

Федеральное государственное образовательное бюджетное учреждение
высшего образования
«Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации»

На правах рукописи

Шпак Ирина Александровна

ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ РЫНКА СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ США

08.00.14 — Мировая экономика

Автореферат
диссертации на соискание учёной степени
кандидата экономических наук

Научный руководитель: доктор экономических наук, профессор
Стародубцева Елена Борисовна

Москва — 2019

Диссертация представлена к публичному рассмотрению и защите в порядке, установленном ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» в соответствии с предоставленным правом самостоятельно присуждать ученые степени кандидата наук, ученые степени доктора наук согласно положениям пункта 3.1 статьи 4 Федерального закона от 23 августа 1996 г. № 127-ФЗ «О науке и государственной научно-технической политике»

Публичное рассмотрение и защита диссертации состоится 05 июня 2019 г. в 15.30 часов на заседании диссертационного совета Финансового университета Д 505.001.103 по адресу: Ленинградский проспект, д.49, ауд. 214, Москва.

С диссертацией можно ознакомиться в диссертационном зале Библиотечно-информационного комплекса ФГОБУ ВО «Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации» по адресу: Ленинградский проспект, д.49, комн. 200, Москва, ГСП-3, 125993 и на официальном сайте Финансового университета в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» по адресу: www.fa.ru.

Персональный состав диссертационного совета:

Председатель – Звонова Е.А., д.э.н., профессор;
Заместитель председателя - Пищик В.Я., д.э.н., профессор;
Ученый секретарь – Соколова Е.С., д.э.н., профессор;

члены диссертационного совета:

Абрамов В.Л., д.э.н., профессор;
Авдокушин Е.Ф., д.э.н., профессор;
Бунич Г.А., д.э.н., профессор;
Жариков М.В., д.э.н., профессор;
Кузнецов А.В., д.э.н., с.н.с.;
Леонтьева Л.С., д.э.н., профессор;
Логинов Е.Л., д.э.н., профессор;
Навой А.В., д.э.н., профессор;
Савина О.В., д.э.н., профессор;
Сапир Е.В., д.э.н., профессор;
Сильвестров С.Н., д.э.н., с.н.с.;
Хейфец Б.А., д.э.н., профессор.

Автореферат разослан 25 февраля 2019 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета Д 505.001.103,
д.э.н., профессор

Соколова Елизавета Сергеевна

I ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Актуальность темы исследования. Социальные и экономические процессы всегда характеризуются высокой сопряженностью. Поэтому тенденции развития социальной сферы во многом, с одной стороны, зависят, а с другой стороны, определяют тенденции экономических, а также политических и технологических трансформаций. Рынок страховой медицины в этом смысле не является исключением. Напротив, качественная и количественная динамика рынка страховой медицины может рассматриваться как один из ключевых показателей эффективности функционирования и развития национальной социально-экономической системы. Медицинское страхование, выполняя важнейшую социальную функцию, должно не только обеспечивать доступность медицинской и лекарственной помощи населению, но и создавать экономические выгоды на микро- и макроуровнях. Зарубежный опыт показывает, что использование страховых механизмов (не только в части медицинского, но и в части, например, пенсионного обеспечения) является наиболее оптимальным и наиболее рациональным подходом в перераспределении денежных средств на нужды экономики, что в свою очередь способствует увеличению расходов государства на здравоохранение. Так, одна из ведущих стран по размеру ВВП, США, занимает первое место в мире по расходам на здравоохранение. Медицинская индустрия составляет 1/7 всей национальной экономики США, в которой занято более десяти миллионов человек. В США расходуется на здравоохранение в расчете на душу населения в 2-3 раза больше по сравнению с другими развитыми странами на Западе, что приводит к повышению качества жизни, а именно увеличению продолжительности жизни, снижению смертности от хронических заболеваний и т.д.

