</p> <p>наличие в Республике неиспользованных площадей и оборудования;</p> <p>наличие научно-методических разработок для инновационного развития;</p> <p>развитая сеть лечебно-профилактических учреждений;</p> <p>заинтересованность иностранных инвесторов;</p> <p>возможности для развития медицинского страхования</p>	<p>Неразвитость (отсутствие) финансово – кредитных учреждений;</p> <p>высокая степень износа основных фондов в учреждениях здравоохранения;</p> <p>отсутствие нормативно-правовой базы;</p> <p>неурегулированная система обеспечения льготных категорий граждан медикаментами для амбулаторного лечения и изделиями медицинского назначения;</p> <p>недостаточное медикаментозное и материально-техническое обеспечение больниц;</p> <p>отсутствие финансовых инструментов для инвестирования;</p> <p>информационная закрытость;</p> <p>отсутствие стратегии развития страхования;</p> <p>низкий уровень страховой культуры;</p> <p>слабый финансовый мониторинг</p>
<b>O - opportunities – возможности</b>	<b>T - threats – угрозы</b>
<p>Стабилизация экономики и рост ВВП;</p> <p>улучшение демографической ситуации за счёт разработки программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;</p> <p>создание возможностей для оказания качественной медицинской помощи независимо от места жительства, социального и материального положения семей и состояния здоровья населения;</p> <p>введение обязательного медицинского страхования;</p> <p>дополнительные финансовые ресурсы в отрасль здравоохранения;</p> <p>более эффективная социальная защита населения;</p> <p>заинтересованность населения в медицинском страховании;</p> <p>повышение страховой культуры населения</p>	<p>Низкая платежеспособность населения;</p> <p>сокращение численности населения;</p> <p>рост хронических заболеваний и возникновение новых;</p> <p>растущие затраты на здравоохранение;</p> <p>проблемы качества питания и здорового образа жизни населения;</p> <p>недоверие населения к услугам медицинского страхования;</p> <p>политическая и экономическая нестабильность;</p> <p>высокий уровень инфляции;</p> <p>низкие темпы поступления иностранных инвестиций;</p> <p>рост цен на услуги;</p> <p>конкуренция со стороны иностранных страховых компаний;</p> <p>спад экономического развития страны;</p> <p>чрезмерная зависимость системы негосударственного социального обеспечения от иностранного капитала;</p> <p>отсутствие эффективной финансово-кредитной системы</p>

Составлено автором

Следующим этапом является установление взаимосвязей между составными элементами и построение матрицы SWOT-анализа развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике (таблица 2.8).

Таблица 2.8 – Матрица SWOT-анализа развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике

		ВНЕШНЯЯ СРЕДА	
		ВОЗМОЖНОСТИ	УГРОЗЫ
ВНУТРЕННЯЯ СРЕДА	СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ	<p><b>1</b></p> <p>Развитие медицинского страхования, которое является социально значимыми; развитие системы страхового посредничества; интеграция в мировой рынок страхования; партнерские отношения с медицинскими учреждениями; формирование бренда и репутации надежного страхового партнера; привлечение большего количества клиентов</p>	<p><b>3</b></p> <p>Боевые действия; инфляционные препятствия; снижение инвестиционной привлекательности; развитие инвестиционной деятельности страховщиков; отсутствие динамического спроса на страховые услуги; доведение качества предоставления страховых услуг до уровня европейских стандартов</p>
	СЛАБЫЕ СТОРОНЫ	<p><b>2</b></p> <p>Разработка и развитие нормативно-правовой базы в системе медицинского страхования; создание высокого конкурентного страхового рынка; развитие добровольного медицинского страхования; внедрение ОМС; отсутствие единой информационной базы; неразвитая региональная сеть</p>	<p><b>4</b></p> <p>Высокий уровень убыточности медицинского страхования; потеря интереса со стороны инвесторов; снижение уровня финансовой безопасности; потеря платежеспособного спроса со стороны страхователей; отсутствие страхового рынка</p>

*Составлено автором*

Полю 1 соответствуют действия, направленные на развитие внутренних положительных свойств рынка медицинского страхования и реализацию имеющихся возможностей, которые сложились на этом рынке. Соотношение

приведенных характеристик позволяет решить задачу эффективного использования позитивных тенденций внутренней и внешней среды рынка;

поле 2 присущи действия, направленные на преодоление слабых сторон рынка за счет использования реальных возможностей внешней среды. Анализ данного поля позволяет определиться с внутренними факторами, которые могут помешать использованию рыночных возможностей страховщика и превратиться в угрозы;

поле 3 предусматривает применение сильных сторон рынка медицинского страхования для преодоления рыночных угроз и определяет за счёт каких внутренних сильных сторон можно преодолеть негативные факторы внешней среды страховых компаний;

поле 4 позволяет выявить самые большие опасности для функционирования рынка медицинского страхования.

В результате проведенного анализа предложено использовать поле 1 как основу для развития и эффективного функционирования модели медицинского страхования, поскольку фактический потенциал для развития находится именно на пересечении показателей «сильные стороны» и «возможности», при этом нельзя игнорировать факторы, определенные в результате анализа в полях 2,3,4.

Определяющим и необходимым фактором развития модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в системе финансирования экономики государства является государственное регулирование страховой деятельности.

От системной, четкой и последовательной государственной политики в сфере страхования зависит качественная защита интересов и прав потребителей страховых услуг и конкурентоспособная деятельность страховых компаний.

Возможная система государственного регулирования страхового рынка в Донецкой Народной Республике представлена на рисунке 2.8.



Рисунок 2.8 – Система государственного регулирования страхования в Донецкой Народной Республике (разработано автором)

Таким образом, в Донецкой Народной Республике особое внимание уделяется развитию отрасли здравоохранения и создаются надежные условия для равного доступа всех граждан к своевременному и качественному медицинскому обслуживанию.

Среди анализируемых моделей финансирования отрасли здравоохранения (бюджетной в Украине и бюджетно-страховой в РФ), наиболее приемлемой для Донецкой Народной Республики является модель с преимущественно страховой системой финансирования, для функционирования которой необходимо:

- сформировать соответствующую нормативно-правовую базу;
- произвести структурные изменения в отрасли здравоохранения;
- создать специальный фонд финансирования отрасли здравоохранения;
- разработать условия его функционирования, контроля и организации.

**РАЗДЕЛ 3****НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В СИСТЕМЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ ЭКОНОМИКИ  
ГОСУДАРСТВА****3.1 Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе  
медицинского страхования**

Медицинское страхование как часть социальной защиты населения, с одной стороны, и как дополнительный источник финансирования отрасли здравоохранения, с другой, играет значительную роль в экономике государства.

Построение научно обоснованной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования является одной из важнейших и одновременно самых сложных проблем, что обуславливает формирование эффективной социально-экономической среды в системе финансирования экономики государства.

Основная задача построения такой модели в Донецкой Народной Республике заключается в введении оптимальных пропорций применения различных форм медицинского страхования. Поэтому необходимо разработать научный инструментарий для оценки социальных рисков и обоснования соответствующих уровней социальных гарантий и на такой основе упорядочить организационные, финансовые и правовые формы государственного, корпоративного и личного страхования.

Для построения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования необходимо создание соответствующих условий за счёт:

- достижения финансовой устойчивости медицинских учреждений;
- оптимизации сети медицинских учреждений;



увеличения самостоятельности руководителей медицинских учреждений по управлению финансовыми ресурсами;

повышения конкуренции в отрасли здравоохранения;

совершенствования посреднической деятельности в организации и финансировании страховых программ путём предоставления медицинской помощи населению;

контроля за объёмом и качеством выполнения страховых медицинских программ лечебно-профилактическими, социальными учреждениями и отдельными частными врачами;

расчёта с медицинскими, социальными учреждениями и частными врачами за выполненную работу согласно договору через страховые фонды, которые формируются за счет денежных взносов предприятий, учреждений, организаций, граждан и др.

Построение модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с использованием системного подхода предполагает рассмотрение медицинского страхования как сложной социально-экономической системы, которая характеризуется:

целостностью, т.е. все элементы системы финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования взаимосвязаны и способствуют достижению общих стратегических целей и задач, а именно улучшению здоровья населения;

иерархичностью или многоуровневостью структуры, которая охватывает определенные уровни иерархии и управления системой, связи и компоненты между подсистемами, характеризуются сложностью поведения и управления системой и имеют необходимый объем информации для управления системой. Иерархичность системы заключается также в том, что систему можно рассматривать как элемент системы более высокого порядка (надсистемы), а её элементы, как системы более низкого порядка (подсистемы). Иерархическое построение системы обеспечивает повышенную устойчивость к внешним воздействиям и возможным конфликтам между

частями системы;

структурностью, которая содержит 4 подсистемы: формирования, распределения, использования и контроля;

целеустремлённостью, которая означает наличие в системе финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования целей функционирования и развития, а именно эффективной социальной защиты интересов населения. При этом цели характеризуются собственной структурой и иерархией;

управляемостью, т.е. свойством системы медицинского страхования перейти из одного состояния в другое;

динамичностью или способностью системы к непрерывному изменению путем постоянного развития ее элементов и системы в целом, учитывая объективные закономерности в финансировании экономики государства и взаимосвязь с окружающей средой;

открытостью, которая определяется интенсивностью обмена информацией или ресурсами между системой и внешней средой, а также степенью влияния других систем.

Формирование эффективной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования будет способствовать появлению, развитию и совершенствованию страховых инструментов в системе социальных гарантий населения Донецкой Народной Республики и обеспечит улучшение качества жизни и благосостояния населения, что подтверждает опыт экономически развитых стран.

При построении многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования определяющим фактором должно стать сочетание государственного и частного финансирования медицинского страхования, разделенного на четыре уровня: минимальный (базовый), обязательный (основной), добровольный (сервисный) и общественно-солидарный.

Системные элементы модели финансирования отрасли здравоохранения

на основе медицинского страхования представлены на рисунке 3.1.



Рисунок 3.1 – Модель финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования (разработано автором)

Анализ опыта системы государственного финансирования отрасли здравоохранения стран мира позволяет сделать вывод, что высокоразвитые государства с устоявшейся экономикой используют несколько источников привлечения средств для финансирования этой отрасли. Сравнения различных стран свидетельствуют о наличии тесной корреляции между уровнем экономического развития страны и степенью государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи [161].

Частное финансирование имеет огромное значение для организации и развития отрасли здравоохранения, основой которого являются средства

физических и юридических лиц, а именно взносы в больничные кассы, приобретение полисов медицинского страхования, оплата населением медицинских услуг, приобретение лекарственных средств и продукции медицинского назначения.

Сравнительная характеристика государственных и частных расходов отрасли здравоохранения в различных странах представлена рисунком 3.2.

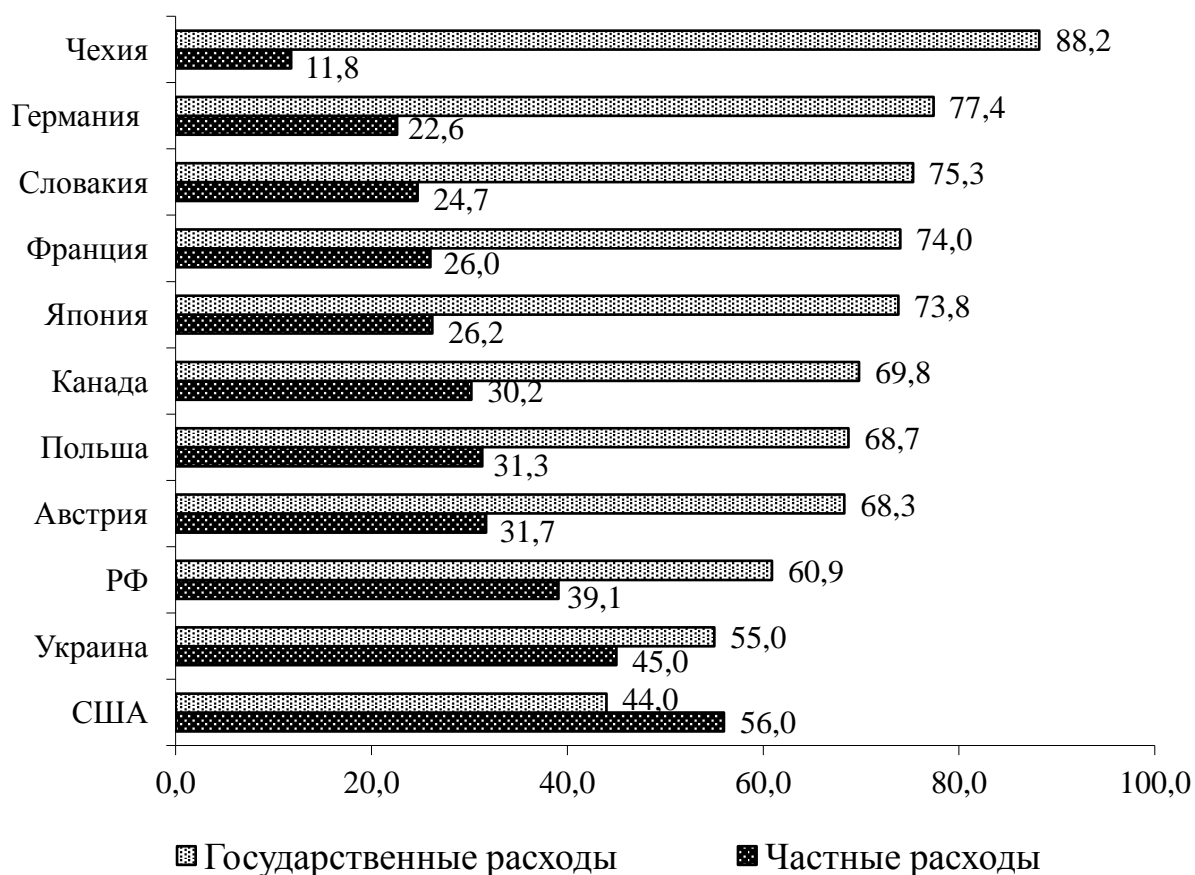


Рисунок 3.2 – Сравнительная характеристика государственных и частных расходов отрасли здравоохранения в различных странах, % [196]

Соотношение между государственными и частными расходами на финансирование отрасли здравоохранения в Украине и Российской Федерации по сравнению с другими странами убедительно свидетельствует о том, что в странах, уровень частных расходов является чрезвычайно высоким. Этот показатель превышает соответствующий показатель европейских государств, таких как Япония, Канада и приближается к доле такого

финансирования в США – стране с частной моделью финансового обеспечения отрасли здравоохранения, но в абсолютном значении расходы на финансирование отрасли здравоохранения намного ниже.

Внедрение многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования представляет собой основу для интеграции государственных и частных расходов на здравоохранение, поскольку потребности населения в медицинской помощи должны быть обеспечены финансовыми ресурсами вне зависимости от их источника. Поэтому представляется целесообразным активное привлечение в отрасль здравоохранения средств населения через систему добровольного медицинского страхования и оказание платных медицинских услуг при законодательном закреплении гарантированных объемов медицинской помощи, финансируемых в рамках финансирования отрасли здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования в соответствии с существующим уровнем финансовых возможностей государства.

Реализация данной модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования 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 отрасли здравоохранения государства через систему медицинского страхования.

Сочетание государственного и частного страхового финансирования лечебно-профилактических учреждений позволит привлекать средства предприятий и граждан через систему медицинского страхования в отрасль здравоохранения, а для частных страховых медицинских организаций будет стимулом для участия в государственной системе охраны здоровья.

Таким образом, при оптимизации расходов на оказание медицинской помощи населению посредством перераспределения финансовых ресурсов главным и определяющим фактором должна стать интеграция

государственного и частного финансирования отрасли здравоохранения через систему медицинского страхования, представленную 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.

Отрасль здравоохранения в развитых странах выполняют важную функцию социальной защиты. Она снижает социальные и финансовые риски, внося существенный вклад в социально-экономическое развитие государства. В условиях финансовых трудностей основной задачей стран, сформулированной Советом ЕС, является обеспечение финансовой устойчивости именно отрасли здравоохранения, т.е. полный охват населения медицинским обслуживанием, солидарность в финансировании, равенство доступа к медицинской помощи и высокое качество медицинского обслуживания.

При разработке рекомендаций для внедрения такого интегрированного финансирования целесообразно согласование взаимодействия подсистем государственного и частного финансирования, а также функционирование государственных институтов с целью стимулирования формирования необходимых общественных связей, доверия в обществе, развития новых прогрессивных форм государственно-частного взаимодействия [207-216]. Кроме того, необходимым является проведение ряда преобразований и изменений на уровне законодательства с целью определения места добровольного медицинского страхования в системе финансирования отрасли здравоохранения, а также с целью четкого разграничения сфер покрытия.

Подсистема формирования предусматривает четыре уровня, каждый из которых формируется за счет следующих финансовых источников: минимальный уровень (базовый) – за счет Республиканского и местных бюджетов; обязательный (основной) – за счет Республиканского фонда

обязательного медицинского страхования, который наполняется путем взносов работодателей и работников предприятий, благотворительных и добровольных взносов, штрафов и прибыли от использования свободных средств, а также государственных программ; добровольный (сервисный) – за счет средств юридических и физических лиц на основе заключения договоров страхования; общественно-солидарный – за счёт взносов работников предприятий – членов больничной кассы.

Установление размеров взносов членов больничных касс носит централизованный порядок в масштабах конкретного лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) и базируется на сочетании принципов равенства и дифференциации: для работающих членов кассы устанавливается один тариф ежемесячных взносов, для неработающих (пенсионеров) – другой размер взносов с одновременным сохранением права каждого члена на стандартный перечень медицинских услуг [169].

Подсистема распределения содержит субъекты медицинского страхования, а именно Республиканский бюджет, Министерство здравоохранения, Республиканский и территориальные Фонды обязательного медицинского страхования, страховые компании и больничные кассы, которые распределяют финансовые ресурсы на социальную защиту населения в отрасли здравоохранения.

Подсистема использования определяет пути использования указанных финансовых ресурсов на соответствующий уровень системы медицинского страхования (рисунок 3.1).

Подсистема контроля состоит из государственного регулирования и саморегулирования. Посредником между пациентом и медицинским учреждением станет страховая компания, которая будет выполнять организационные, контролирующие, финансовые и гарантийные функции. Контроль за деятельностью страховых компаний должно осуществлять Министерство финансов Донецкой Народной Республики, координацию деятельности – орган саморегулирования – Медицинское страховое бюро

(МСБ), функциями которого является контроль за выполнением программ страхования и своевременной оплаты за услуги, правильностью применения тарифов, контроль качества предоставляемых медицинских услуг. Это обеспечит повышение доступности и эффективности медицинского обслуживания, аккумуляирования инвестиционных ресурсов, направляемых в экономику государства.

Медицинские учреждения, которые должны работать в системе ОМС должны контролироваться Министерством здравоохранения и взаимодействовать с Медицинским страховым бюро.

Государство обязуется оказывать неотложную медицинскую помощь всем гражданам и полностью обеспечивать медицинской помощью пенсионеров, детей до трех лет включительно, детей-сирот, инвалидов I группы, осуждённых, военнослужащих срочной службы. Другие обязательства и гарантии возьмёт на себя ОМС.

Конкуренция будет стимулировать всех субъектов медицинского страхования для предоставления более качественных медицинских услуг.

Создание многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования предоставит дополнительный потенциал для развития медицинской инфраструктуры, станет предпосылкой улучшения качества предоставления медицинских услуг и удовлетворения базовых потребностей населения.