Рынок медицинского страхования США имеет уникальное организационное строение, а также отличается (в первую очередь от систем медицинского страхования европейских стран и России) своим экономическим содержанием. Система медицинского страхования США, основываясь на рыночно-либеральном подходе, распределяет ответственность за обеспечение здоровья нации между государством и его гражданами. До недавнего времени система медицинского

страхования США, несмотря на наиболее высокий уровень государственных и частных расходов на медицинское и лекарственное обеспечение, характеризовалась практически полным дистанцированием государства от протекающих на рынке медицинского страхования процессов. По уровню оказания медицинских услуг США находится на 37 месте в мире.

Начатые относительно недавно реформы системы медицинского страхования США направлены на усиление роли государства, в первую очередь, в ракурсе контроля финансовых потоков и обеспечения большей доступности медицинских услуг и лекарственной помощи населению. Концептуальные подходы, положенные в основу реформирования в США, стоит признать оптимальными и рациональными, а также значимыми для изучения и использования опыта реформ в российских условиях. Такой тезис обусловлен тем, что российская система медицинского страхования, являясь высокочрезвычайно затратной, но использующей патерналистские подходы в социальной сфере, не является экономически целесообразной и эффективной. Проводимые реформы все в большей степени склоняются к формированию рынка страховой медицины, а планирующийся новый этап реформы 2019 года предполагает расширение его возможностей. Поэтому актуальность темы данной работы представляется обоснованной.

Степень разработанности темы исследования. Представленная тема исследования с одной стороны в достаточной степени рассмотрена в трудах российских и зарубежных ученых. Так, например, общие теоретические вопросы сущности и назначения систем медицинского страхования раскрыты в трудах: Базык Е.Ф., Баматгириева О.А., Баттист Н., Борромео Р., Бэтса Л., Игониной Л.Л., Ившина И.В., Кавра А., Капура А., Королева А., Мартынова А., Митрофанова Р.А., Нурлыбаева А.М., Питса В., Раждана Р., Сантер Р., Ткаченко М.Ф., Хилларда Дж., Цыгановой О.А., Эйкоца Р., Явмардиан М., а также в трудах иных российских и зарубежных ученых.

Одновременно с этим хотелось бы отметить, что при всем многообразии трактовок понятия "рынок страховой медицины", наиболее точное содержание

данной научной категории к настоящему моменту исследования не было предложено.

Общие методические аспекты основных направлений исследования, анализа и оценки систем медицинского страхования изложены в трудах: Рыжакова А.Д., Березникова А.В., Лебедева А.М., Промина М.Е., Онуфрийчук Ю.О., Чупандиной Е.Е., Ериговой О.А., Стародубова В.И., Ефремовой Т.А., Коробова Н.В., Лошакова Л.А., Элмендорфа Д., Роя А., Грубера Дж., Саммерса Б., Бейкера К., Эпштейна А., Галямова А.Ф., Тархова С.В., Исаевой И.В., Соколова А.Ф., Скобелина О.И., Эдлинского И.Б., Филипповой Т.А., Лесникова Р.В. и многих других российских и зарубежных исследователей.

В то же время российские и зарубежные ученые и исследователи в основном уделяют внимание при разработке методик оценки систем медицинского страхования какому-либо одному направлению (институциональному, функциональному, социальному, маркетинговому, экспертному и т.д.). При этом исследовать национальное медицинское страхование наиболее оптимально с точки зрения системного подхода, основываясь на обоснованной совокупности характеризующих тенденции функционирования и развития рынка страховой медицины показатели.

Таким образом, актуальность исследуемого вопроса, недостаточная теоретическая и методическая база, необходимая для разработки основных направлений совершенствования развития рынка страховой медицины в России, предопределили выбор темы диссертационной работы, ее цель, задачи, объект, предмет, и структуру.

Цель диссертационного исследования заключается в выявлении основных тенденций развития рынка страховой медицины США и использовании положительного опыта для развития подобного рынка в России.