Именно использование такой сложной системы является предпосылкой создания в Донецкой Народной Республике комплексной, эффективной, общедоступной и справедливой системы медицинского страхования, что будет способствовать повышению благосостояния людей и достижению европейских социальных стандартов, обеспечению устойчивости финансирования отрасли здравоохранения.

Влияние государства на развитие медицинского страхования и на страховой рынок в целом осуществляется преимущественно через



формирование соответствующей законодательной и нормативной базы деятельности участников страхования (Приложение Р).

При разработке перспективного законодательства необходимо руководствоваться такими общепризнанными принципами, как конституционное развитие законодательства, верховенство законов среди других нормативно-правовых актов, динамичность, комплексность и своевременность законотворческого процесса [140].

С целью надежного и эффективного функционирования многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования в Донецкой Народной Республике целесообразно провести ряд мероприятий:

для обеспечения эффективности подсистемы формирования финансовых ресурсов медицинского страхования привлечь к работе высококвалифицированных специалистов, хорошо знакомых с теорией и передовой технологией страхования;

для надежного функционирования подсистемы распределения целесообразно:

сформировать единый Республиканский Фонд обязательного медицинского страхования для граждан Донецкой Народной Республики с территориальными отделениями;

стандартизировать, автоматизировать и централизовать технологические процессы в модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования, повысить качество и оперативность обслуживания граждан;

для совершенствования подсистемы контроля медицинского страхования необходимо:

ввести стандарты обнародования показателей, характеризующих текущее состояние функционирования медицинского страхования, а также прогнозов ее развития;

повысить уровень осведомленности граждан о реформе в системе

медицинского страхования путем проведения эффективной информационно-разъяснительной работы среди населения, работодателей, профсоюзов и юридических лиц, в том числе о преимуществах и рисках функционирования обязательного медицинского страхования;

создать экономические предпосылки и информационно-техническую базу для государственного регулирования и контроля в системе медицинского страхования, создание условий для обеспечения здоровья в соответствии с задачей ВОЗ, дифференциации функций управления в районах, областях и регионах, формирования страховых касс, обеспечение эффективного использования средств и развития профессиональной конкуренции.

Кроме того, на основе системного подхода постепенно создать систему общественного здравоохранения, а именно разработать и внедрить механизмы объединения средств для отдельных слоев населения, которые будут выплачиваться в пределах обязательного и добровольного медицинского страхования, разработать и внедрить личные медицинские депозитные счета на медицинскую помощь с механизмами долевого участия государства для отдельных слоев населения, покрытие государством медицинских расходов той части населения, которая не в состоянии делать отчисления, что позволит сохранить универсальность охвата медицинскими услугами [154]:

по добровольному медицинскому страхованию – принятие соответствующего законодательства, объединением усилий всех заинтересованных структур (органов здравоохранения, страховых медицинских организаций, органов защиты потребителей), стимулированием развития частного медицинского страхования для обеспечения притока дополнительных средств в отрасль здравоохранения, недопущением замещения бесплатной медицинской помощи населению платной, содействием замены неформальных платежей в данной отрасли формальными (легальными), постепенным переносом платных медицинских услуг с бюджетных учреждений в частные медицинские учреждения;

по обязательному страхованию – создание четкой законодательной

основы обязательного страхования, приведение ее к международным нормам, принятие соответствующих законодательных актов исключительно на основании финансово-экономического обоснования возможности решения проблем страховой защиты в обязательной форме, определение реальных источников осуществления страховой защиты, разработка и внедрение системы персонифицированного учета оказания медицинской помощи, использование базы данных для планирования системы организации и оплаты медицинских услуг, а также единого реестра застрахованных лиц как важной предпосылки становления системы ОМС и исключения двойного страхования и финансирования, разработка прогрессивной системы ставок взносов в Фонд ОМС и определение связи размера взносов с величиной доходов их плательщиков, а также установления их нижней границы для уязвимых слоев населения (пенсионеры, инвалиды и т.д.), при которых взносы платит государство, оптимизация перечня объектов, подлежащих медицинскому страхованию за счет бюджета, распределение ставок взносов в обязательный фонд медицинского страхования между работодателем и работником, разработка и внедрение системы распределения рисков между государством, работодателями, страховыми организациями и получателями медицинской помощи, разработка и внедрение механизма «страхование с целью обеспечения лекарствами».

### **3.2 Методический подход к установлению оптимального размера страхового взноса в системе медицинского страхования**

Военные действия на Донбассе в 2014-2016 гг. негативно повлияли на все секторы экономики Донецкой Народной Республики. При этом финансовый сектор (банковский, страховой и фондовый рынки) пострадал сильнее всего. Особенность страхового рынка заключается в том, что в период становления экономики его развитие и подъём начинается одним из

последних. В то же время страхование выполняет в экономике государства ряд важных функций (компенсационную, накопительную, предупредительную, инвестиционную, контрольную) и определяет возможности для благополучного развития юридических и физических лиц на данной территории.

Одним из важных инструментов финансирования экономики государства является Фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС), основу которого составляют обязательные отчисления работодателей из Фонда оплаты труда. За счет данного Фонда населению предоставляется возможность пользоваться гарантированным со стороны государства пакетом медицинских услуг.

Система обязательного медицинского страхования (ОМС), обеспечивая как финансирование, так и управление качеством медицинских услуг, распространена во многих странах мира и СНГ и является уникальной возможностью осуществления независимой экспертизы качества медицинской помощи и источником дополнительных внебюджетных средств для отрасли здравоохранения. С его помощью государство обеспечивает социальную защиту интересов населения страны, касающихся охраны здоровья. При необходимости человеку предоставляется возможность воспользоваться гарантированной помощью из средств, накопленных страховщиком.

В большинстве экономически развитых стран Северной и Западной Европы система страховой медицины предусматривает три основных источника оплаты расходов на медицинскую помощь:

отчисления с заработной платы застрахованных: во Франции – 6% от заработной платы, в Германии – 11,8%, в Бельгии – 8,4%, в Австрии – 10,1%, во Франции и Нидерландах – 19%;

отчисления из государственного бюджета: в Нидерландах – 10%, в Германии – около 20%, в Скандинавских странах – от 20 до 50%;

отчисления с доходов предпринимателей – 50% в Германии, около 5% всех средств на медицинскую помощь в остальных странах.

Удельный вес застрахованного населения в этих странах составляет 60-80% [43].

Преобладают страны, в которых согласно системе ОМС выплаты производят и работодатели, и работники почти в равных долях. В Российской Федерации это обязательство закреплено исключительно за работодателем (5,1% от фонда оплаты труда).

Источники финансирования ОМС в различных странах представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1 – Источники финансирования ОМС в различных странах

Страна	Источники финансирования, %			Размер страхового взноса (% от дохода)
	государство	работодатели	работники	
Италия	7,3	83,3	9,4	13,1
Бельгия	31,4	79,5	19,1	7,3
Германия	19,0	42,7	38,3	16,0
Нидерланды	6,3	42,5	51,2	9,3
Дания	80,0	11,0	9,0	22,0
Швейцария	21,2	0,02	78,7	17,7
Франция	81,0	12,5	6,5	16,0
Япония	88,0	5,5	6,5	7,2
Российская Федерация	37,5	62,5	-	5,1
Болгария	30,0	35,0	35,0	6,0
Грузия	48,2	52,8	-	3,0
Казахстан	68,7	32,3	-	2,0-5,0
Кыргызстан	65,0	35,0	-	2,0
Литва	н/д	10%	4%	н/д
Словакия	н/д	3%	6%	н/д
Молдова	40,4	47,2	12,4	3,5
Чехия	н/д	2/3 от ФОП	1/3 от ФОП	В зависимости от з/п до 16 %
Польша	50,0	25,0	25,0	7 %

*Составлено автором*

Анализируя опыт зарубежных стран, следует отметить, что размер страхового взноса колеблется от 7% до 18% от Фонда оплаты труда, а доля расходов ОМС в общих расходах на здравоохранение составляет во Франции, Нидерландах и Люксембурге – 74%, в Германии и Бельгии – 62%, Австрии – 48%. С учетом того, что часть общих расходов составляют личные затраты населения (15-25%), эти показатели соответствуют 70-85% доли ОМС в общих государственных расходах [7]. В постсоветских странах размер страхового взноса значительно ниже – 2-7%, исключением являются Эстония, Хорватия, Чехия, Словения (13-18% от фонда оплаты труда).

Для оценки уровня развития медицинского страхования, кроме абсолютных показателей – размеров страховых взносов, используются несколько относительных характеристик, основными из которых являются индикаторы, которые применяются в международной и отечественной практике: показатель проникновения и показатель плотности страхования (таблица 3.2).

Таблица 3.2 – Основные индикаторы развития рынка медицинского страхования в различных странах

Страна	Показатель проникновения медицинского страхования (доля страховой премии в ВВП), %	Показатель плотности медицинского страхования (страховая премия на душу населения), долл. США
США	2,8	1 605,0
Германия	2,1	1 482,2
Франция	1,4	935,0
РФ	0,27	3,6
Казахстан	0,15	2,6
Молдова	0,09	1,8
Грузия	0,05	1,6
Украина	0,14	2,3
Беларусь	0,07	2,0

*Составлено автором на основе [44;94;101;182;190]*

Данные таблицы 3.2 свидетельствуют, что развитие медицинского страхования в различных странах очень различается. В развитых странах

плотность медицинского страхования составляет от 900 долл. США до 2 000 долл. США, а уровень проникновения медицинского страхования колеблется от 1% до 3%. Показатели развития медицинского страхования в странах СНГ близки.

Учитывая сложность становления Донецкой Народной Республики и исходя из практики внедрения обязательного медицинского страхования в постсоветских странах для дальнейшего расчета целесообразно исключить те страны, размер страхового взноса которых по обязательному медицинскому страхованию превышает 6% и формировать прогнозные расчеты на основе установления страхового тарифа по ОМС в размере от 1% до 5% от Фонда оплаты труда.

В условиях неопределенности становления и перспектив внешнеэкономического взаимодействия Донецкой Народной Республики при определении оптимального размера страхового взноса граничное значение размера отчислений из Фонда оплаты труда на ОМС предлагается планировать на уровне 3%. Исходя из статистических данных экономического и социального развития Донецкой Народной Республики Фонд оплаты труда в Республике в 2015 г. составил 16 694 790 тыс. руб. Таким образом, расчетные страховые взносы за счет работодателей по обязательному медицинскому страхованию составят 500 843,7 тыс. руб.

При запланированном размере страхового взноса (3%) граничный уровень плотности медицинского страхования в Донецкой Народной Республике составит – 216 р. (3,4 долл. США). Данный показатель соответствует показателю плотности медицинского страхования в Российской Федерации, поэтому целесообразно спрогнозировать граничный показатель проникновения медицинского страхования на уровне 0,27% (показатель в Российской Федерации).

По мере развития медицинского страхования многие факторы социально-экономического, экологического характера будут влиять на эту тенденцию, будут изменения и отклонения от запланированных цифр.

Поэтому необходимо через определенный период (в 2-3 года) пересчитывать по единой методике прогнозы вперед на несколько лет предпрогнозного и прогнозируемого периода, на основе которой будет обеспечиваться корректировка прогнозов. Уточнение прогнозных данных позволит более точно доработать альтернативные сценарии развития медицинского страхования на долгосрочную перспективу.

Учитывая высокую неопределенность становления и нестабильную ситуацию в Донецкой Народной Республике целесообразно при прогнозировании развития медицинского страхования использовать развернутый вариант методики альтернативных сценариев и рассмотреть пять альтернативных сценариев при установлении страхового взноса по ОМС в размере от 1% до 5% от Фонда оплаты труда.

Прогнозное соотношение альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики представлено в таблице 3.3.

Таблица 3.3 – Соотношение альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики (прогноз)

Альтернативные прогнозные сценарии развития	Численность постоянного населения (среднегодовая), человек	Страховые премии по ОМС, тыс. руб.	Показатель проникновения (емкость рынка), %	Показатель плотности медицинского страхования, руб.
Оптимистиче кий вариант	3 000 000	854 400,0	0,5	284,8
Умеренно-оптимистический	2 659 360	665 903,7	0,38	250,4
Нейтральный (прагматический)	2 318 700	500 843,7	0,27	216,0
Умеренно-пессимистический	2 209 360	301 577,6	0,19	136,5
Пессимистический вариант	2 100 000	119 490,0	0,1	56,9

*Составлено автором*



Оптимистический вариант развития предполагает увеличение численности населения Донецкой Народной Республики и рост занятости в экономике, что приведет к значительному увеличению объемов страховых премий по обязательному страхованию и соответственно к росту основных индикаторов развития рынка медицинского страхования.

По нейтральному (прагматическому) сценарию предполагается приблизительный баланс позитивных и негативных тенденций в экономической среде, что обеспечивает относительно устойчивые экономические условия для развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике.

Пессимистический вариант прогнозного сценария развития предусматривает ухудшение экономической ситуации, возобновление боевых действий и сокращению численности населения, что приведет к сокращению объема страховых поступлений по обязательному медицинскому страхованию.

Для анализа возможных значений показателей основных индикаторов (плотность страхования и проникновение страхования), а также определения наиболее вероятного оптимального страхового взноса по ОМС в Донецкой Народной Республике использовано имитационное моделирование методом Монте-Карло. Такая прогнозная модель определяет математические отношения между числовыми переменными, которые относятся к прогнозу выбранного финансового показателя. В качестве базовой модели использованы модели расчета основных индикаторов развития медицинского страхования для определения оптимального размера страхового взноса по обязательному медицинскому страхованию:

проникновение страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к объему валового внутреннего продукта);

плотность страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к численности населения).

Для проведения имитаций использовался инструментарий приложения MS Excel. В процессе предварительного анализа были выявлены необходимые переменные для расчета макроэкономических индикаторов развития медицинского страхования и определены возможные границы их изменений.

Эксперимент проводился с использованием встроенных математических функций «СЛУЧМЕЖДУ», исходя из предположения о независимости и равномерном распределении ключевых переменных. Равномерное распределение исходных показателей используется в том случае, если об интервалах времени известно только то, что они имеют максимальный разброс, и ничего не известно о распределениях вероятностей этих интервалов. Исходя из того, что обстановка в Донецкой Народной Республике не стабилизировалась и вероятность пессимистического и оптимистического прогнозов развития экономики государства неизвестна, было использовано именно это распределение.

Было проведено 1000 имитаций, и с учетом полученных значений рассчитаны индикаторы развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике. На основе полученных в результате имитации значений основных индикаторов рассчитаны критерии, количественно характеризующие вероятность получения определенных значений индикаторов.

Модель анализа была проверена на наличие в ней коррелированных переменных, в результате проверки оказалось, что переменные не коррелированы.

В результате статистической обработки сгенерированных сценариев установлена доля сценариев, которые соответствуют положительной динамике развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике. Для плотности страхования из 1000 имитаций 520 результатов дали значения, превышающие пограничный уровень в 216 руб. на человека. Для проникновения страхования получено 610 значений, превышающих пограничный уровень в 0,27% (таблица 3.4).

Таблица 3.4 – Результаты анализа имитационного моделирования основных индикаторов медицинского страхования с предположением о равномерном распределении исходных показателей

Результаты анализа	Численность постоянного населения (среднегодовая), чел	Страховые премии по ОМС, тыс. руб.	Показатель проникновения (емкость рынка), %	Показатель плотности медицинского страхования, руб.
Среднее значение	2 547 219,426	489 526,545	0,2	139,1
Стандартное отклонение	253 408,0964	206 376,2027	0,147122757	83,09072523
Коэффициент вариации	0,099484204	0,421583272	0,590522423	0,597160657
Минимум	2 100 742	119 583	0,0	0,0
Максимум	2 997 844	853 098	0,5	284,0
Число случаев, превышающих значения граничных показателей (проникновение страхования – 0,27%, плотность страхования – 216 р.), при проведении 1000 испытаний			610	520

*Рассчитано автором*

Положительную динамику развития медицинского страхования Донецкой Народной Республики будут характеризовать рост прогнозных показателей проникновения страхования и плотности медицинского страхования.

Таким образом, согласно имитационному моделированию основных индикаторов медицинского страхования с предположением о равномерном распределении исходных показателей, оценка вероятности оптимистического сценария выше, чем пессимистического. Вероятность положительной динамики развития страхового рынка в Донецкой Народной Республике для проникновения страхования – 61,065%, а для плотности страхования – 52,127%.

Вероятность оптимистического сценария относительно показателя плотности медицинского страхования (отношение объема страховых взносов по медицинскому страхованию к численности населения) составляет 23,62%, что говорит о возможности введения страхового взноса по ОМС в размере 5%.

Вместе с тем, следует учесть, что при оптимистическом прогнозе численность населения Донецкой Народной Республике увеличивается до 3 млн. человек, что при введении обязательного медицинского страхования автоматически увеличивает объём страховых взносов по ОМС, а развитие медицинского страхования в ближайшее время возможно только при особо благоприятном устойчивом состоянии экономики.

Обобщая сопоставление альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования можно констатировать, что наиболее вероятным является нейтральный (прагматический) сценарий, обеспечивающий в целом достаточно устойчивое развитие медицинского страхования и предполагающий введение страхового взноса в размере 3% от Фонда оплаты труда.

Предлагаемый прогноз носит укрупненный характер и отражает логическую последовательность перехода бюджетной модели финансирования отрасли здравоохранения к более эффективной бюджетно-страховой, обеспечивающей социальную защиту интересов населения и дополнительное финансирование отрасли здравоохранения.

При нейтральном сценарии развития медицинского страхования и введении страхового взноса в системе ОМС в размере 3% доля расходов государства на финансирование отрасли здравоохранения снижается на 500 843,7 тыс. руб. за счет отчислений работодателей.

Таким образом, появляются дополнительные финансовые ресурсы, которые можно направить на повышение социальной защиты интересов населения, касающихся их охраны здоровья.

При дальнейшем устойчивом развитии экономики Донецкой Народной Республики целесообразно постепенное увеличение размера страхового взноса до 5% от Фонда оплаты труда.

Размеры страховых взносов на обязательное медицинское страхование должны ежегодно устанавливаться Народным Советом Донецкой Народной Республики в соответствии с количеством работодателей и застрахованных

лиц по данному виду страхования на календарный год одновременно с утверждением Республиканского бюджета ДНР путем утверждения Программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, конкретизирующей объемы и виды предоставляемой медицинской помощи.

Основными статьями затрат при расчете стоимости медицинской услуги должны стать:

затраты на оплату труда персонала, непосредственно участвующего в оказании медицинской помощи;

затраты материальных запасов;

сумма начисленной амортизации оборудования, используемого при оказании медицинской услуги;

затраты, относимые на медицинскую услугу.

Планирование объема медицинских услуг в условиях ОМС рекомендутся осуществлять на уровне местных исполнительных органов совместно с Фондом на основе потребности населения в тех или иных видах медицинской помощи. При этом должны использоваться демографические прогнозы и макроэкономические модели, учитываться стратегические документы Донецкой Народной Республики и финансовые возможности Фонда обязательного медицинского страхования.

Таким образом, страховой взнос по ОМС должен иметь форму налога для целевого направления использования, а именно, финансирования общегосударственных программ предоставления медицинской помощи населению.

Следует отметить, что размер страхового тарифа в системе обязательного медицинского страхования должен формироваться с учетом следующих факторов:

уровня развития экономики, определяющего объем финансовых ресурсов медицинского страхования, получаемых из государственных и частных источников финансирования отрасли здравоохранения;

пола и возраста населения в городах и районах – как персонализация медицинских услуг;

районной дифференциации расходов на медицинские услуги;

вероятностных (вероятностно-временных) характеристик страховых услуг.