Для достижения указанной цели исследования в представленной диссертационной работе были поставлены следующие основные **задачи**:

1) дополнить и развить теоретическое содержание понятия рынка страховой медицины как формы организации здравоохранения;

2) определить основные закономерности эволюционирования национальных рынков страховой медицины с учетом уровня социально-экономического развития стран;

3) провести исследование и структурировать основные аспекты тенденций функционирования, развития, а также реформирования рынка страховой медицины США, выявить основные факторы, влияющие на его эффективность;

4) с использованием экономико-статистических методов провести сравнительный анализ рынка страховой медицины США;

5) разработать предложения по совершенствованию развития рынка страховой медицины в России с учетом опыта США.

Объектом исследования выступает национальная система здравоохранения в США, организация которой принимает форму страхового рынка и во многом определяет динамику экономического развития стран.

Предметом исследования являются экономические отношения, возникающие в связи с функционированием рынка страховой медицины США.

Область исследования. Диссертационное исследование выполнено в соответствии с п. 25 «Национальная экономика отдельных стран в системе мирохозяйственных связей: проблемы оптимизации взаимодействия и обеспечения национальных экономических интересов», п.10 «Взаимодействие государства и бизнеса на национальном и международном уровнях» Паспорта научной специальности 08.00.14 - Мировая экономика (экономические науки).

Теоретическая база данного исследования сформирована общими положениями теории мировой экономики, международных экономических отношений, теоретических основ функционирования и развития рынков медицинского страхования, как одного из факторов повышения конкурентоспособности национальной экономики и обеспечения социальной защищенности населения.

Методология и методы исследования. Методологическая база исследования представлена общими и специальными научными методами. Среди общих научных методов можно выделить: анализ и синтез, дедукцию и индукцию. Среди

специальных методов использовались: экспертные методы, методы макроэкономического, экономико-статистического, финансово-экономического, организационно-функционального, сравнительного анализа, а также экономико-математические методы.

Информационную базу исследования составили актуальные статистические и аналитические данные Федеральной службы государственной статистики, Федеральной службы по финансовым рынкам, Центрального банка Российской Федерации (Банка России), мировой статистики здравоохранения, а также статистические данные по развитию рынка медицинского страхования в США. Кроме этого, в работе были использованы законодательные и нормативные акты Российской Федерации и США относительно рассматриваемой темы исследования. Также в работе были использованы аналитические данные Всемирной организации здравоохранения, Всемирного банка, ООН и других международных и межправительственных организаций, осуществляющих мониторинг и разработку решений в области обеспечения социальных гарантий, а также в части сохранения здоровья населения мира, материалы Парламентских слушаний США, Бюро экономического анализа, Министерства торговли США, сети Интернет.

Научная новизна исследования заключается в раскрытии тенденций и закономерностей функционирования рынка услуг медицинского страхования как фактора конкурентоспособности национальной экономики США и на основе изучения опыта этой страны, в части реформирования рынка страховой медицины, разработка предложений по совершенствованию российской системы обязательного и добровольного медицинского страхования.

Положения, выносимые на защиту. В соответствии с поставленными в исследовании задачами, были получены следующие научные результаты:

1. Теоретически уточнено, что рынок страховой медицины, рассматриваемый с системной точки зрения, которая включает учет институционального, отраслевого, экономического, финансового и функционального аспектов, это система многосторонних взаимоотношений, позволяющая обеспечить минимизацию социальных рисков потребителей

страховых продуктов в части услуг здравоохранения и расширяющая возможности страховых компаний как институциональных инвесторов (С.14-58);

2. На основе проведенного исследования функционирования и развития системы медицинского страхования США, выявлены основные тенденции развития рынка, в частности, низкая доля государственного участия на рынке страхования, несмотря на расширение возможностей бесплатного здравоохранения, преобладание частного страхования, появление обязательного страхования, участие работодателей в расходах на покупку страховых полисов работников, высокая затратность медицинского страхования для населения, что чревато социальными издержками в условиях снижения покупательной способности населения и роста стоимости жизни, монополизация рынка ведущими страховыми компаниями, появление дополнительных участников. Подвергнута анализу базовая концепция системы медицинского страхования США, в результате которого сделано заключение, что страховая медицина как форма организации здравоохранения и ее правовое регулирование остаются основанными на рыночно-либеральных принципах, что имеет как положительное, так и отрицательное значение (С. 59-103);

3. Разработана модифицированная и диверсифицированная методика сравнительного анализа рынков страховой медицины стран, включающая расчет ключевых показателей (коэффициент удельной альтернативной себестоимости; коэффициент динамики себестоимости; коэффициент роста удельной себестоимости относительно среднедушевых доходов населения), агрегировано и инвариантно характеризующих экономичность, эффективность и результативность созданной национальной системы медицинского страхования по основным её сегментам (государственное/частное и обязательное/добровольное медицинское страхование) (С.104-129);

4. Разработанная автором эконометрическая модель позволила провести сравнительный анализ американского и российского рынков страховой медицины на основе совокупности унифицированных оценочных показателей по основным направлениям оценки (сегмент государственного или обязательного медицинского страхования и сегмент частного или добровольного медицинского страхования) с

точки зрения экономичности, эффективности и результативности каждого сегмента (С.129-148);

5. На основе изучения опыта США предложена эконометрическая модель развития системы страховой медицины в России. Модель адаптивно интегрирует либеральный и патерналистский подходы, сохраняя при этом в системе медицинского страхования два ключевых сегмента, каждый из которых характеризуется исчерпывающим перечнем организационно-экономических характеристик (например, результативность, эффективность, экономичность). Основная концепция модели состоит в том, чтобы снизить уровень социальной нагрузки на государство и распределить ответственность за обеспечение здоровья нации между собственно государством и самими гражданами (С. 129-148).

Теоретическая значимость полученных в исследовании результатов заключается в том, что основные теоретические и методологические положения, а также сформулированные выводы могут быть использованы в направлении:

- развития теоретико-методологических концепций, инструментария и моделей развития национальных систем здравоохранения, рынка страховой медицины, а также отдельных отраслевых решений, связанных с социальным обеспечением, социальными гарантиями населению;
- совершенствования методических основ оценки функционирования и развития рынков страховой медицины, их отдельных функциональных сфер и сегментов;
- в дальнейшей разработке аналитико-оценочных процедур, направленных на оценку эффективности и качества принятых решений в области совершенствования и модернизации страховой медицины в современных экономических условиях.

Практическая значимость исследования. Предложенные в диссертационной работе теоретические рекомендации могут быть использованы при реформировании российской системы страховой медицины, при разработке стратегии реформирования здравоохранения Российской Федерации, повышения конкурентоспособности российского рынка медицинских услуг в условиях глобализации мировой экономики. Основные положения диссертационного исследования могут быть использованы в учебном процессе в преподавании

учебных дисциплин «Международные финансы», «Международные валютно-кредитные отношения», «Актуальные проблемы организации и реформирования современного мирового финансового рынка», «Медицинское страхование», «Страхование», «Мировая экономика» в высших учебных заведениях.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность и научная обоснованность результатов, положений, выводов и рекомендаций, содержащихся в диссертационном исследовании, подтверждается их апробацией в установленном порядке. Обоснованность выводов и результатов исследования подтверждается применением фундаментальных положений экономической теории, использованием адекватных статистических методов анализа, а также изучением широкого круга актуальных публикаций по теме диссертации (120, в том числе 29 иностранных).