Тогда, расчет страхового тарифа по ОМС ( $CT_{омс}$ ) предлагается производить по формуле:

$$CT_{омс} = C_{му} K_i \cdot K_j \cdot P_{ij}, \quad (3.1)$$

где  $CT_{омс}$  – страховой тариф по обязательному медицинскому страхованию;

$C_{му}$  – стоимость медицинских услуг, которые могут быть обеспечены в Донецкой Народной Республике в данном году в расчете на одного человека с усредненными параметрами половозрастных коэффициентов, районных коэффициентов и вероятности риска;

$K_i$  – половозрастной коэффициент по  $i$ -ой группе;

$K_j$  – коэффициент по  $j$ -му району;

$P_{ij}$  – вероятность риска в  $i$ -ой половозрастной группе (ПВГ) по  $j$ -му району.

Такой подход был предложен Степкиной Ю.А. и его достоинство заключается в том, что информация о распределении средств становится открытой, а дифференциация нормативов даст возможность отразить структуру населения.

Объёмы медицинской помощи рекомендуется корректировать с учетом особенностей половозрастного состава, уровня и структуры заболеваемости населения Донецкой Народной Республики, а также транспортной доступности медицинских организаций.

Дополнительно в уточненных процедурах должно учитываться распределение финансовых средств между страховыми медицинскими организациями (СМО), работающих в рамках обязательного медицинского страхования. Процесс распределения и использования средств ОМС является потенциально бесконечным и имеет циклический характер. При начальном планировании, которое заключается в распределении финансового ресурса

Фонда по районам и ПВГ, определенного размера страховой премии для каждого района или группы. Следует предполагать, что такое планирование осуществляется однократно – при переходе на новые правила медицинского страхования, и в начале календарного года – когда известны:

величина финансовых ресурсов, аккумулированных в фонде;

финансовые затраты по страховым случаям за год, предшествующий планированию, по каждому региону ( $1 \leq i \leq N_{\text{region}}$ ,  $N_{\text{region}}$  – количество районов) и по каждой половозрастной группе (ПВГ) ( $1 \leq j \leq N_{\text{group}}$ ,  $N_{\text{group}}$  – количество ПВГ) в рамках района;

количество зафиксированных страховых случаев в течение года, предшествующего планированию, по каждому региону ( $1 \leq i \leq N_{\text{region}}$ ) и по каждой ПВГ ( $1 \leq j \leq N_{\text{group}}$ ) в рамках района.

Содержание начального планирования заключается в вычислении общего количества страховых случаев и финансовых затрат за предшествующий год; районных годовых и квартальных квот планируемого года; квартальной квоты для ПВГ $j$  [249].

Что касается страховой премии по добровольному медицинскому страхованию, то ее размер зависит от уровня сервисного обслуживания, размера страховой суммы и объема рисков.

Программы ДМС различаются между собой в зависимости от перечня медицинских услуг и медицинских учреждений, которые предлагает страховая организация для выполнения программы добровольного медицинского страхования, контингента застрахованных, стоимости предоставляемых услуг и предусматривают меры, расширяющие возможности и улучшают условия предоставления профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

Набор услуг и цены на них формируются в результате согласия между страховой компанией и лечебно-профилактическим учреждением (рисунок 3.3).



Рисунок 3.3 – Порядок разработки страховых медицинских программ по добровольному медицинскому страхованию *(разработано автором)*

Цена сделки, то есть тарифная ставка рассчитывается страховщиком на основе статистических данных об обращении за медицинской помощью и продолжительностью лечения, зависит от стоимости медицинских услуг, а также дифференцируется в зависимости от пола, возраста и состояния здоровья застрахованного лица [27].

Распространенным перечнем страховых случаев по договорам страхования является ухудшение здоровья, связанное с острым заболеванием, обострением хронического заболевания, несчастным случаем, но в каждом отдельном договоре страхования может быть свой перечень случаев, который согласован со страховой компанией.

Расчет тарифных ставок происходит относительно основных видов медицинской помощи и предусматривает выплату страховой суммы или суточные выплаты [7].



Размер страхового тарифа можно представить в виде следующей зависимости:

$$CT_{\text{дмс}} = f(Y_{\text{пр}}; C_{\text{зд}}; B; P_o; T_l; P_{\text{му}}), \quad (3.2)$$

где  $CT$  – размер страхового тарифа;

$Y_{\text{пр}}$  – уровень программы (объем медицинской помощи);

$C_{\text{зд}}$  – состояние здоровья страхователя;

$B$  – возраст страхователя;

$P_o$  – вероятность обращения за медицинской помощью;

$T_l$  – продолжительность лечения;

$P_{\text{му}}$  – стоимость медицинских услуг.

Чем выше каждый из аргументов функции (за исключением состояния здоровья населения), тем выше размер страховой премии, которая в свою очередь зависит от страховой суммы и страхового тарифа.

Программы ДМС предусматривают меры, которые расширяют возможности и улучшают условия предоставления профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи населению.

Специфика медицинского страхования заключается в том, что при возникновении страхового случая страховщик обязан обеспечить застрахованному компенсацию не в денежном выражении, а путем организации и оплаты соответствующего вида, объема и качества медицинской помощи. В связи с этим на страховые компании ложится и обязанность контроля за медицинской помощью, оказываемой застрахованным в медицинских учреждениях.

При разработке направлений внедрения добровольного медицинского страхования большое значение имеет определение цены медицинской услуги. При этом необходимо учитывать социальную направленность этого вида страхования и стимулировать развитие добровольного медицинского страхования путем отнесения страховых премий на валовые расходы предприятия.

### 3.3 Механизмы эффективного развития медицинского страхования в системе финансирования экономики государства

Механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике представлены на рисунке 3.4.



Рисунок 3.4 – Механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования (разработано автором)

Процесс формирования механизмов эффективного развития медицинского страхования для финансового обеспечения отрасли здравоохранения нуждается в системных изменениях, включая разработки и утверждения соответствующих концепций, стратегий, программ, установления государственных гарантий, развития законодательства при поддержке государства, понимания общества и взаимодействия субъектов рынка медицинского страхования.

Ввиду того, что система медицинского страхования имеет три основных аспекта: финансово-экономический, организационный и правовой, внедрение предложенного механизма требует четкого определения нормативно-правовых, организационных и экономических основ.

В состав организационного механизма развития медицинского страхования входят: организация управления структурой медицинского страхования; информационная и статистическая база; контроль за экономической ситуацией в системе медицинского страхования; аудит состояния медицинского страхования субъектов хозяйствования.

Нормативно-правовой механизм развития медицинского страхования включает соответствующие законы, постановления, инструкции и нормативные акты, отражающие процесс становления и развития системы медицинского страхования.

Для разработки порядка организации медицинского обслуживания, повышения его качества, внедрения договорных отношений между заказчиками и поставщиками медицинских услуг, создания механизмов рационального использования финансовых, кадровых и материально-технических ресурсов медицинской отрасли целесообразно принять Законы «Об основах деятельности в отрасли здравоохранения», «О заведениях здравоохранения», «Об обязательном медицинском страховании» и др.

Структура экономического механизма медицинского страхования является комплексом специфических форм и методов, взаимодействие

которых обеспечивает функционирование системы медицинского страхования, включает:

финансовый механизм, который представляет собой совокупность финансовых регуляторов и инструментов перераспределения целевых финансовых ресурсов для материального обеспечения граждан при наступлении страховых случаев. Экономическое содержание функционирования финансового механизма медицинского страхования заключается во взвешенном регулировании движением указанных финансовых ресурсов;

механизм экономической ответственности социального медицинского страхования содержит совокупность экономических инструментов, с помощью которых осуществляется соответствующее законодательно обоснованное применение административной ответственности к участникам процесса в системе медицинского страхования при наступлении определенных экономических правонарушений;

механизм стимулирования страховой деятельности как комплекс специфических инструментов финансово-экономического поощрения страхователей и застрахованных лиц приводит к снижению диапазонов соответствующих социальных опасностей;

механизм инвестиционной деятельности в системе медицинского страхования, который реализуется через Фонды обязательного и добровольного медицинского страхования, в рамках которых страхователи и застрахованные лица могут формировать средства для непредвиденных случаев со своим здоровьем.

Экономический механизм развития медицинского страхования является общей составляющей как в организационно-экономическом, так и в экономико-правовом механизмах системы медицинского страхования (рисунок 3.5).

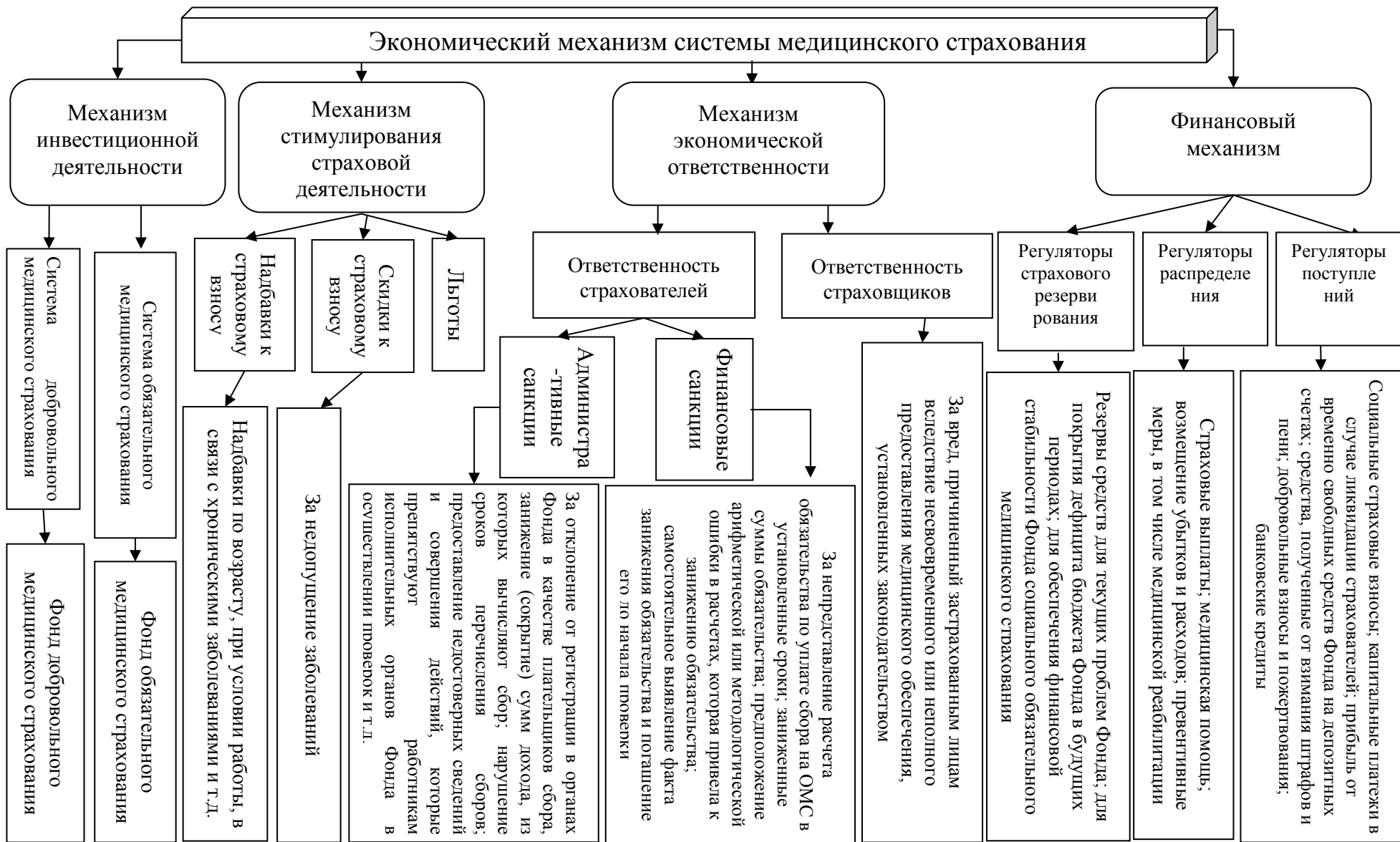


Рисунок 3.5 – Структура экономического механизма эффективного развития медицинского страхования

Каждый из этих механизмов представлен группами соответствующих инструментов, с помощью которых осуществляется экономическая деятельность в системе медицинского страхования.

Внедрение предложенного механизма обеспечения эффективного развития медицинского страхования предусматривает формирование дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения за счёт всестороннего развития системы ДМС и ОМС, внедрения договорных отношений и закупки медицинских услуг за общественные средства и обеспечение гарантированного уровня оказания бесплатной квалифицированной медицинской помощи в определенном законодательством объёме, что обеспечит финансовую стабильность отрасли здравоохранения.

Реализация механизма обеспечения эффективного развития медицинского страхования путем внедрения обязательного медицинского страхования является экономически обусловленным мероприятием по осуществлению медицинского обеспечения и основным механизмом реализации социальных гарантий в отрасли здравоохранения и возможностью улучшения финансирования отрасли.

Целью внедрения обязательного медицинского страхования является обеспечение конституционных прав граждан Донецкой Народной Республики на получение качественной медицинской помощи, обеспечение доступности медицинской помощи для социально незащищенных слоев населения путем законодательного определения гарантированного уровня бесплатного медицинского страхования, «достижения положительного состояния здоровья», что будет способствовать снижению показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, увеличению средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении, обеспечению доступа к эффективным и качественным медицинским услугам.

Внедрение обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять по этапам с помощью социально справедливого механизма (рисунок 3.6).



Рисунок 3.6 – Этапы внедрения системы медицинского страхования в Донецкой Народной Республике (разработано автором)

Внедрение обязательного медицинского страхования требует четкого определения правовых основ разграничения между страховыми и бюджетными источниками финансирования отрасли здравоохранения и количественного определения обязательства государства по обеспечению прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

Создание условий для эффективного функционирования обязательного и добровольного медицинского страхования должно быть изложено в общем законе «Об организации и системе финансирования медицинской помощи в Донецкой Народной Республике», в котором будет определена:

система бюджетных обязательств в отрасли здравоохранения (первый уровень – базовый) – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи, финансируемый из государственного бюджета для всего населения Донецкой Народной Республики. Этот уровень будет включать: скорую помощь, медицинскую помощь при социально-значимых заболеваниях (туберкулез, ВИЧ-инфекции, вирусный гепатит В, С, злокачественные образования, сахарный диабет, психические расстройства, ДЦП, ревматизм и др.) и в экстренных случаях, профилактические прививки и амбулаторно-поликлиническую помощь с амбулаторно-лекарственным обеспечением;

система ОМС (второй уровень – основной) – программы обязательного медицинского страхования для застрахованного населения Республики, включающий в себя: амбулаторно-поликлиническую помощь (лечение в поликлиниках, приём врачей, лабораторные услуги, диагностика и манипуляции), стационарную помощь (лечение в больницах в плановом порядке), стационарнорзамещающую помощь (лечение в дневных стационарах), высокотехнологические медицинские услуги с применением сложных и уникальных медицинских технологий, лекарственное обеспечение при оказании амбулаторно-поликлинической помощи, сестринский уход, паллиативную помощь (поддержание качества жизни пациентов с неизлечимыми, угрожающими жизни и тяжело протекающими заболеваниями на максимально возможном комфортном для человека уровне), восстановительное лечение и медицинская реабилитация;

система ДМС (третий уровень – сервисный) – добровольное медицинское страхование услуг, не предусмотренных в гарантированном объёме бесплатной медицинской помощи и программе обязательного медицинского страхования;

больничные кассы (четвертый уровень – общественно-солидарный).



В данном законе целесообразно определить категорию «незащищённые слои общества» как неработающее население (пенсионеры, инвалиды, дети и т.д.) для налаживания механизмов функционирования и взаимодействия всех субъектов медицинского страхования и в перспективе рассмотреть альтернативные варианты долгосрочного накопительного страхования, а также актуарно обоснованное применение принципа солидарности поколений, внедрить эффективную систему взаимосвязи между количеством и качеством оказанной медицинской помощи и оплатой труда медицинского персонала и финансированием медицинских учреждений.

Необходимо введение в номенклатуру врачебных специальностей, такие как «менеджер и организатор здравоохранения» и «врач-эксперт страховой компании».

Механизм осуществления ОМС должен найти свое отражение в Законе Донецкой Народной Республики «Об обязательном медицинском страховании», в котором должны быть четко изложены основные его положения, исходя из реальной ситуации в Республике, учитывая существующий опыт и отделяя страховую медицинскую помощь от страховых выплат в других сферах всеобязательного социального страхования.

Перераспределение видов помощи в рамках обязательного медицинского страхования целесообразно осуществлять поэтапно из гарантированной бесплатной медицинской помощи в ОМС с учетом повышения ставки взносов в Донецкой Народной Республике.

Основной целью разработки Закона «Об обязательном медицинском страховании» является создание страхового фонда и обеспечение гарантированного поступления средств.

Целью создания Фонда обязательного медицинского страхования является снижение уровня заболеваемости, который зависит от качества медицинского обслуживания застрахованных лиц.

Фонд должен быть государственной и самоуправляющейся организацией, осуществляющей свою деятельность под надзором, но без прямого

вмешательства центральных органов исполнительной власти и принадлежать к государственным внебюджетным целевым фондам, а также вести жесткий контроль за финансовыми потоками.

Фонд должен иметь:

разветвленную сеть отделений для максимального упрощения работы страхователей, застрахованных лиц, органов, предоставляющих медицинские услуги (учреждений здравоохранения);

подготовленных специалистов по вопросам сбора, аккумуляции и распределения страховых средств, налаженную информационную систему и систему персонифицированного учета застрахованных лиц;

подготовленных страховых экспертов-врачей, осуществляющих проверку качества и адекватности медицинской помощи;

достаточную материально-техническую базу для исполнения обязанностей страхователя.

Внедрение обязательного медицинского страхования в Донецкой Народной Республике целесообразно выполнять путем консолидации Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (ФССВНМ) [111] и Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, которые повлекли потерю трудоспособности [112] в Фонд медицинского страхования. Это обусловлено рациональностью в сочетании функций классического медицинского страхования по медицинской и материальной помощи при заболевании, которая соответствует Конвенции Международной организации труда о медицинской помощи и пособиях по болезни № 130 от 4 июня 1969 г., предусматривающей управление этими видами помощи одним учреждением [55] и сокращением управленческих расходов [66; 76].

Кроме того, следует отметить, что потребность в медицинском обслуживании и предоставлении помощи по причине временной нетрудоспособности, беременности и родам для работающих лиц в большинстве

случаев возникает при наступлении заболевания, т.е. одного и того же страхового случая.

Рациональная и эффективная организация системы медицинского страхования, при наличии расширения существующей в Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством материальной базы и специалистов медицинского профиля, позволит повысить качество оказания медицинской помощи и будет способствовать уменьшению потерь рабочего времени вследствие снижения уровня заболеваемости, что, в свою очередь, будет способствовать оптимизации административных расходов, повысит эффективность функционирования существующей инфраструктуры отрасли здравоохранения и ускорит введение системы медицинского страхования в действие.

Всё это приведет к снижению расходов Фонда на выплату пособий по временной нетрудоспособности, за счет чего можно будет увеличить объёмы медицинских услуг, предоставляемых застрахованным лицам за счёт страховых средств.

Государственный надзор за деятельностью Фонда обязательного медицинского страхования целесообразно возложить на Наблюдательный совет, а государственный контроль за его деятельностью должны осуществлять специально созданные центральные органы исполнительной власти.

Взаимодействие Территориального Фонда медицинского страхования со страховыми медицинскими организациями и страховых медицинских организаций с медицинскими учреждениями необходимо осуществлять в соответствии с договорами в системе обязательного медицинского страхования. Территориальный Фонд должен будет утверждать для страховых медицинских учреждений дифференцированный подушевой норматив финансового обеспечения ОМС нормативно утвержденными формулами [71].

Фонд будет финансировать страховые медицинские организации в зависимости от количества застрахованных и рисков заболевания. Финансирование следует осуществлять по подушевым нормативам, значение

которых должно рассчитываться по единой формуле и отражать различия в возрасте и структуре заболеваемости.

Источники формирования и использования финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования представлены на рисунке 3.7.



Рисунок 3.7 – Источники формирования и использования средств обязательного медицинского страхования (разработано автором)

В формировании Фонда обязательного медицинского страхования должны участвовать все субъекты, которые находятся на территории Донецкой Народной Республики, а страхование неработающей части населения осуществляться:

за нетрудоспособное население – местными органами власти за счет средств местных бюджетов;

за лиц, старше трудоспособного возраста – Пенсионным Фондом Донецкой Народной Республики;

за неработающее население – Республиканским центром занятости Донецкой Народной Республики.

Физические лица-предприниматели и граждане, занятые на сезонных работах, работах непостоянного характера, в тот период, когда доходы отсутствуют, могут самостоятельно вносить отчисления в ФОМС через Центральный Республиканский Банк в размере 3% от минимальной заработной платы.

Средства Фонда обязательного медицинского страхования не включаются в Республиканский бюджет.

Финансовым источником регуляторов поступлений и регуляторов распределения выступают соответствующие статьи доходов и расходов в бюджетах Фонда обязательного медицинского страхования. В то же время регуляторы страхового резервирования формируются за счет суммы страховых взносов страхователей в соответствующие фонды. Одновременно с целью обеспечения финансовой стабильности фондов образуется резерв средств Фонда.

Закон Донецкой Народной Республики «Об обязательном медицинском страховании» должен содержать правовые, организационные и финансовые основы, принципы и механизмы функционирования обязательного медицинского страхования граждан в Донецкой Народной Республике, ограничено определить функционирование системы добровольного медицинского страхования; отличаться лаконичностью, четкостью формулировок, ясностью и простотой воспроизведения и применения; включать перечень субъектов страховых отношений, условия сотрудничества со страховщиками; конкретизировать функции и гарантии государства, акцентируя внимание на гарантированный уровень медицинской помощи, государственные меры по профилактике заболеваний и улучшения уровня здоровья населения; предусмотреть выгоды от внедрения медицинского страхования для всех участников медицинского страхования.

Советом Министров Донецкой Народной Республики утверждается типовой договор об условиях, требованиях и финансировании оказания медицинской помощи, учета, отчетности, проведение страхового аудита, согласно которому представители страховых медицинских услуг организуют свою деятельность. Наблюдательный Совет оставляет за собой функцию общего

контроля за страховой деятельностью, доступностью и качеством медицинской помощи.

После принятия законопроекта, законодательством ДНР и подзаконными актами должен устанавливаться гарантированный государством уровень медицинской помощи, а также доля средств медицинского страхования в консолидированном социальном налоге (единый социальный взнос).

Что касается добровольного медицинского страхования, то получив страховую защиту по договору добровольного медицинского страхования со страховой компанией, каждый застрахованный должен ознакомиться с перечнем случаев, по которым будет осуществляться возмещение понесенных медицинских расходов, своими обязанностями и исключениями из страховых случаев. Особое внимание необходимо обратить на программу медицинского страхования, лимиты ответственности страховой компании, наличие франшизы, перечень лечебных медицинских учреждений, уровень возмещения стоимости полученных в них услуг на перечень действий, которые необходимо обязательно выполнить для получения медицинской помощи. Каждому застрахованному лицу страховая компания предоставляет страховой полис, в котором указывается фамилия, имя, отчество застрахованного, номер договора страхования (страхового полиса), телефоны круглосуточной медицинской службы страховой компании, срок действия договора страхования, лимиты ответственности и дополнительно может указываться название программы страхования и его сокращенное содержание.

Страховые организации, работающие на рынке добровольного медицинского страхования, могут предлагать сверх установленного государством базового бесплатного предоставления медицинских услуг следующие страховые услуги:

более качественные медицинские услуги, которые предусматривают выбор врача, медицинского учреждения, дополнительное консультирование различных специалистов и т.д.;

компенсацию расходов на приобретение лекарственных препаратов;

услуги сервисного характера (палаты повышенного комфорта, дополнительное питание) [158].

Отличием медицинского страхования является механизм страховых выплат: страховая компания осуществляет их путем расчетов с медицинскими учреждениями, которые оказали помощь застрахованному лицу и выбирает больницу или поликлинику и врача, контролируя качество лечения [90].

В целом механизм осуществления добровольного медицинского страхования представлен на рисунке 3.8.



Рисунок 3.8 – Механизм осуществления добровольного медицинского страхования (разработано автором)

Предлагаемый организационный механизм финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики на основе медицинского страхования представлен на рисунке 3.9.

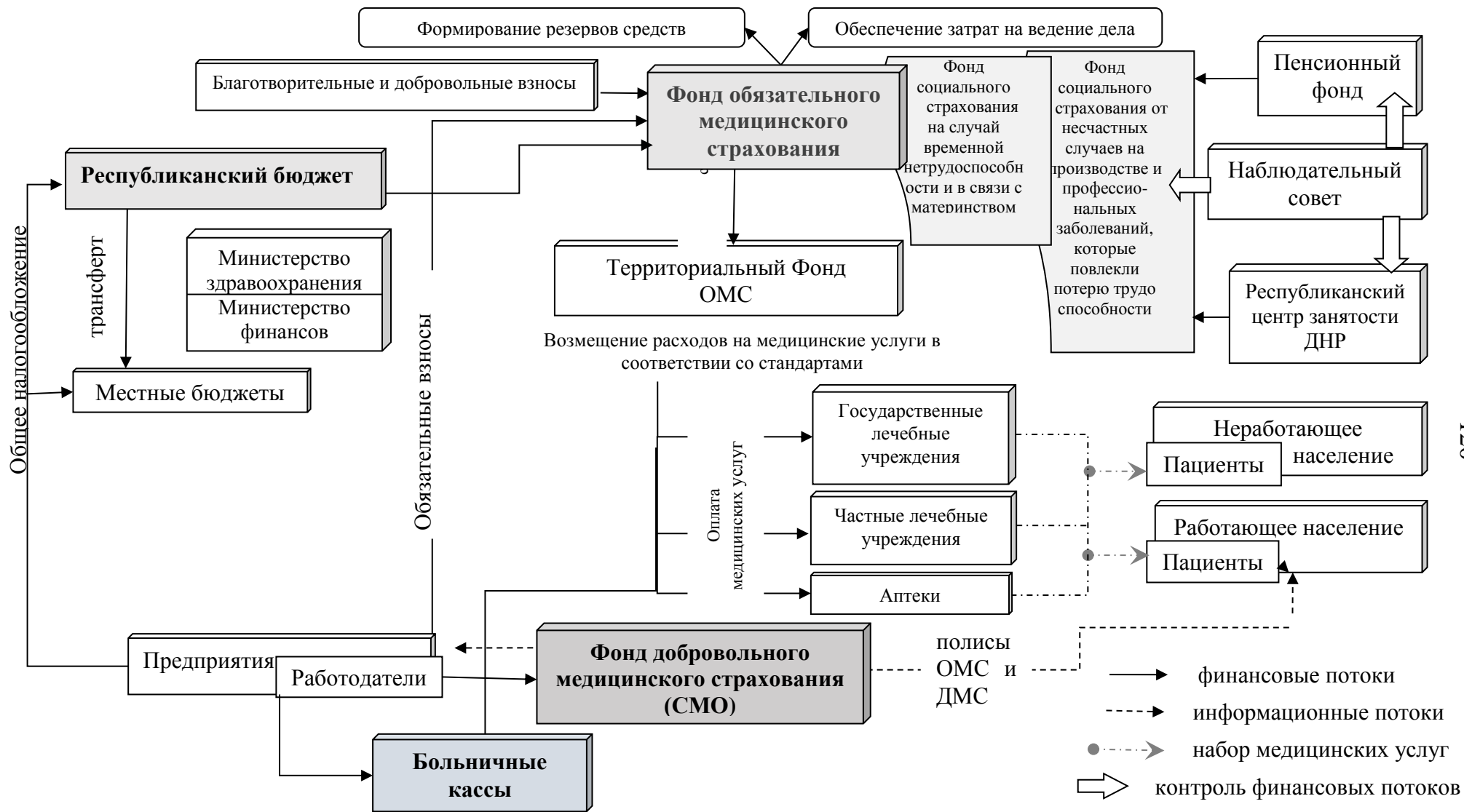


Рисунок 3.9 – Механизм финансирования отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики на основе медицинского страхования (разработано автором)



Обязательное медицинское страхование в Донецкой Народной Республике должно приобрести признаки социального страхования и основываться на принципе «богатый платит за бедного, здоровый – за больного» [3].

Внедрение системы обязательного медицинского страхования целесообразно начать в тех городах и районах Республики, которые имеют соответствующие финансовые возможности и сеть медицинских учреждений, учитывая при этом приоритеты социально-экономического развития молодого государства и финансовые возможности потенциальных страхователей.

Реформа финансирования отрасли здравоохранения с переходом на страховые принципы позволит упорядочить систему, сделать ее прозрачной, подчинить экономическим стимулам.

Основные ожидания от внедрения системы медицинского страхования представлены на рисунке 3.10.

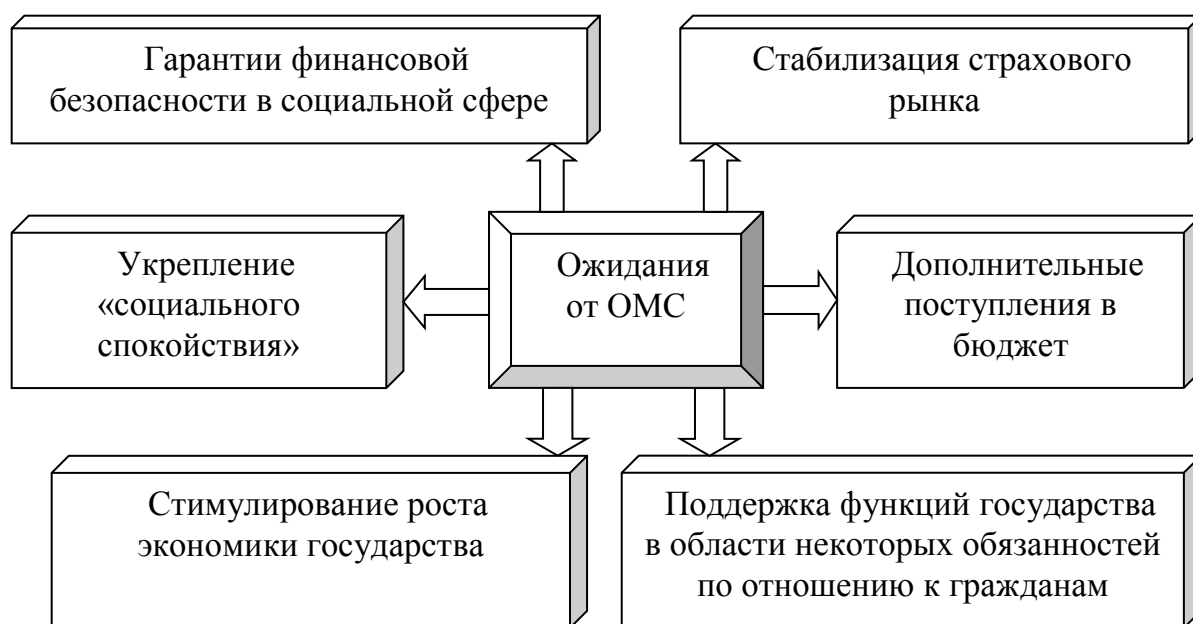


Рисунок 3.10 – Ожидания от внедрения системы медицинского страхования  
(разработано автором)

Следует отметить, что любые преобразования, осуществляемые в обществе, имеют как положительные, так и отрицательные стороны (таблица 3.5).

Таблица 3.5 – Основные преимущества и недостатки обязательного медицинского страхования

Преимущества ОМС	Недостатки ОМС
<p>целевой характер;  независимость и обособленность финансовых ресурсов от бюджетных средств;  объем отчислений не имеет прямого влияния на объем предоставляемых медицинских услуг;  децентрализация управления лечебно-профилактической деятельности путем передачи местной власти основных прав с использованием фондов ОМС;  усиление социальной и экономической ответственности персонала медицинских учреждений за результаты своей работы;  расширение финансовых возможностей за счет активного привлечения внебюджетных финансовых средств;  повышение эффективности использования рабочего времени;  своевременное и профессиональное медицинское обслуживание;  наличие возможностей государства в решении проблем организации социально справедливой системы здравоохранения;  принцип солидарной оплаты медицинской помощи в масштабе государства;  предоставление пациентам права выбора врача и медицинского учреждения в системе ОМС</p>	<p>недостаточная экономическая база;  повышение стоимости рабочей силы;  зависимость от темпов экономического развития;  необходимость создания соответствующих регуляторных органов;  снижение конкурентоспособности экономики государства;  увеличение финансового давления на фонд заработной платы;  уклонения плательщиков от отчислений;  распространение теневых схем выплаты заработной платы;  нарушение норм Конституции Донецкой Народной Республики относительно бесплатности медицинской помощи</p>

*Составлено автором*

Таблица 3.5 показывает, что самым главным преимуществом внедрения обязательного медицинского страхования является доступность медицинской помощи всему населению государства за счет вовлечения дополнительных источников финансирования экономики.

Кроме того, от внедрения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования целесообразно определить следующие социально-экономические выгоды (таблица 3.6).

Таблица 3.6 – Социально-экономические выгоды от внедрения многоуровневой модели финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования

Участники медицинского страхования	Выгоды от внедрения медицинского страхования
Для государства	<p>снижение расходов государственных бюджетных средств на здравоохранение за счет дополнительных внебюджетных источников финансирования;</p> <p>дополнительный источник долгосрочных инвестиций в экономику;</p> <p>создание дополнительного количества прямых и косвенных рабочих мест;</p> <p>повышение уровня экономического развития; снижение социальной напряженности в результате повышения качества медицинской инфраструктуры</p>
Для предприятий	<p>мотивация персонала, повышение эффективности труда, оптимизация финансовых затрат, связанных с сокращением заболеваемости работников, а вследствие чего увеличения производительности труда и роста прибыли;</p>
Для застрахованных	<p>повышение качества медицинской инфраструктуры;</p> <p>повышение качества медицинских услуг и их доступности;</p> <p>повышение уровня жизни;</p> <p>сокращение смертности и заболеваемости;</p> <p>получение необходимого лекарственного обеспечения;</p> <p>увеличение средней продолжительности жизни при рождении</p>
Для страховой отрасли	<p>значительное дополнительное поступление премий и доступ к новым клиентам;</p> <p>синергетический эффект в инфраструктуре и системе предоставления медицинских услуг за счет интеграции ОМС и ДМС;</p> <p>более стабильные экономические показатели за счет законодательной базы, позволяющей контролировать расходы ЛПУ на оказание медицинских услуг;</p> <p>стимул к развитию отрасли приведет к появлению новых продуктов, улучшению инфраструктуры, повышению качества обслуживания и созданию новых рабочих мест;</p> <p>более эффективное перераспределение финансовых ресурсов</p>
Для лечебных учреждений	<p>предоставление качественных услуг на основе медико-экономических стандартов;</p> <p>привлечение дополнительных денежных средств;</p> <p>оптимизация рабочих процессов и улучшение труда работников;</p> <p>обновление медицинской техники;</p> <p>повышение заработной платы работников лечебных учреждений</p>

*Составлено автором*

Таким образом, для совершенствования механизмов эффективного развития медицинского страхования необходимо:

стандартизировать, автоматизировать и централизовать технологические процессы в системе медицинского страхования, повысить качество и оперативность обслуживания граждан;

ввести стандарты обнародования показателей, характеризующих состояние функционирования системы медицинского страхования, а также прогнозов ее развития;

повысить уровень осведомленности граждан о реформе в системе медицинского страхования путем проведения эффективной информационно-разъяснительной работы среди населения, работодателей, профсоюзов и юридических лиц, в том числе о преимуществах и рисках функционирования обязательного медицинского страхования;

обеспечить прозрачность сбора и распределения финансовых ресурсов путем ежедневного мониторинга поступлений взносов и средств, ежемесячного мониторинга оказанных медицинских услуг, предоставления в уполномоченные органы стандартных отчетов об использовании средств, публикации ежегодного отчета для общественности;

разработать стратегические документы относительно стратегии развития медицинского страхования в Донецкой Народной Республике, план развития на краткосрочный период, годовой план.

Реализация разработанных рекомендаций относительно развития медицинского страхования путём внедрения обязательного медицинского страхования и формирования добровольного медицинского страхования позволит повысить эффективность финансирования отрасли здравоохранения и будет способствовать решению социально-экономической задачи государства – обеспечения эффективной социальной защиты интересов населения, касающихся охраны здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение предложенного в монографии концептуального подхода к организации финансирования отрасли здравоохранения на основе медицинского страхования с учетом международного опыта позволит повысить эффективность функционирования отрасли здравоохранения, снизить расходы населения на здравоохранение за счет формирования рациональной структуры источников финансирования отрасли здравоохранения посредством медицинского страхования через систему ДМС и ОМС и улучшить качество медицинского обслуживания населения в зависимости от размера бюджета государства, возможных расходов на охрану здоровья, наличия соответствующей инфраструктуры медицинской отрасли, современного состояния заболеваемости населения, общей системы социальной защиты населения, исторических предпосылок и особенностей государственного регулирования.

Проведённый анализ финансового обеспечения отрасли здравоохранения в Украине и Российской Федерации позволяет сделать выводы о неэффективности функционирования существующей отрасли здравоохранения, основным источником финансирования которой являются бюджеты различных уровней, о чём свидетельствуют показатели её функционирования, характеризующиеся низкой доступностью и качеством медицинской помощи, неудовлетворительным состоянием здоровья населения, сокращением продолжительности жизни и высокой смертностью. Международный опыт финансирования отрасли здравоохранения подтверждает необходимость в формировании дополнительных источников финансового обеспечения отрасли за счет развития медицинского страхования как элемента социальной защиты населения.

Оценка показателей развития медицинского страхования показала, что рынок медицинского страхования в Донецкой Народной Республике отсутствует полностью, а рынок медицинского страхования в Украине и Российской

Федерации является недостаточно активным. В то время, как медицинское страхование во всем мире является одним из самых действенных инструментов социальной защиты интересов населения.

Медицинское страхование выступает формой социальной защиты в отрасли здравоохранения, методом финансирования социальной защиты является обязательное медицинское страхование, которое в свою очередь является одной из составляющих социального обеспечения. Категорию «медицинское страхование» целесообразно рассматривать как составную часть механизма финансирования отрасли здравоохранения экономики государства, которая предусматривает аккумуляцию средств в специальных фондах через добровольную и обязательную форму уплаты страховых взносов юридическими и физическими лицами.

В результате исследования было определено, что перспективная многоуровневая модель финансирования отрасли здравоохранения с учетом ключевых функций финансовой системы государства (формирования, распределения, использования и контроля) должна быть разделена на четыре уровня: первый уровень (базовый) – это планирование минимальных средств в бюджете, через которые обеспечивается предоставление бесплатной медицинской доплаты для всех категорий населения; второй уровень (основной) связан с введением обязательного медицинского страхования за счет средств работодателей и разработкой программы обязательного медицинского страхования для предоставления медицинской помощи, не входящей в базовый уровень финансирования; третий уровень (сервисный) – это добровольное медицинское страхование, которое предусматривает приобретение страхового полиса за счет собственных средств; четвертый уровень (общественно-солидарный) – это развитие больничных касс.