Апробация и внедрение результатов исследования. Основные положения и выводы диссертации получили одобрение на следующих научных мероприятиях: на научно–практической конференции «50-лет ЮНКТАД» (Москва, Финансовый университет, 27 марта 2015 г.); на XII международной научной конференции «Проблемы и перспективы современной науки» (Москва, Центр научного сотрудничества «Международные научные исследования», 25 ноября 2016 г.), на XIV международной научно-практической конференции «Достижения и проблемы современной науки» (Санкт-Петербург, научный журнал «Глобус», 04 декабря 2016 г).

Отдельные выводы и положения диссертации используются в практической деятельности Департамента международного сотрудничества и связей с общественностью Министерства здравоохранения Российской Федерации. Качественная и количественная динамика рынка медицинского страхования, представленные в диссертации в ряду ключевых показателей эффективности функционирования и развития национальной социально-экономической системы, использованы при подготовке методики оценки медицинского страхования на основе экономического подхода. Разработанная в диссертации адаптивная модель развития системы медицинского страхования в России также нашла применение в

практической работе Департамента, поскольку предполагает значительную экономию бюджетных средств, которые могут быть направлены на развитие как социальных программ, так и иных отраслей экономики. Применение положений и выводов диссертации позволило более четко оценить риски и возможности формирования конкурентоспособного рынка страховой медицины России.

Материалы диссертации используются в практической деятельности Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева Департамента здравоохранения Москвы». В частности, используется методика оценки медицинского страхования на основе экономического подхода и описанная в исследовании адаптивная модель развития системы медицинского страхования населения в России. Применение указанных результатов исследования способствует развитию рынка добровольного медицинского страхования (увеличению объема оказанных в рамках добровольного медицинского страхования платных медицинских услуг).

Внедрение результатов диссертационного исследования подтверждено соответствующими документами.

Публикации. Основные результаты диссертационного исследования опубликованы в 6 научных работах общим объемом 3,9 п.л. (авторский объем 3,7 п.л.), в том числе 3 работы авторским объемом 1,9 п.л. опубликованы в изданиях, определенных ВАК при Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации. Цель и задачи исследования предопределили структуру диссертационной работы. Текст диссертации изложен на 173 страницах и состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы из 120 наименований источников, 3 приложений. Отдельные положения исследования проиллюстрированы 15 таблицами и 23 рисунками.

II ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В соответствии с целью и задачами исследования выделены и рассмотрены следующие группы проблем.

Первая группа посвящена анализу теоретических аспектов развития рынка страховой медицины. Показано что рынок страховой медицины, в отличие от классического финансового рынка представляет собой более сложную конструкцию: среди участников выделяются покупатели – население, приобретающее полисы добровольного и обязательного страхования, продавцы - страховые компании, государство, выступающее продавцом опосредованно через страховые компании. Медицинские учреждения (в широком смысле слова) выступают бенефициарами на данном рынке. Достаточно серьезно присутствие на данном рынке работодателей, которые осуществляют финансирование покупки страховых полисов сотрудников компаний. Помимо этого, существуют разнообразные фонды, осуществляющие дополнительное финансирование. Классических посредников финансового рынка здесь нет. Объектом выступают страховые полисы, не обращающиеся на вторичном рынке, которого в принципе не существует. Рынок подвержен серьезному контролю со стороны государства в силу его социальной значимости. Существенно меняется роль данного рынка, с одной стороны, это связано с колоссальными денежными средствами, которые аккумулирует данный рынок, что позволяет перераспределять их реципиентам. Особенно важно это в настоящее время, когда все страны, и в первую очередь США поставили задачу проведения реиндустриализации страны. С другой стороны, важность данного рынка обусловлена его социальной значимостью в условиях колоссального дефицита государственного бюджета, когда основная часть финансирования медицины осуществляется страховыми компаниями в соответствии с рисунком 1.

Рынок страховой медицины, таким образом, встроен в мировой финансовый рынок как особый механизм перераспределения денежных средств. Исходя из этого, в работе показано, что рынок страховой медицины можно рассматривать с различных теоретических позиций и подходов. Но наиболее правильным будет рассмотрение рынка страховой медицины в системном аспекте.