Одним из важных инструментов финансирования экономики государства выступает Фонд обязательного медицинского страхования, основу которого составляют обязательные отчисления из Фонда оплаты труда. С учетом международного опыта для определения оптимального размера страхового

взноса по обязательному медицинскому страхованию в Донецкой Народной Республике было использовано имитационное моделирование с предположением о равномерном распределении ключевых переменных (показателя проникновения и показателя плотности медицинского страхования). Обобщая сопоставление альтернативных прогнозных сценариев развития медицинского страхования можно констатировать, что наиболее вероятным является нейтральный (прагматический) сценарий, обеспечивающий в целом достаточно устойчивое развитие медицинского страхования и предполагающий введение страхового взноса в размере 3% от Фонда оплаты труда. При таком сценарии развития медицинского страхования доля расходов государства на финансирование отрасли здравоохранения снижается на 500 843,7 тыс. руб. за счет отчислений работодателей. При дальнейшем устойчивом развитии экономики Донецкой Народной Республики целесообразно постепенное увеличение размера страхового взноса до 5% от Фонда оплаты труда.

В результате исследования разработаны механизмы обеспечения эффективного развития медицинского страхования (организационный, нормативно-правовой и экономический), которые будут способствовать внедрению государственной и частной подсистем финансового обеспечения, повышению эффективности управления в сочетании с развитием медицинской науки, обеспечат постепенные изменения в отрасли здравоохранения, что будет содействовать улучшению здоровья населения и повышению социально-экономической эффективности медицинской отрасли Донецкой Народной Республики.

Все вышеперечисленное подтверждает необходимость в формировании дополнительных источников финансирования отрасли здравоохранения за счет развития медицинского страхования путем использования обязательного и добровольного медицинского страхования, что будет способствовать выявлению дополнительного источника финансирования отрасли здравоохранения как элемента экономики государства для обеспечения эффективной социальной защиты населения.

**ИСТОЧНИКИ**

1. Аверин, А.Н. Государственная система социальной защиты населения: учебное пособие. Стереотипное издание / А.Н. Аверин. – М.: Изд-во РАГС, 2010. – 124 с.
2. Акбар, А. Опыт финансирования медицинского страхования за рубежом и возможности его использования в Республике Казахстан / А. Акбар // Международный научно-исследовательский журнал. – Екатеринбург, 2017. – №02(56). – Часть 3. (Февраль). – С. 6-8.
3. Андрушків, І.П. Загальні підходи до міжнародного медичного страхування в окремих країнах / І.П. Андрушків // Науковий вісник НЛТУ України. – 2010. – Вип.20.13. – С. 170-174.
4. Анесянц, С.А. Проблемы развития государственно-частного партнерства в области здравоохранения в условиях современной России: – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/problemy-razvitiya-gosudarstvenno-chastnogo-partnerstva-v-oblasti-zdravoohraneniya-v-usloviyah-sovremennoy-rossii>.
5. Арешкович, А.О. Проблеми і перспективи реформування системи охорони здоров'я в м. Києві / А.О. Арешкович, О.М. Коваленко // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 11(125). – С. 202-209.
6. Архипов, А.П. О теоретических основах страховой деятельности / А.П. Архипов // Финансы. – 2010. – №1. – С. 39-44.
7. Баєва, О.В. Страхова медицина і медичне страхування: навч. посіб. для студ. Вищ. навч. закл. / О.В. Баєва. – К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2013. – 432 с.
8. Базилевич, В.Д. Сучасна парадигма страхування: сутність і протиріччя / В.Д. Базилевич // Фінанси України. – 2007. – №9. – С.42-50.
9. Батечко, С.А. Лікарняна каса – суспільно-солідарний механізм забезпечення додаткової медичної допомоги / С.А. Батечко // Соціальне страхування. – 2008. – №3. – С.15-17.



10. Беялов, Т.Е. Досвід захисту прав споживачів фінансових послуг республіки Польща / Т.Е. Беялов, А.М. Єрмошенко // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – № 7(109). – С. 196-205.

11. Бестремянная, Г.Е. Незавершенность лечения в результате перехода к медико-экономическим стандартам в Японии / Г.Е. Бестремянная // Менеджер здравоохранения. – 2008. – № 5. – С. 37-44.

12. Бігдаш, В.Д. Страхування / В.Д. Бігдаш. – К.: МАУП, 2007. – 448 с.

13. Білик, О.І. Медичне страхування у фінансовому забезпеченні системи охорони здоров'я в Україні / О.І. Білик. – 2012. – С. 195-201.

14. Богуславський, С.І. Медичне страхування в Україні: проблеми та перспективи / С.І. Богуславський, Ю.С. Шибалкіна // Зовнішня торгівля, право та економіка. – 2008. – №4. – С. 83-86.

15. Бондарева, Л.В. Зарубіжний досвід вирішення проблем державного забезпечення доступності медичної допомоги населенню / Л.В. Бондарева. – 2015. – С. 34-40.

16. Борецька, Н.П. Соціальний захист населення на сучасному етапі: стан і проблеми. Монографія. – Донецьк: Янтра, 2001. – 352 с.

17. Бурков, В.Н. Механизмы страхования в социально-экономических системах / В.Н. Бурков, А.Ю. Заложнев, О.С. Кулик, Д.А. Новиков. – М.: ИПУ РАН, 2001. – 109 с.

18. Бучкевич, М.М. Досвід медичного страхування у зарубіжних країнах / М.М. Бучкевич // Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України». – 2011. – Вип.21.10. – С. 178-184.

19. Валесян, А. А. Перспективы использования механизма государственно-частного партнерства (ГЧП) в развитии здравоохранения в России / А.А. Валесян // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата экономических наук. – М., 2009. – 31 с.

20. Василенко, П. Медичне страхування: реалії та проблеми / П. Василенко // Соціальна політика: проблеми, коментарі, відповіді. – 2008. – №3. – С. 112-113.

21. Виноградов, О.В. Система здравоохранения США. Полезные предложения для государственного управления в Украине / О.В. Виноградов // Економіка і держава. – 2008. – №9. – С. 43-47.
22. Вишновецька, С.В. Право соціального забезпечення України: навч.-метод. посібник для студ. юрид. спец / С.В. Вишновецька, І.В. Новосельська. – К.: ДП «Вид.дім «Персонал», 2009. – 320 с.
23. Власов, М.П. Моделирование экономических процессов: учебное издание / М. П. Власов, П. Д. Шимко. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 409 с.
24. Внукова, Н.М. Страхування: теорія та практика // Н.М. Внукова, Л.В. Временко, В.І. Успенко. – Харків: Бурун-книга, 2004. – 376 с.
25. Вовчак, О.Д. Страхові послуги: навчальний посібник / О.Д. Вовчак, О.І. Завійська. – Львів: Видавництво «Компакт- ЛВ», 2005. – 656 с.
26. Возняк, Г. В. Фінансовий потенціал регіону та проблеми його оцінки / Г. В. Возняк [Електронний ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rusnauka.com/15\\_APSN\\_2010/Economics/66671.doc.htm](http://www.rusnauka.com/15_APSN_2010/Economics/66671.doc.htm).
27. Воробйова, Н. Добровільне медичне страхування / Н. Воробйова // Юридичний журнал. – 2009. – № 5(83). – С. 64-67.
28. Временко, Л. Пруденційні режими регулювання страхової діяльності: цілі, задачі, інструменти / Л. Временко, О. Корват // Страхова справа. – 2009. – №1(33). – С. 60-64.
29. Всеобщая декларация прав человека – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: [http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995\\_015](http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_015).
30. Всеукраїнська громадська організація (ВГО) «Асоціація працівників лікарняних кас України» («Ассоциация работников больничных касс»). – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://likkasa.com>.
31. Гаманков, Д.В. Основні чинники присутності держави на страховому ринку / Д.В. Гаманков // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – №12 (138). – С. 140-144.
32. Гаманкова, О.О. Становлення ринкових відносин у сфері страхування в Україні та роль держави в регулюванні цих процесів / О.О. Гаманкова,

Д.В. Гаманков // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2009. – №113-114. – С.14-19.

33. Гвозденко, А.А. Страхование: учебник / А.А. Гвозденко. – М.: ТК Велби, изд-во Проспект. – 2006. – 464 с.

34. Говорушко, Т.А. Страхові послуги / Т.А. Говорушко. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 400 с.

35. Гомеля, В. Б. Специфика страхового спроса и предложения в РФ на современном этапе / В.Б. Гомеля// Финансы. – 2003. - №4. – С.48-51.

36. Гориславец, Л. Медичне страхування: вчимося у США та Європи. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.panorama.pl.ua/doc.php?id=3535>.

37. Государственная служба статистики Украины – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua>.

38. Григораш, Г.В. Системи соціального страхування зарубіжних країн: навч.пос. / Г.В. Григораш, Т.Ф. Григораш, В.Я. Олійник, І.Т. Субачов. – К.: Центр учебної літератури, 2008. – 144 с.

39. Григораш, Т.Ф. Перспективи розвитку медичного страхування на ринку страхових послуг в Україні / Т.Ф. Григораш, Ю.П. Кіріченко // Економічний простір. – 2011. – №56/2. – С. 138-148.

40. Гришан, Ю.П. Необхідність реформування галузі охорони здоров'я: впровадження обов'язкового медичного страхування в Україні – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: [http://www.illichivska.com.ua/?view=press\\_c\\_r&mode=view&id=44](http://www.illichivska.com.ua/?view=press_c_r&mode=view&id=44).

41. Губерная, Г.К. О значении социальной составляющей рыночных реформ / Г.К. Губерная, А.П. Ткаченко // Рыночное реформирование управления экономикой: сб. науч. трудов ДонГАУ. Донецк, 2000. – т. I, – Вып. 1, Серия «Экономика». – С. 119-131.

42. Гуселетова, А.А. Особенности реализации проектов ГЧП в здравоохранении / А.А. Гуселетова, А.Г. Ивасенко // Международный научный журнал «Символ науки». – 2015. – №12. – С. 101-103.

43. Дем`янишин, В.Г. Модель системи фінансування охорони здоров'я: концептуальні засади й альтернативи / В.Г. Дем`янишин, Т.Д. Сіташ // Фінанси України. – 2011. – №6. – С. 45-53.

44. Джапарова, Д. Обязательное медицинское страхование в Кыргызстане: проблемы и пути совершенствования/ Д. Джапарова // INTERNATIONAL CONFERENCE ON EURASIAN ECONOMIES, 2016. – С. 915-919.

45. Доклад Виктора Кучковского о работе Министерства здравоохранения ДНР за 2015 год – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://dnrsovet.su/doklad-viktora-kuchkovogo-o-rabote-ministerstva-zdravoohraneniya-dnr-za-2015-god/>.

46. Докторова, Н.П. Механізми державного регулювання страхової діяльності Україні: дис. ... канд. наук з держ. управління: 25.00.02 / Н.П. Докторова – Донецьк, 2007. – 188 с.

47. Дугієнко, Н.О. Принципи медичного страхування в Україні і країнах Західної Європи / Н.О. Дугієнко // Всеукраїнський науково- виробничий журнал. – 2015. – С. 306-308.

48. Дяченко, В.С. Правові основи забезпечення прав пацієнтів в системі державного управління охороною здоров'я сучасної України/ В.С.Дяченко // Наукові праці МАУП. – 2012. – Вип.3(34). – С. 145-149.

49. Дяченко, Є.В. Медичне страхування в системі суспільного страхового захисту / Є.В. Дяченко // Теоретичні та прикладні питання економіки. – 2015. – Випуск 22. – С. 267-273.

50. Дяченко, Є.В. Фінансовий механізм функціонування обов'язкового медичного страхування в Україні / Є.В. Дяченко // Всеукраїнський науково-практичний журнал «Інноваційна економіка». – 2012. – №6(32). – С. 279-285.

51. Европейская Социальная Хартия – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://ombudsmanrf.org/upload/files/docs/globhr/ESH.pdf>.

52. Евтушенко, Т.П. Моделирование системы управления медицинским страхованием / Т.П. Евтушенко. – 2002. – 231 с.

53. Ершов, Д.Л. Перспективы реализации государственно-частного партнерства в здравоохранении субъектов в РФ / Д.Л. Ершов // Международный исследовательский журнал. – 2013. – №17(10-3). – С.33-35.

54. Євтушенко, Т.П. Моделювання медичного страхування з використанням системно-функціонального підходу / Т.П. Євтушенко // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2009. – №113-114. – С. 64-67.

55. Єрмілов, В. Питання медичного страхування в сучасній Україні: пройдені шляхи і перспективи / В. Єрмілов // Соціальне страхування. – 2008. – №1. – С. 18-21.

56. Жилинский, Е. В. Государственно-частное партнерство в здравоохранении / Е. В. Жилинский // Сборник материалов круглого стола «Реформы российского здравоохранения в условиях глобального экономического кризиса: бремя решений» / Под ред. д.э.н., проф. Шевякова А. Ю. - М.: ИСЭПН РАН. – 2009. – С. 47-52.

57. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.

58. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-ХІІ. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>.

59. Закон України «Про соціальні послуги» від 19 червня 2003 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/966-15>.

60. Закон України «Про страхування». – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.rada.gov.ua>.

61. Залетов, О. Страховий рітейл в Україні в умовах економічної кризи / О. Залетов // Страхова справа. – 2009. – № 4 (36). – С. 4-11.

62. Заруба, О.Д. Страхова справа: підручник / О.Д. Заруба. – Київ: Товариство: «Знання», КОО, 1998. – 321 с.

63. Ивасенко, А.Г. Инновации на финансовых рынках: теоретические и методологические аспекты / А.Г. Ивасенко, В.В. Казаков, Я.И. Никонова. – Томск: Изд-во НТЛ, 2013. – 200 с.

64. Интернет-журнал «Фориншурер». – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/>.

65. Іоненко, К.В. Формування та оцінка фінансового потенціалу регіону: автореф. дис ... канд. екон. наук: 08.00.08 / К. В. Іоненко . – Київ : 2007 . – 20 с.

66. Колосок, А.М. Соціальне страхування в контексті становлення соціального діалогу / А.М. Колосок // Актуальні проблеми економіки. – 2008. – №3 (81). – С. 129-135.

67. Кондрат, І.Ю. Проблеми запровадження та перспективи розвитку обов'язкового медичного страхування в Україні / І.Ю. Кондрат, О.Я. Городиловська // Науковий вісник НЛТУ України. – 2009. Вип. 19.3. – С. 247-252.

68. Конституція Донецької Народної Республіки [Електронний ресурс]: офіц. текст [прийнята Верховним Советом Донецької Народної Республіки 14 мая 2014 г.] – Режим доступа: <http://dnr-online.ru/konstituciya-dnr/>.

69. Конституція України від 28.06.1996 р. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр>.

70. Копілкина, Н. Реформа обов'язкового медичного страхування в Російській Федерації. Права застрахованих осіб/ Н. Копілкина // Право України. – 2011. – №11-12. – С. 108-113.

71. Крусс, В. Здоров'я як основна правова цінність сучасності / В. Крусс // Право України. – 2011. – №11-12. – С. 5-29.

72. Лайков, А.Ю. Необходимость корректировки модели развития отечественного страхования / А.Ю. Лайков // Финансы. – 2006. – №8. – С. 29-33.

73. Лебединська, Л.Д. Страхування як чинник фінансової стабілізації економіки / Л.Д. Лебединська, Л.М. Ремньова // Актуальні проблеми економіки. – 2006. – №9 (63). – С.65-74.

74. Лехан, В. Системы здравоохранения: время перемен / В. Лехан, В. Рудый, Э. Ричардсон. – Украина: Обзор системы здравоохранения. – Европейская обсерватория по системам и политике здравоохранения. – 2010. – Том12. – №8. – 251 с.

75. Лободіна, З.М. Удосконалення національної моделі фінансування охорони здоров'я / З.М. Лободіна // Фінанси України. – 2010. – №4. – С. 88-97.

76. Лукович, В. Шляхи впровадження загальнообов'язкового державного соціального медичного страхування в Україні / В.Лукович // Україна: аспекти праці. – 2011. – №3. – С. 31-39.

77. Лупина, О. До питання про хворобу як соціальний ризик у сфері соціального забезпечення громадян в Україні / О.Лупина // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №6. – С. 136-139.

78. Ляховченко, Л.А. Загальнообов'язкове державне соціальне медичне страхування як додаткове джерело фінансування галузі охорони здоров'я в Україні / Л.А. Ляховченко // Економіка та держава. – 2010. – №3. – С. 93-97.

79. Максимова, Т.Г. Основы эконометрики: учебное пособие / Т.Г. Максимова, Д.Н. Верзлин. – СПб.: ТЭИ, 2009. – 80 с.

80. Мартін, МакКей. Економічне обґрунтування державного втручання в систему охорону здоров'я / М. Мартін, М. Сарске, Л. Россо // Страхова справа. – 2008. – №3 (31). – С. 31-33.

81. Мачуга, Н.З. Аналіз особливостей управління системою якості медичних послуг в Україні / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2012. – № 3 (129). – С. 110-116.

82. Мачуга, Н.З. Якість медичних послуг як інструмент реформування системи охорони здоров'я в Україні / Н.З. Мачуга // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – № 7 (121). – С. 200-205.

83. Медична і страхова система Австралії. – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: <http://linx.zp.ua/medychna-i-strahova-systema-avstraliji.html>.

84. Медичне страхування в Австрії, Фінляндії, Швеції, Італії, Ізраїлі, США. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.likar.info/profi/articles/405.html>.

85. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах – [Електроний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/pactecon](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/pactecon).

86. Мельник, С. Преимущества и риски введения медицинского страхования / С. Мельник // Вестник Пенсионного фонда Украины. – 2008. – С. 22-23.

87. Мельник-Бантон, О. Аналітичні підходи до планування витрат на охорону здоров'я в Україні / О. Мельник-Бантон // Економічний аналіз. – 2011. – Випуск 8. Частина 2. – С. 272-278.

88. Министерство финансов России – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minfin.ru/ru/>.

89. Мичасова, О.В. Имитационное моделирование экономических систем: учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский госуниверситет, 2014. – 186 с.

90. Міщенко, Н. Огляд послуг медичного страхування в Україні / Н. Міщенко // Консалтинг в Україні. – 2007. – №3(32). – С. 9-10.

91. Мних, М.В. Медичне страхування за кордоном та можливості його реалізації в Україні / М.В. Мних // Економіка та держава. – 2006. – №11. – С. 39-41.

92. Мних, М.В. Страхування як механізм надання гарантій підприємницької діяльності та соціального захисту населення: сучасна теорія і практика: автореф. дис... д-ра екон. наук: 08.00.03 / М.В. Мних; Держ. установа «Ін-т економіки та прогнозування НАН України». – К., 2007. – 36 с.

93. Мочерний, С.В. Економічна енциклопедія: у 3 т./за ред. С.В. Мочерного. – К.: Вид. центр «Академія», 2002. – Т.3. – 952 с.

94. Мурзаева, О.В. Анализ финансового обеспечения здравоохранения в рамках территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи (на примере Республики Мордовия) / О.В. Мурзаева // Мир науки и образования. – 2015. – № 4. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/v/analiz-finansovogo-obespecheniya-zdravoohraneniya-v-ramkah-territorialnoy-programmy-gosudarstvennyh-garantiy-besplatnoy>.

95. Надточій, Б. Соціальне страхування у контексті історії / Б. Надточій // Соціальний захист. – 2003. – № 3. – С. 20-24.

96. Недошитко, О.В. Проблеми соціального захисту населення та шляхи їх вирішення / О.В. Недошитко // Формування ринкових відносин в Україні. – 2010. – №3 (106). – С. 198-202.



97. Никонович, А. Страховий ринок України: проблеми та шляхи вирішення / А. Никонович // Економіст. – 2014. – №1. – С.41-43.

98. Новосельська, Л.І. Особливості медичного страхування у міжнародному аспекті / Л.І. Новосельська // Збірник науково-технічних праць «Науковий вісник НЛТУ України». – 2007. – Вип.17.8. – С. 214-216.

99. О здравоохранении [Электронный ресурс]: закон Донецкой Народной Республики [принят Постановлением Народного Совета Донецкой Народной РеспубСблики 24 апреля 2015 г.] – Режим доступа: <http://mzdnr.ru/doc/zakon-o-zdravoohranenii>.

100. Об основах общеобязательного социального страхования [Электронный ресурс]: закон Донецкой Народной Республики [принят Постановлением №I-167П-НС от 30.04.2015 г.]. – Режим доступа: <http://dnrsovet.su/zakon-dnr-o-obshheobyazatelnom-sots-strahovanii/>

101. Обязательное медицинское страхование в Беларуси: за и против\*/ Шарабчиев Ю.Т. / Проблемы общественного здоровья и реформирование здравоохранения // Медицинские новости. – 2012. – №5. – С. 43-47.

102. Огляд медичного страхування в Нідерландах. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1040>.

103. Олійник, О.О. Чинники та передумови впровадження медичного страхування найманих працівників / О.О. Олійник // Проблеми раціонального використання соціально-економічного та природно-ресурсного потенціалу регіону. Фінансова політика та інвестиції: зб. наук. праць. – 2010. – Вип. XVI. – № 3. – С. 341–350.

104. Омелянович, Л. О. Соціальні стандарти якості життя громадян / Л. О. Омелянович, Д. С. Гвасалія // Экономика строительства и городского хозяйства. – 2013. – Т. 9. – № 3. – С. 181-189.

105. Організація медичного страхування в Японії. – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1058>.

106. Орлов, А.М. Страхование дело в схемах – [Електронний ресурс]. – Режим доступа: <http://схемо.пф/books/384-orlov-a-m-strahovoe-delo-v-shemah-2005-g.html>

107. Официальный сайт Государственной службы статистики Украины – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ukrstat.gov.ua>

108. Официальный сайт Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mzdnr.ru/about-us>.

109. Официальный сайт Национальной комиссии, осуществляющей государственное регулирование в сфере рынков финансовых услуг – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://nfp.gov.ua>.

110. Официальный сайт Республиканского Центра занятости ДНР – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rcz-dnr.ru>.

111. Официальный сайт Фонда социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fsssvn-dnr.ru>.

112. Официальный сайт Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fondnsdnr.ru>.

113. Офіційний сайт професійної спілки працівників охорони здоров'я України. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medprof.org.ua>.

114. Павлюк, К.В. Інноваційні механізми фінансування охорони здоров'я в умовах посткризового відновлення економіки / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2013. – №2. – С. 93-102.

115. Павлюк, К.В. Модернізація системи соціального захисту в контексті накопичення соціального капіталу в Україні / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2012. – №6. – С.15-29.

116. Павлюк, К.В. Розвиток державно-приватного партнерства у сфері охорони здоров'я / К.В. Павлюк, О.В. Степанова // Фінанси України. – 2011. – №2. – С.43-55.

117. Пазенок, А. Конституційне право на охорону здоров'я: сучасний стан та перспективи розвитку / А. Пазенок // Право України. – 2010. – №3. – С. 120-125.

118. Панова, Т.В. Опыт развитых европейских стран в использовании форм и моделей ГЧП в здравоохранении / Т.В. Панова // Вопросы экономики и права. – 2015. – № 11 – С. 99-102.

119. Подкатилова, Е.В. Рынок финансовых услуг и его место в структуре финансового рынка. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ogbus.ru>.

120. Поклонский, Ф.Е. Формирование финансового обеспечения негосударственных пенсионных фондов через привлечение финансов домохозяйств / Ф.Е. Поклонский, А.С. Трофимова // Вестник Донбасской государственной машиностроительной академии. – 2015. – № 2 (35). – С. 137-142.

121. Полищук, Е. Особенности медицинского обслуживания в ДНР: от старых схем к новым возможностям / Е. Полищук – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.novorosinform.org/articles/7933>.

122. Поліщук, М.Є. Медичне страхування: проблема системи потребує системного вирішення / М.Є. Поліщук // Соціальне страхування. – 2008. – №2. – С. 13-16.

123. Положение о Фонде социального страхования на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством Донецкой Народной Республики, утвержденным Постановлением Совета Министров ДНР от 10 января 2015 г. № 1-10 с изменениями, внесенными Постановлением Совета Министров ДНР от 31 мая 2015 г. № 7-27. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.fsssvn-dnr.ru/about-fond.html>.

124. Полозенко, Д.В. Добровільне медичне страхування та лікарняні каси – складові реформи охорони здоров'я України / Д.В. Полозенко, В.Д. Парій // Фінанси України. – 2012. – №3. – С. 83-89.

125. Полозенко, Д.В. Розвиток соціальної сфери як важлива умова економічного зростання України / Д.В. Полозенко // Фінанси України. – 2010. – №10. – С.15-20.

126. Поляк, Н. Удосконалення системи соціального забезпечення населення в Україні/ Н. Поляк// Україна: аспекти праці. – 2011. – №3. – С.23 – 30.

127. Приказюк, Н. Медичне страхування в Україні: тенденції та перспективи розвитку / Н. Приказюк // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. – 2008. – №104. – С. 25-29.

128. Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Российской Федерации. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rostgmu.ru/wp-content/uploads/>

129. Рагозин, А.В. Сравнение национальных систем здравоохранения стран, использующих «страховую» и «бюджетную» модели финансирования / А.В. Рагозин, Н.А. Кравченко, В.Б. Розанов // Здравоохранение. – 2012. – №12. – С. 30-40.

130. Романова, А.А. Сучасний підхід до корпоративного медичного страхування як складового елемента системи забезпечення права людини на здоров'я / А.А. Романова // Юрист України. – 2013. – №1(22). – С. 106-110.

131. Ротова Т.А. Страхування: навч. Посіб. / Т.А. Ротова, Л.Ю. Руденко – К.: Київ. нац. торг-екон. ун-т, 2001. - 400 с.

132. Руснак, Л. Перспективи реалізації права громадян на охорону здоров'я через обов'язкове медичне страхування / Л. Руснак // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №6. – С. 63-66.

133. Сербиновский, Б.Ю. Страхование дело: учебн. пособие [для вузов] / Б.Ю. Сербиновский, В.Н. Гаркуша. – Ростов-на-Дону: Изд-во «Феникс». – 2000. – 384 с.

134. Сидорчук, А. Показники оцінки збалансованості фінансових ресурсів державного соціального страхування / А. Сидорчук // Україна: аспекти праці. – 2012. – №7. – С.17-22.

135. Сирота, И.М. Право социального обеспечения в Украине: учебник / И.М. Сирота. – Х.: Изд-во «Одиссей». – 2006. – 432 с.

136. Система охорони здоров'я та соціального страхування в Німеччині. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://forinsurer.com/public/03/04/17/1047>.

137. Сільченко, С. Страхова реформа 1912 р.: до сторіччя запровадження обов'язкового соціального страхування / С. Сільченко // Підприємництво, господарство і право. – 2013. – №2 (206). – С. 79 – 83.

138. Сіташ, Т.Д. Фінансування установ охорони здоров'я / Т.Д. Сіташ // Актуальні проблеми економіки. – 2009. - №3 (93). – С. 175-180.

139. Солдатенко, О. Історія становлення медичного страхування як одного із джерел фінансування охорони здоров'я / О. Солдатенко // Право України. – 2010. – №6. – С. 233-239.

140. Солдатенко, О. Право на охорону здоров'я у Конституціях України та інших європейських держав / О. Солдатенко // Право України. – 2008. – №8. – С. 20-24.

141. Солдатенко, О. Про права й обов'язки суб'єктів фінансових правовідносин у системі обов'язкового медичного страхування / О. Солдатенко // Підприємництво, господарство і право. – 2010. – №8. – С. 52-55.

142. Солдатенко, О. Теоретичні засади соціального та медичного страхування / О. Солдатенко // Підприємництво, господарство і право. – 2010. – №3. – С. 108 – 111.

143. Сплетушов, Ю.А. Страхование: учебное пособие / Ю.А. Сплетушов, Е.Ф. Дюжиков. – Москва: ИНФРА-М, 2006. – 312 с.

144. Сподарева, Е.Г. Оптимизация структуры финансовых ресурсов в системе финансирования учреждений здравоохранения / Е.Г. Сподарева // Менеджер. Вестник ДонГУУ. – Донецк, 2016. – № 2 (76). – С. 27-37.

145. Сподарева, Е.Г. Развитие отрасли здравоохранения с использованием механизма государственно-частного партнерства / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2016. – Т. I. – Вып. 3. – С. 102-115.

146. Сподарева, Е.Г. Сравнительная характеристика структуры финансового обеспечения отрасли здравоохранения Украины и РФ / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2017. – Т. II. – Вып. 1 (5). – С. 186-195.

147. Сподарева, Е.Г. Формирование эффективного государственного регулирования рынка медицинского страхования в Донецкой Народной Республике / Е.Г. Сподарева // Сборник научных работ серии «Финансы, учет, аудит». – Донецк, 2017. – Вып. 2 (6). – С. 121-131.

148. Сподарева, О.Г. Особливості функціонування системи медичного страхування у провідних країнах світу / О.Г. Сподарева // Вісник Одеського національного університету. Серія: Економіка. – Одеса, 2013. – Т. 18. – Вип. 3/3. – С. 91-94.

149. Сподарева, О.Г. Проблеми медичного страхування в Україні та шляхи їх подолання / О.Г. Сподарева // Вісник Хмельницького національного університету. Серія: Економічні науки. – Хмельницький, 2011. – Т. 4 (180). – № 5. – С. 125-129.

150. Сподарева, О.Г. Розвиток медичного страхування в Україні: системний підхід / О.Г. Сподарева, А.Л. Свечкіна // Бізнес Інформ. – Харків, 2014. – № 1. – С. 173-178.

151. Сподарева, О.Г. Розвиток системи держаного регулювання страхового ринку України / О.Г. Сподарева // Вісник Національного університету «Львівська політехніка». Серія: Проблеми економіки та управління. – Львів, 2010. – № 684. – С. 76-80.

152. Сподарева, О.Г. Тенденції та чинники розвитку медичного страхування в Україні / О.Г. Сподарева, А.Л. Свечкіна // Кримський економічний вісник. – Сімферополь, 2013. – № 5 (06). – С. 252-256.

153. Сподарева, Е.Г. Современные подходы к обеспечению эффективного развития медицинского страхования / Е.Г. Сподарева, Л.М. Волощенко // Друкеровский вестник. – №2. – 2018. – С.80-91.

154. Степанова, О.В. Реформування системи охорони здоров'я у США / О.В. Степанова, І.В. Іголкін // Фінанси України. – 2012. – №3. – С. 69-82.

155. Степкина, Ю.А. Развитие системы финансирования обязательного медицинского страхования в Российской Федерации: автореф. дис.... канд. экон. наук: 08.00.10 / Степкина Юлия Александровна; ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный инженерно-экономический университет» Санкт-Петербург, 2012. – 18 с.

156. Стеценко, В. Організаційно-правові засади медичного страхування: зарубіжний досвід і пропозиції для України / В. Стеценко // Підприємництво, господарство і право. – 2009. – №1. – С. 10-13.

157. Стеценко, В.Ю. Добровільне медичне страхування як об'єкт правового регулювання / В.Ю. Стеценко // Часопис Київського університету права. – 2009. – №3. – С. 156-160.

158. Стеценко, В.Ю. Обов'язкове медичне страхування як об'єкт правового регулювання / В.Ю. Стеценко // Юриспруденція: теорія і практика. – 2009. – №10(60). – С. 2-7.

159. Стецюк, Т. І. Медичне страхування та його роль у забезпеченні соціального захисту громадян: автореф. дис... канд-та екон. наук: 08.00.08 / Т.І. Стецюк – К., 2009. – 23 с.

160. Стецюк, Т. Суб'єктивна складова медичного страхування / Т. Стецюк // Ринок цінних паперів України. – 2009. – №5-6. – С. 9-13.

161. Стецюк, Т. Фінансові основи побудови системи охорони здоров'я на засадах страхової медицини / Т. Стецюк // Страхова справа. – 2008. – №2(30). – С. 72-73.

162. Столяров, В.Ф. Економічний механізм соціального страхування / В.Ф. Столяров, Л.І. Васечко // Фінанси України. – 2007. – №2. – С. 31-43.

163. Страхование: учебник / под ред. Л.А. Орланюк-Малицкой, С.Ю. Яновой. – М. : Издательство Юрайт ; ИД Юрайт, 2011. – 828 с.

164. Страхування / під наук. ред. С.С. Осадець. – К.: КНЕУ, 2002. – 599 с.

165. Сухонос, С.Л. Використання імітаційно-автоматного методу моделювання у страхуванні / С.Л. Сухонос // Актуальні проблеми економіки. – 2010. – № 8 (110). – С. 301-306.

166. Татаренко, Г. Моделі соціального страхування в контексті історії / Г. Татаренко // Підприємництво, господарство і право. – 2004. – №7. – С. 69-72.

167. Тельнова, Г.В. Роль та місце медичного страхування в системі страхового захисту населення / Г.В. Тельнова, О.Г. Сподарева // Формування та ефективність використання фінансових ресурсів в економічній діяльності: Матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. 11-12 квітня 2014 р. – Чернігів: Чернігівський національний технологічний університет, 2014. – С. 195-198.

168. Ткаченко, Н.В. Страхування / Н.В. Ткаченко. – К.: Ліра-К, 2007. – 376 с.

169. Третяк, Д.Д. Медицинское страхование в системе финансового обеспечения здравоохранения в Украине / Д.Д. Третяк // «Молодий вчений». – № 6 (33) – червень, 2016. – С. 123-127.

170. Тулай, О. Медичне страхування в системі фінансування охорони здоров'я / О.Тулай // Вісник ТНЕУ. – 2009. – №1. – С. 136-147.

171. Указ Главы ДНР от 4 июля 2016 г. № 207 «Об организации материального обеспечения застрахованных лиц на территории Донецкой Народной Республики и предоставления им социальных услуг» – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gb-dnr.com/normativno-pravovye-akty/2670/>.

172. Федеральная служба государственной статистики РФ – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

173. Федеральный Закон «Об Обязательном медицинском страховании в РФ» от 29.11.10 №326-ФЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/).

174. Федеральный Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» 21 ноября 2011 года №323-ФЗ. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_121895/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/).

175. Федеральный фонд ОМС Российской Федерации – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru>.

176. Финансовый портал Минфина Украины – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://minfin.com.ua>.

177. Філонюк, О.Ф. Страховий ринок України як об'єкт державного регулювання / О.Ф. Філонюк // Інвестиції: практика та досвід. – 2009. – № 22. – С. 73-77.

178. Фінанси : навч. посіб. / [С.І. Юрій, Т.О. Кізима, Н.П.Злепко, М.М. Тріпак]; за ред. С.І. Юрія. – Тернопіль : Карт-Бланш, 2002. – 357 с.

179. Фурман, В.М. Особливості формування страхових ринків країн з перехідною економікою/ В.М. Фурман // Економіст. – 2005. – №8. – С. 74-76.

180. Фурман, В.М. Страховий ринок в Україні: проблеми становлення та стратегія розвитку: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра екон. наук: 08.04.01 / В.М. Фурман – К., 2006. – 36 с.



181. Фурман, В.М. Страхування та його роль у соціально-економічних процесах / В.М. Фурман // Фінанси України. – 2005. – №8. – С.145-152.
182. Холли, Р. Польский рынок страхования в финансовой системе государства. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://forinsurer.com/public/05/03/02/1733>.
183. Череп, А.В. Практичний іноземний досвід медичного страхування / А.В. Череп // Міжнародний науково-виробничий журнал «Сталий розвиток економіки». – 2013. – №2 (19). – С. 17-23.
184. Шакура, О.А. Институт страхования как рычаг преобразований в экономике / О.А. Шакура // Финансы. Учет. Банки. – Выпуск №1. – 2016. – С. 97-106.
185. Шакура, О.А. Страховая услуга как форма реализации страховых отношений в условиях рынка О.А. Шакура // Финансы. Учет. Банки. – Выпуск №2. – 2016. – С. 117-126.
186. Шахов, В.В. Страхование / В.В. Шахов. – М.: ЮНИТИ, 2003. – 311 с.
187. Шейман И. Международное сравнение эффективности бюджетной и страховой моделей финансирования здравоохранения / И. Шейман, С. Терентьева // Экономическая политика. – 2015. – Т.10. – №6. – С. 171-193.
188. Шихов, А.К. Страхование / А.К. Шихов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА. – 2000. – 376 с.
189. Шишкин, С. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития / С. Шишкин, Е. Потапчи, Е. Селезнева // Вопросы экономики. – 2013. – № 4. – С. 165-179.
190. Шишкин, С.В. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: доклад Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» / С.В. Шишкин, И.М. Шейман, А.А. Абдин, С.Г. Боярский, С.В. Сажина. – Москва, 2016. – 67 с.
191. Шишкин, С.В. Экономика здравоохранения / С.В.ц Шишкин // Вопросы экономики. – 2013. – №4. – С. 19-23.
192. Шірінян, Л.В. Вплив кількості страховиків на ефективність страхової галузі України / Л.В. Шірінян // Актуальні проблеми економіки. – 2011. – №12 (126). – С.303-311.

193. Шумелда, Я. Страхування: навч. Посіб.Г / Я.Шумелда. – 2-ге вид., перероб. і доп. – Т.: Джура, 2006. – 296 с.

194. Экономика Донецкой Народной Республики: состояние, проблемы, пути решения: научный доклад / под науч. ред. А.В. Половяна, Р.Н. Лепы. – Государственное учреждение «Институт экономических исследований». – Донецк, 2017. – 84 с.

195. Экономические методы управления в здравоохранении / В.В. Уйба, В.М. Чернышев, О.В. Пушкарев, О.В. Стрельченко, А.И. Клевасов – Новосибирск – ООО «Альфа-Ресурс», 2012. – 314 с.

196. Экономические тренды и статистика – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.trendeconomy.ru/indicators>.

197. Экономический кризис, системы здравоохранения и здоровье населения в Европе / Последствия и значение для выработки политики // Sarah Thomson, Josep Figueras, Tamás Evetovits, Matthew Jowett, Philipa Mladovsky, Anna Maresso, Jonathan Cylus, Marina Karanikolos, Hans Kluge. – 230 с.

198. Юрій, С.І. Соціальне страхування: підручник. / С.І. Юрій, М.П. Шаварина, Н.В. Шаманська – К.: Кондор. – 2004. – 464 с.

199. Яковлева, Т. Соціально-правові передумови запровадження обов'язкового медичного страхування/ Т. Яковлева // Підприємництво, господарство і право. – 2008. – №11. – С. 71-74.

200. International Association of Insurance Supervisors - [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.iaisweb.org>.

201. US Health care costs– [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kaiseredu.org>.

202. World Health Organization. Worldhealthstatistics, 2015 – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/en/>.

203. World Health Organization: National Health Account Statistics, 2015. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gtmarket.ru/ratings/expenditure-on-health/info>.

## Приложение А

### Таблица А.1 - Права и обязанности субъектов обязательного медицинского страхования

Субъекты медицинского страхования	Обязанности	Права
Фонд медицинского страхования (ФОМС)	<ul style="list-style-type: none"> <li>участие в формировании и реализации государственной политики в сфере ОМС;</li> <li>участие в разработке Программы обязательного медицинского страхования;</li> <li>участие в определении и обосновании размера страховых взносов, порядке их начисления, отчисления и уплаты;</li> <li>участие в разработке и обосновании размера финансовых санкций и порядка их уплаты;</li> <li>обеспечение сбора и аккумулирования страховых взносов, полной и своевременной оплаты медицинских услуг, оказанных застрахованным;</li> <li>осуществление в пределах своей компетенции контроля за предоставлением застрахованным качественных и своевременных медицинских услуг;</li> <li>управления финансовыми активами и имуществом Фонда исключительно в пределах задач, возложена на него;</li> <li>планирование доходов и расходов системы ОМС;</li> <li>разработка проекта бюджета Фонда и представления его в установленном порядке на утверждение, составление отчета об исполнении бюджета Фонда;</li> <li>обеспечение учета средств Фонда, ведение статистической и бухгалтерской отчетности;</li> <li>полный и своевременный учет плательщиков страховых взносов;</li> <li>контроль за финансовыми поступлениями; проведение проверок правильности уплаты страховых взносов и взыскания в предусмотренном порядке финансовых санкций;</li> <li>заключение договоров;</li> <li>контроль за соответствием, принадлежности и обоснованностью медицинских назначений застрахованным;</li> <li>контроль за соблюдением предприятиями, учреждениями, организациями и гражданами законодательства об ОМС;</li> <li>предоставление консультативной помощи в сфере ОМС;</li> <li>перераспределение доходов между регионами с целью выравнивания финансовых условий оказания медицинской помощи застрахованным на разных территориях в результате заключения соответствующих договоров со страховщиками</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>формирование основного, резервного фонда и фонд профилактических мероприятий (основной фонд должен формироваться за счет всех видов поступлений и использоваться на оплату медицинских услуг застрахованным, резервный фонд должен использоваться на медицинские мероприятия, связанные с ликвидацией эпидемий и массовых заболеваний, фонд профилактических мероприятий должен использоваться на мероприятия по снижению риска заболеваемости);</li> <li>обеспечение административных расходов деятельности Фонда, его филиалов и представительств</li> </ul>

Продолжение таблицы А.1

Субъекты медицинского страхования	Обязанности	Права
<p>Страховая медицинская организация (СМО)</p>	<p>заключение договоров медицинского страхования со страховщиками и договоров о предоставлении медицинских услуг по поставщикам медицинских услуг;</p> <p>своевременное осуществление расчетов с поставщиками медицинских услуг;</p> <p>проведение контроля за начислением и своевременным поступлением страховых взносов;</p> <p>осуществление контроля за качеством, достаточностью и целесообразностью медицинской помощи, которая предоставляется застрахованным лицам по Программе ОМС;</p> <p>защита интересов застрахованных лиц;</p> <p>предоставление субъектам ОМС консультаций по вопросам обязательного медицинского страхования; участие в разработке Программы обязательного медицинского страхования, проведение анализа и мониторинга ее эффективности;</p> <p>ведение учета и отчетности страховых средств;</p> <p>предоставление застрахованным лицам договоров (полисов) об ОМС;</p> <p>другие обязанности, установленные действующим законодательством государства и договорам страхования</p>	<p>получать от органов власти, предприятий, учреждений и организаций сведений, связанных с начислением, исчислением и уплатой страховых взносов и других сведений, необходимых для выполнения им функций, предусмотренных законодательством;</p> <p>осуществлять проверки правильности начисления и полноты уплаты страхователями страховых взносов;</p> <p>требовать от страхователей своевременной уплаты страховых взносов и осуществлять контроль за их уплатой;</p> <p>накладывать на предприятия, учреждения и организации, их руководителей финансовые санкции за нарушение уплаты страховых взносов;</p> <p>применять финансовые санкции, предусмотренные законом, нормативно-правовыми актами и Программой ОМС;</p> <p>ставить вопрос о привлечении должностных лиц к ответственности за нарушение законодательства в сфере ОМС;</p> <p>осуществлять проверку деятельности поставщиков медицинских услуг по выполнению ими условий оказания медицинской помощи застрахованным лицам в соответствии с Программой обязательного медицинского страхования и договорам о предоставлении медицинских услуг;</p> <p>требовать от поставщиков медицинских услуг возмещения причиненного ими ущерба застрахованным в пользу страховщика и потерпевшего;</p> <p>отказывать в оплате медицинских услуг, не предусмотренных Программой ОМС и не оговоренных Договором о предоставлении медицинских услуг;</p> <p>получать страховые средства от других страховщиков для организации лечения застрахованных;</p> <p>осуществлять иные права, не противоречащие законодательству</p>
<p>Страхователь</p>	<p>уплачивать страховые взносы в размере и в порядке, установленным законодательством;</p> <p>допускать уполномоченных представителей страховщиков к проверке правильности исчисления и уплаты страховых взносов;</p> <p>предоставлять по требованию застрахованного лица сведения об уплаченных страховых взносах;</p> <p>выполнять другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством, договорами страхования, решениями Фонда медицинского страхования для страхователей</p>	<p>получать консультации о порядке и условиях уплаты страховых взносов, а также по другим вопросам ОМС;</p> <p>защищать права и законные интересы застрахованных ним лиц;</p> <p>участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя</p>

Продолжение таблицы А.1

<p>Застрахованное лицо</p>	<p>соблюдение требований законодательства в сфере ОМС; забота о своем здоровье; получение договора (полиса) об обязательном медицинском страховании и предъявления его при обращении за медицинской помощью; выполнение других обязательств, предусмотренных законодательством, договорами страхования или решениями Фонда медицинского страхования для застрахованных лиц</p>	<p>на оплату страхового случая в случае его наступления, медицинских услуг (работ, товаров) за счет средств ОМС; бесплатно получать медицинскую помощь в государственных и коммунальных учреждениях здоровья; быть информированными о перечне болезней, объемы, методы и сроки лечения и реабилитации; свободного выбора поставщика медицинских услуг (товаров, работ), с которым страховщиком заключен договор о предоставлении медицинских услуг; свободного выбора метода лечения; получать в органах управления обязательным медицинским страхованием консультации об уплате страховых взносов, использовании страховых средств, а также по другим вопросам ОМС; участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя; подавать жалобы на субъектов ОМС в случае нарушения своих прав</p>
<p>Представитель медицинских услуг (лечебно-профилактическое учреждение - ЛПУ)</p>	<p>заключать договоры со страховщиком (Фондом обязательного медицинского страхования) о предоставлении медицинских услуг по программе обязательного медицинского страхования; проводить профилактические медицинские осмотры и прививки, своевременно предоставлять медицинские услуги застрахованным лицам надлежащего объема и качества в соответствии с установленными стандартами, предусмотренных Программой обязательного медицинского страхования и договором о предоставлении медицинских услуг; обеспечивать доступ и надлежащую работу органов медицинского контроля страховщика; возмещать убытки за причиненный субъектам ОМС вред; выполнять другие обязанности, предусмотренные действующим законодательством, договорами о предоставлении медицинских услуг, решениями Фонда медицинского страхования для поставщиков медицинских услуг</p>	<p>получать плату от страховщика за предоставление медицинских услуг застрахованным; самостоятельно использовать средства ОМС для достижения максимального качества медицинских услуг, предоставляемых ими; участвовать в формировании и внедрении правовой и финансовой политики ОМС; участвовать в управлении Фондом медицинского страхования через своего представителя; получать компенсацию за причиненный вред субъектами ОМС</p>

## Приложение Б



Рисунок Б.1 – Порядок взаимодействия субъектов рынка добровольного медицинского страхования

## Приложение В

Таблица В.1 – Уровень расходов на здравоохранение в различных странах, 2014 г.

Страна	Численность населения	ВВП по ППС, млрд. США, 2015	Расчетный ВВП по ППС на душу населения, долл. США	Расходы на здравоохранение (% от государственных расходов)	Расходы на государственное здравоохранение (% от общих расходов на здравоохранение)	Расходы на здравоохранение (% от ВВП)	Расходы на государственное здравоохранение (% от ВВП)	Расходы на здравоохранение на душу населения по ППС, долл. США
1	2	3	4=3/2	5	6	7	8	9=4*8
Албания	2 889 167	11,398	3 945,08	9,4	50,0	5,9	2,9	114,41
Болгария	7 177 991	50,199	6 993,46	10,9	54,6	8,4	4,6	321,70
Грузия	3 679 000	13,965	3 795,87	5,0	20,9	7,4	1,6	60,73
Казахстан	17 544 126	184,388	10 509,96	10,9	54,4	4,4	2,4	252,24
Киргизия	5 957 000	6,572	1 103,24	11,9	56,1	6,5	3,6	39,72
Литва	2 910 199	41,171	14 147,14	13,4	67,9	6,6		622,47
Молдова	3 554 150	6,568	1 847,98	13,3	51,4	10,3	5,3	97,94
Польша	37 999 494	477,066	12 554,54	10,8	70,98	6,4	4,5	564,95
Румыния	19 832 389	177,954	8 972,90	12,8	80,4	5,6	4,5	403,78
Россия	144 096 812	1 331,208	9 238,29	9,5	52,2	7,1	3,7	341,82
Украина	45 198 200	90,615	2 004,85	10,8	50,8	7,1	3,6	72,17
Сербия	7 098 247	37,160	5 235,10	13,9	61,9	10,4	6,4	335,05
Словакия	5 424 050	87,263	16 088,16	15,0	72,5	8,1	5,8	933,11
Черногория	622 388	3,987	6 405,97	9,8	57,2	6,4	3,7	237,02
Чехия	10 551 219	185,156	17 548,30	14,9	84,5	7,4	6,3	1 105,54
Хорватия	4 224 404	48,732	11 535,83	14,0	81,9	7,8	6,4	738,29
Эстония	1 311 998	22,459	17 118,17	13,5	78,8	6,4	5,0	855,91
Германия	81 413 145	3 363,446	41 313,30	19,6	77,0	11,3	8,7	3 594,26
Бельгия	11 285 721	455,086	40 324,05	15,1	77,9	10,6	8,3	3 346,90
Австрия	8 611 088	376,950	43 774,96	16,3	77,9	11,2	8,7	3 808,42
Швейцария	8 286 976	670,790	80 945,09	22,7	66,0	11,7	7,7	6 232,77
Греция	10 823 732	194,851	18 002,20	10,0	61,7	8,1	5,0	900,11
США	321 418 820	18 036,648	56 115,72	21,3	48,3	17,1	8,3	4 657,60
Франция	66 808 385	2 418,836	36 205,58	15,7	78,2	11,5	9,0	3 258,50
Италия	60 802 085	1 821,497	29 957,80	13,7	75,6	9,2	6,7	2 007,17
Япония	126 958 472	4 383,076	34 523,70	20,3	83,9	10,2	8,6	2 969,04

## Приложение Г

Таблица Г.1 – Особенности развития медицинского страхования в постсоветских странах

Страна	Введение системы ОМС (год)	Особенности развития медицинского страхования
Грузия	с 1995 г.	Финансирование медицинской помощи осуществляется единым фондом социального страхования за счет государственного бюджета (60 %); медицинская помощь оказывается в соответствии с государственными программами государственными учреждениями здравоохранения; услуги, не входящие в государственные программы, предоставляются за счет средств населения
Молдова	с 2004 г.	Развитие системы общеобязательного государственного социального медицинского страхования осуществляется за счет взносов государственного бюджета и работодателей и сопровождается системными изменениями, регулируются вопросы обеспеченности и финансирования, управления оплаты труда медицинских работников, разрабатывается комплексное функциональное и административное регулирование
Казахстан	с 1991 по 2003 г.	Практическое использование ОМС показало, что система обязательного медицинского страхования без участия в ней страховых компаний становится чисто государственной бюрократической структурой, для которой нехарактерна мобильность и гибкость. При такой системе сталкиваются финансовые и властные интересы двух государственных систем – отрасли здравоохранения и обязательного медицинского страхования
Кыргызстан	с 2002 г.	В общей структуре финансирования отрасли здравоохранения средства обязательного медицинского страхования и средства государственного бюджета в совокупности не превышают 50% финансирования оказания медицинских услуг
Литва	с 1991 г.	ОМС охватывает все население и четко разделяет финансирующие организации и поставщиков медицинских услуг; применяется принцип свободного выбора медицинского учреждения; медицинское обслуживание предоставляется государственными и частными медицинскими учреждениями
Чехия	с 1993 г.	Финансирование отрасли здравоохранения в систему обязательного государственного социального медицинского страхования осуществляется частными лицами, работодателями и государством; амбулаторные учреждения (частная собственность), больницы (государственная и частная собственности) работают по договорам с фондами медицинского страхования



Продолжение таблицы Г.1

Страна	Введение системы ОМС (год)	Особенности развития медицинского страхования
Венгрия		<p>Действует ОМС для всего населения (работодатели отчисляют 11% от дохода, работники – 3%); взносы обязательного медицинского страхования собирает Министерство здравоохранения; Законодательство Венгрии по вопросам обязательного медицинского страхования предусматривает, что все граждане имеют право не на получение медицинской помощи, а на медицинское страхование. Однако, чтобы осуществить это право и стать застрахованным или пользоваться услугами частной медицины, нужно иметь работу и соответствующие средства. В результате определенная часть населения оказывается отрезанной от системы медицинского страхования и не имеет доступа к медицинской помощи</p>
Польша	С 2004 г.	<p>Медицинское страхование введено через два государственных учреждения: аграрную кассу социального страхования, обслуживающую более 1,6 млн фермеров и заведение социального страхования, на балансе которого находятся другие работающие граждане. Владелец-фермер ежеквартально платит 66 евро за себя, членов семьи и наемных работников, остальные доплачивает государство. Другие работающие граждане отчисляют в фонд медицинского страхования 9% от заработной платы. Страховые средства поступают в региональные фонды здоровья - областных и районных, и распределяются среди медицинских учреждений в соответствии с бюджетами каждого уровня. Все местные больницы и поликлиники делятся на государственные (обеспечены полным ассортиментом лекарственных препаратов и современным оборудованием благодаря финансированию Национального фонда здоровья Польши за счет обязательных страховых взносов населения) и частные (рассчитывающие на собственные силы) лечебные учреждения</p>
Россия	с 1993 г.	<p>Высокий уровень зависимости объема средств ОМС от экономической ситуации и бюджетных приоритетов - большинство средств расходуется на содержание поликлиник, больниц, оборудование и персонала, в результате чего продолжает расти дефицит системы ОМС, а больные получают за свои страховые взносы незначительную часть нужных услуг; обязательным медицинским страхованием охвачено 96,8% населения; страховые взносы составляют 5,1% от фонда оплаты труда</p>

Приложение Д

Таблица Д.1 – Показатели экономического развития Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВВП, млрд грн. (e1)	345,11	441,45	544,15	720,73	948,06	913,35	1082,57	1316,6	1408,89	1454,9	1566,72	1979,46
Среднемесячная заработная плата одного работника, грн. (e2)	589,6	806,2	1041,4	1351,0	1806,0	1906,0	2239,0	2633,0	3025,0	3265,0	3480,2	4 195,3
Прожиточный минимум, грн. (e3)	362,23	423,0	453,0	492,0	592,0	626,0	825,0	894,0	1017,0	1108,0	1176,0	1330,0
Минимальный размер оплаты труда, грн. (e4)	205,0	262,0	350,0	400,0	515,0	605,0	907,0	941,0	1073,0	1176,0	1218,0	1378,0
Задолженность по выплате заработной платы, млн грн. (e5)	817,6	959,7	806,4	668,7	1123,5	1473,3	1218,1	977,4	893,7	753	1320,1	1880,8
Расходы населения, млн грн. (e6)	243 164	357 479	443 681	586 245	793 630	815 203	944 657	1 143 630	1 310 584	1 396 836	1569308	1 691 431
Сбережения населения, млн грн. (e7)	31 077	45 651	44 203	47 779	52 011	80 377	156 358	123 123	147 280	132 570	83 320	23 174

Продолжение таблицы Д.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Денежные доходы населения, млн грн. (e8)	274241	381 404	472 061	623 289	845 641	894 286	1 101 175	1 266 753	1 457 864	1 529 406	1 516 768	1 714 605
Численность экономически активного населения, тыс. чел. (e9)	20582,5	20481,7	20545,9	20606,2	20675,7	20321,6	20220,7	20247,9	20393,5	20478,2	19920,9	18097,9
Численность безработных, тыс. чел. (e10)	981,8	881,5	759,5	642,3	844,9	531,6	544,9	482,8	467,7	487,6	1847,6	1 654,7
Уровень безработицы, % (e11)	9,2	7,8	7,4	6,9	6,9	9,6	8,8	8,6	8,1	7,7	9,7	9,5
Индекс инфляции, % (e12)	112,3	110,3	111,6	116,6	122,3	112,3	109,1	104,6	99,8	100,5	124,9	143,3
Банковские депозиты, млрд грн. (e13)	40,5	67,2	90,9	147,1	202,9	318,4	436,7	349,6	439,4	524,9	597,6	702,9

Приложение Е

Таблица Е.1 – Показатели демографического развития Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Численность постоянного населения, тыс. чел. (d1)	47422,1	47100,5	46749,2	46465,7	46192,3	45963,4	45782,6	45598,2	45453,3	45426,2	42759,3	42590,9
Число родившихся, тыс. чел. (d2)	427,3	426,1	460,4	472,7	510,6	512,5	497,7	502,6	520,7	503,7	465,9	411,8
Количество умерших, тыс. чел. (d3)	761,3	782	758,1	762,9	754,5	706,7	698,2	664,6	663,1	662,4	632,3	594,8
Коэффициент рождаемости (d4)	1,22	1,21	1,31	1,35	1,46	1,46	1,45	1,46	1,53	1,51	1,49	1,51
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	68,22	67,96	68,1	68,25	68,27	69,29	70,44	71,02	71,15	71,37	71,37	71,38
Количество умерших от болезней системы кровообращения, тыс. чел. (d6)	473,7	488,8	480,8	480,6	480,1	460,6	465,1	440,3	436,4	440,5	425,6	404,6
Количество умерших от новообразований, тыс. чел. (d7)	92,1	91,8	90,4	90	89	88,6	88,8	89	92,9	92,2	83,9	79,5
Количество умерших от болезней органов дыхания, тыс. чел. (d8)	28,5	28	24,7	25,1	23,3	21,1	19,5	17,9	17,1	16,4	14,8	14
Количество умерших от внешних причин, тыс. чел. (d9)	71,3	70	64,6	66	61,4	48,9	44	42,4	41,7	39,6	40,1	34,6

Приложение Ж

Таблица Ж.1 – Показатели состояния отрасли здравоохранения Украины за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (года)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Заболеваемость населения, тыс. чел. (m1)	32573	32912	32240	32807	32467	33032	33080	32381	31162	24600	26881	26789
Количество врачей всех спец-стей, тыс. чел. (m2)	223	224	225	223	222	225	225	224	217	217	186	186
Количество среднего медицинского персонала, тыс. чел. (m3)	522	496	493	488	465	467	467	459	441	441	379	372
Количество больничных учреждений, тыс. (m4)	2,9	2,9	2,9	2,8	2,9	2,8	2,8	2,5	2,4	2,2	1,8	1,8
Количество больничных коек, тыс. (m5)	451	445	444	440	437	431	429	412	404	398	336	332
Количество врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений, тыс.(m6)	7,7	7,8	7,9	8	8,8	8,8	9	8,2	8,3	10,8	9,8	10
Количество посещений в смену, тыс. чел. (m7)	987	990	998	992	987	1000	993	999	1023	1037	912	912
Расходы сводного бюджета на отрасль здравоохранения, млрд грн. (m8)	11,9	12,5	19,7	26,8	33,6	36,6	44,7	48,9	58,5	61,6	57,2	71,0
Расходы государственного бюджета на отрасль здравоохранения, млн грн. (m9)			4099,7	6321,02	7365,51	7534,95	8759,02	10233,9	11358,3	12879,3	10580,8	11450,4

## Приложение И

Таблица И.1 – Показатели экономического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
ВВП, млрд. руб. (e1)	17027,2	21609,8	26917,2	33247,5	41276,8	38807,2	46308,5	55967,2	66926,9	71016,7	79199,7	83232,6
Среднемесячная заработная плата одного работника, руб. (e2)	6740	8555	10634	13593	17290	18638	20952	23369	26629	29792	32495	34030
Прожиточный минимум, руб. (e3)	2376	3018	3422	3847	4593	5153	5688	6369	6510	7306	8050	9701
Минимальный размер оплаты труда, руб. (e4)	600	720	800	1100	2300	4330	4330	4330	4611	5205	5554	5965
Задолженность по выплате заработной платы, млн руб. (e5)	9859	5756	4159	2668	4674	3565	2400	1766	1560	1949	2006	3572
Расходы населения, млн руб. (e6)	10310699	12927033	15533807	19095609	25158 862	27326518	29289349	33197036	37433456	41510785	47466421	50293236

Продолжение таблицы И.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Сбережения населения, млн руб. (е7)	469 437	687198	1172 390	1396 850	1 255930	1269 439	2473 596	1870 067	2467 141	2807 877	378 451	3453 375
Денежные доходы населения, млн руб. (е8)	10976249	13818 975	17290 065	21311 452	25244 047	28697 484	32498 284	35648 674	39903 672	44650 449	47920 651	53538 149
Численность экономически активного населения, тыс. чел. (е9)	72984,7	73581,0	74418,9	75288,9	75700,1	75694,2	75477,9	75779,0	75676,1	75528,9	75428,4	76587,5
Численность безработных, тыс. чел. (е10)	5666,0	5242,0	5250,2	518,6	4697,0	6283,7	5544,2	4922,4	4130,7	4137,4	3889,4	4263,9
Уровень безработицы, % (е11)	7,8	7,1	7,1	6,0	6,2	8,3	7,3	6,5	5,5	5,5	5,2	5,6
Индекс инфляции, % (е12)	111,74	110,91	109,00	111,87	113,28	108,80	108,78	106,10	106,58	106,45	111,36	112,91
Банковские депозиты, млрд руб. (е13)	1 923,7	2 653,2	3 825,5	5 659,3	10 698,2	11 238,1	12 439,2	19 729,8	24 944,9	28 781,7	32 794,6	42 334,9

## Приложение К

Таблица К.1 – Показатели демографического развития Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Численность постоянного населения, млн чел. (d1)	144,3	143,8	143,2	142,8	142,8	142,7	142,9	142,9	143,0	143,3	143,7	146,3
Число родившихся, млн чел. (d2)	1,5025	1,4574	1,4796	1,6101	1,7175	1,7617	1,7889	1,7966	1,9021	1,8958	1,9427	1,9441
Количество умерших, млн чел. (d3)	2,2954	2,3039	2,1667	2,0804	2,0759	2,0105	2,0285	1,9257	1,9063	1,8718	1,9123	1,9085
Коэффициент рождаемости (d4)	1,344	1,294	1,305	1,416	1,502	1,542	1,567	1,582	1,691	1,707	1,750	1,777
Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет (d5)	65,3	65,3	66,6	67,6	67,9	68,7	68,9	69,8	70,2	70,8	70,9	71,4
Количество умерших от болезней системы кровообращения, тыс. чел (d6)	1287,73	1299,45	1232,18	1185,17	1185,99	1136,66	1151,92	1076,46	1055,59	1001,79	940,49	930,10
Количество умерших от новообразований, тыс. чел.(d7)	290,027	287,915	286,232	288,563	289,257	293,602	293,171	292,445	290,880	291,775	290,400	300,232
Количество умерших от болезней органов дыхания, тыс. чел. (d8)	92,954	94,736	82,761	77,947	79,493	79,462	74,808	74,219	70,793	74,068	78,312	75,813
Количество умерших от внешних причин, тыс. чел. (d9)	327,123	315,915	282,785	259,412	244,463	224,576	216,867	199,358	193,774	185,353	186,779	177,590



## Приложение Л

Таблица Л.1 – Показатели состояния отрасли здравоохранения Российской Федерации за 2004-2015 гг.

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Заболеваемость населения, тыс. чел. (m1)	106,287	105,886	108,842	109,571	109,590	113,877	111,428	113,922	113,688	114,721	114,989	113,927
Количество врачей всех специальностей, тыс. чел. (m2)	688,2	690,3	702,2	707,3	703,8	711,3	715,8	732,8	703,2	702,6	709,4	673,0
Количество среднего медицинского персонала, тыс. чел. (m3)	1545,8	1529,8	1545,0	1542,5	1511,2	1517,6	1508,7	1530,4	1520,3	1518,5	1525,1	1549,7
Количество больничных учреждений, тыс. ед. (m4)	9,8	9,5	7,5	6,8	6,5	6,5	6,3	6,3	6,2	5,9	5,6	5,4
Количество больничных коек, тыс. ед. (m5)	1600,7	1575,4	1553,6	1521,7	1398,5	1373,4	1339,5	1347,1	1332,3	1301,9	1266,8	1222,0

Продолжение таблицы Л.1

Показатели	Период (год)											
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Количество врачебных амбулаторно- поликлинич. учреждений, тыс. (м6)	22,1	21,8	18,8	18,3	15,5	15,3	15,7	16,3	16,5	16,5	17,1	18,6
Количество посещений в смену, тыс. чел. (м7)	3577,5	3637,9	3646,2	3673,9	3651,0	3657,2	3685,4	3727,7	3780,4	3799,4	3858,5	3861,0
Расходы сводного бюджета на отрасль здравоохране ния, млн руб. (м8)	283634,67	779702,54	855634,01	1237710,38	1546254,36	1652954,20	1708804,64	769764,44	2283348,39	1506427,14	1732564,22	1937143,53
Расходы госбюджета на отрасль здравоохране ния, млн руб. (м9)	38936,78	70913,59	127264,45	196494,20	278212,95	352312,53	347353,47	499551,29	613822,66	501979,36	535535,43	515985, 11
Страховые премии по ДМС, млн руб.		303741,1	340692,2	404288,5	468764,4	420018,2	451035,0	545112,2	654437,0	734212,6	805070,8	785751,9
Взносы по ОМС, млн руб.		141183,5	203388,3	290729,5	398747,7	465236,2	485618,1	611364,6	840235,9	1199749,9	1360134,4	1537111,7

## Приложение М

Таблица М.1 – Рейтинг стран по показателям ВВП на душу населения, численности населения и количеству страховых компаний, 2017 г.

Страна	ВВП на душу населения, дол. США	Численность населения, млн. чел.	Количество страховых компаний
Лихтенштейн	141100	0,03	40
Люксембург	84700	0,5	97
Норвегия	53300	4,9	120
Швейцария	43400	7,7	151
Нидерланды	42300	16,7	268
Австрия	41700	8,2	127
Швеция	40600	9,1	386
Дания	40200	5,5	184
Ирландия	39500	4,7	227
Финляндия	38300	5,2	63
Германия	37900	81,3	582
Бельгия	37600	10,4	145
Великобритания	35900	63,0	1314
Франция	35000	65,6	441
Испания	30600	47,1	292
Италия	30100	61,3	242
Словения	29100	2,1	21
Кипр	29100	1,1	34
Греция	27600	10,8	73
Чехия	25900	10,2	53
Словакия	23400	4,5	20
Португалия	23200	10,8	82
Эстония	20200	1,2	19
Польша	20100	38,4	63
Венгрия	19600	10,1	32
Литва	18700	3,5	11
Хорватия	18300	4,5	26
Россия	16700	146,3	572
Латвия	15400	2,1	24
Беларусь	14900	9,5	24
Турция	14600	79,7	64
Болгария	13500	7,1	45
Румыния	12300	21,8	45
Сербия	10700	7,2	28
Украина	6200	42,6	361
Молдова	3400	3,7	24

## Приложение Н

Таблица Н.1 – Проблемы развития медицинского страхования

Проблемы экономического характера	Организационно-правовые проблемы	Функциональные проблемы	Информационно-аналитические проблемы	Социально-психологические проблемы
<p>отсутствие страхового рынка;                      высокий уровень инфляции;                      политическая и экономическая нестабильность в стране;                      низкий уровень валового внутреннего продукта;                      инвестиционная непривлекательность страны</p>	<p>отсутствие защиты прав потребителей страховых услуг;                      неопределенность перспектив медицинского страхования;                      отсутствие механизма контроля за качеством предоставляемых страхователю услуг;                      непоследовательный подход к реформированию социального сектора;                      отсутствие нормативно-правовой базы, регламентирующей развитие страховой отрасли;                      отсутствие государственного регулирования и контроля над страховым рынком, непоследовательность действий по организации государственного надзора за страховой деятельностью;                      слабое развитие финансового рынка;                      отсутствие механизма поощрения работодателей по медицинскому страхованию работников и членов их семей</p>	<p>низкая доходность или убыточность медицинского страхования;                      низкий уровень квалификации кадров;                      отсутствие надлежащих традиций длительного положительного опыта работы с клиентами медицинского страхования;                      отсутствие налогового законодательства (страховые платежи за счет прибыли), которое бы стимулировало развитие медицинского страхования;                      отсутствие страховых компаний, в том числе, осуществляющих медицинское страхование</p>	<p>отсутствие качественной статистической информации и недостаточность глубоких информационно-аналитических материалов о состоянии и проблемах организации и развития страхового рынка;                      отсутствие мониторинга рынка;                      отсутствие совершенных рейтингов страховых организаций, которые облегчали бы оценку состояния конкретных страховщиков;                      отсутствие СРО;                      неосведомленность большинства населения о существующих видах страхования, его правилах и нормах, что приводит к низкой страховой культуре населения</p>	<p>отсутствие доверия субъектов экономики к страховым компаниям;                      отсутствие у населения положительного опыта взаимоотношений со страховыми компаниями;                      нежелание населения страховаться;                      готовность физических лиц страховаться по ДМС в том случае, если у них уже есть проблемы со здоровьем</p>

## Приложение П

Таблица П.1 – Проблемы отрасли здравоохранения Донецкой Народной Республики

Характеристика	Проблема
<b>Проблемы, связанные с предоставлением медицинских услуг</b>	
Инфраструктура	<p>формальное отсутствие связи между количеством учреждений здравоохранения разного уровня и структурой услуг, предоставляемых ими, и по численности и возрастному составу прикрепленного населения;</p> <p>отсутствие четкого разделения на службы первичной, вторичной и третичной помощи;</p> <p>недостаточное количество учреждений здравоохранения, оказывающих первичную медицинскую помощь;</p> <p>нерациональная сеть и функциональное использование подразделений скорой помощи;</p> <p>несовершенство системы транспортных коммуникаций для надлежащего функционирования служб скорой помощи;</p> <p>слабое развитие частного сектора здравоохранения;</p> <p>отсутствие реальной конкуренции прежде всего между государственными и негосударственными учреждениями здравоохранения</p>
Механизмы организации предоставления и контроля безопасности и качества медицинских услуг	<p>участково-территориальный принцип закрепления пациента за врачом первичного звена при фактическом отсутствии права пациента на его свободный выбор;</p> <p>неуправляемость маршрутов движения пациентов в системе;</p> <p>методическое несовершенство инструментов внешнего контроля качества (условий лицензирования медицинской практики и аккредитации УЗ);</p> <p>формальность применения инструментов внешнего контроля качества;</p> <p>отсутствие действенной системы управления качеством;</p> <p>ограниченность участия пациентов и общественности в управлении качеством медицинского обслуживания</p>
<b>Проблемы, связанные с кадровым обеспечением отрасли здравоохранения</b>	
Обеспеченность медицинскими кадрами	Угроза дефицита медицинских кадров из-за оттока медицинских кадров из отрасли здравоохранения
Уровень квалификации медицинских кадров	<p>недостаточность практической подготовки специалистов на додипломном и последипломном этапах;</p> <p>несовершенство системы контроля профессионального уровня (аттестации) медицинского персонала;</p> <p>недостаточность условий и стимулов для поддержки профессионального уровня в процессе профессиональной деятельности</p>
Уровень квалификации руководителей системы здравоохранения	<p>отсутствие действенной системы подготовки руководящих кадров для органов и учреждений здравоохранения;</p> <p>отсутствие современных критериев для принятия на руководящие должности</p>

Продолжение таблицы П.1

Характеристика	Проблема
<b>Проблемы, связанные с информационным обеспечением отрасли здравоохранения</b>	
Соответствие потребностям отрасли	информационная система не ориентирована на удовлетворение информационных потребностей управления; низкий уровень дифференциации информационного обеспечения между уровнями управления; низкая достоверность информации; несовершенство существующей системы индикаторов для характеристики здоровья населения и функционирования системы здравоохранения и качества оказания медицинской помощи; отсутствие связи между статистической и экономической информацией
Информатизация	низкий уровень информатизации в отрасли; использование в системе разнородных и не лицензированных информационных программ
<b>Проблемы, связанные с медикаментозным обеспечением отрасли здравоохранения</b>	
Доступность лекарственных средств и изделий медицинского назначения	большинство расходов на приобретение лекарственных средств покрывается населением; неэффективность государственного регулирования и контроля за ценами на лекарственные препараты; система закупок лекарственных средств без учета реальной потребности в них медицинских учреждений, как по объему, так и по номенклатуре; отсутствие мониторинга цен и тарифов на лекарственные средства; либеральный (безрецептурный) отпуск большинства лекарств; неоправданная практика замены дешевых лекарств дорогими
Качество лекарственных средств	отсутствие современной системы управления качеством на всех стадиях обращения лекарственных средств (производство, проверка эффективности, назначение и отпуск лекарственных препаратов). несовершенство системы государственной регистрации лекарственных средств; неэффективность системы фармнадзора; отсутствие прозрачности в сфере назначения и потребления лекарств, что приводит к нерациональному их использованию
<b>Проблемы финансирования отрасли здравоохранения</b>	
Сбор средств	недостаточный объем бюджетного финансирования; чрезмерные прямые расходы населения на нужды здравоохранения; сбор средств происходит значительным количеством различных институтов
Механизмы распределения средств	распределение финансовых средств преимущественно по мощности учреждений здравоохранения; отсутствие четкого разграничения финансовых средств между первичным и вторичным видами медицинской помощи; ограниченность доли финансовых средств на нужды профилактики и первичной медицинской помощи
Закупка медицинских услуг	действующая модель ориентирована на содержание учреждений здравоохранения, а не на оплату оказанных ими медицинских услуг; сметное финансирование учреждений здравоохранения практически исключает гибкость в использовании финансовых средств

## Приложение Р

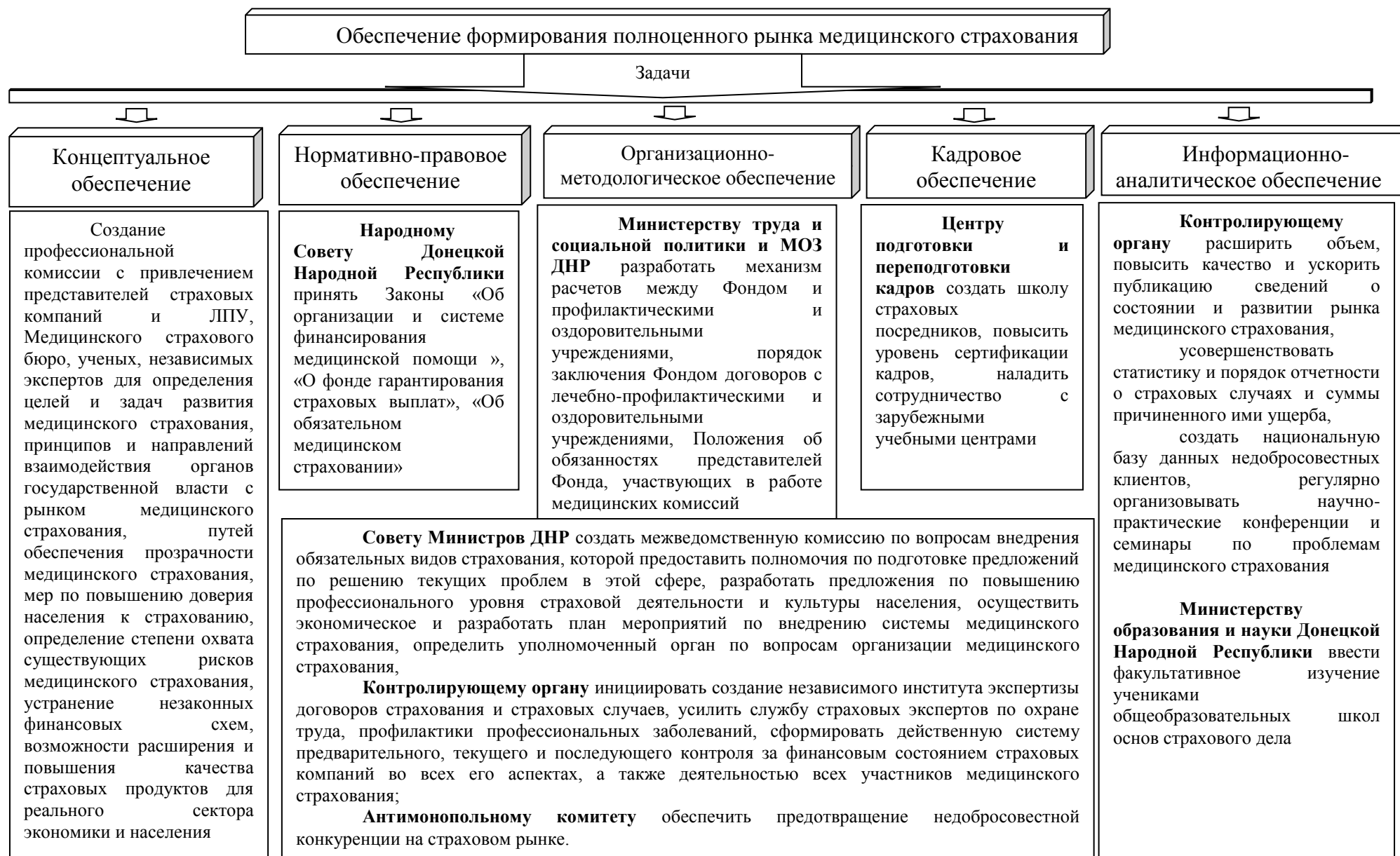


Рисунок Р.1 – Направления обеспечения развития эффективного медицинского страхования

Научное издание

Монография

Е.Г. Сподарева, Л.М. Волощенко

**ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ**

Электронный ресурс

Подписано к печати \_\_.\_\_.2018 г. Формат 60x84x1/16.  
Усл. печ. л. \_\_\_\_\_. Печать – ризография. Тираж 100 экз. Заказ №\_\_\_/\_\_\_

Отпечатано в Цифровой типографии (ФЛП Артамонов Д.А.)  
Свидетельство о государственной регистрации физического  
лица-предпринимателя серия АА02 №51150 от 09.02.2015 г.  
Тел.: +38(050) 886-53-63, e-mail: cyfra\_druk@i.ua