Источник: разработано автором.

Рисунок 1 – Системное представление рынка медицинского страхования

Это позволяет дать уточняющее теоретическое определение рынка страховой медицины. Рынок страховой медицины – это институт, обеспечивающий многосторонние взаимоотношения между государством и населением по поводу обеспечения медицинскими услугами, регулируемый на нормативно-законодательном уровне и интегрированный с финансовым рынком и его страховым сегментом, определяющий динамику, структуру и масштаб экономического обмена по поводу купли-продажи услуг страховой медицины, обеспечивающий минимизацию социальных рисков потребителей страховых продуктов и предполагающий обязательное и /или добровольное страхование.

Проведенный анализ позволил определить основные закономерности эволюции рынков страховой медицины с учетом уровня социально-экономического развития стран, как показано на рисунке 2.



Источник: разработано автором с использованием источника: Annual Report – 2014 // World Bank Publication, 2014. – 60 pp.

Рисунок 2 – Закономерности эволюции рынков медицинского страхования в странах, характеризующихся различным уровнем развития

Мировой рынок страховой медицины показывает значимый прирост спроса, но с другой стороны характеризуется стремлением потребителей минимизировать

свои расходы на медицинское страхование за счет использования дополнительных профилактических программ и стремления к здоровому образу жизни. Не менее важна и другая тенденция, которая состоит в увеличении стоимости как лечебных, так и профилактических услуг, что снижает уровень их доступности для широких слоев населения (многодетные семьи, лица с ограниченными возможностями здоровья, пенсионеры по возрасту и по выслуге лет). И еще одна важнейшая тенденция мирового рынка страховой медицины заключается в трансформации участия государств в рыночных процессах в сфере социального и медицинского страхования

В развитых странах (в основном к ним относятся страны Организации экономического сотрудничества и развития) национальные системы здравоохранения функционируют и развиваются за счет социального (государственного или обязательного) и добровольного (частного) медицинского страхования. В развивающихся и странах с транзитивной экономикой функционирование национальных систем здравоохранения обеспечивается за счет значимых государственных вложений. Из этого следует, что финансирование сферы здравоохранения должно быть интегрированным, и основанным на использовании механизмов обязательного и добровольного медицинского страхования, что позволяет, во-первых, диверсифицировать социальные риски, во-вторых, обеспечить должный уровень медицинского обслуживания, в-третьих, распределить ответственность между государством и непосредственно самими потребителями медицинских услуг, в-четвертых, наряду с социальными функциями выполнить и экономическую, за счет наращивания инвестиционного потенциала, который может быть направлен в том числе и на реиндустриализацию, а следовательно и на развитие реального сектора экономики, обеспечивающего экономический рост.

Вторая группа проблем связана с анализом рынка страховой медицины США, в рамках которого было проведено исследование тенденций его функционирования и развития. Рынок страховой медицины в США достаточно развит. В отличие от большинства развитых стран, США никогда не имели системы обязательного медицинского страхования. Финансирование медицины осуществляется в основном через частные страховые компании. Государство в этот

процесс не вмешивается, все регулируется рынком. Среди основных участников рынка стоит назвать, в первую очередь крупные страховые транснациональные компании (5 крупнейших ТНК), занимающие ведущие места в рейтингах, например, State Farm Group, Allstate Insurance Group. Отмечено, что страховые компании осуществляют достаточно тесную связь с медицинскими учреждениями не только в плане оплаты их услуг, но и в выборе их как объекта сотрудничества, что усиливает конкуренцию между последними и повышает качество предоставляемых услуг. Особенностью медицинского страхования США является участие в расходах на здравоохранение работодателей, граждан (наемных работников) и государства. Их степень участия в медицинских затратах в последние годы составляла соответственно около 27%, 32% и 41%. Помимо этого, американская система характеризуется достаточно высокой затратностью, отсутствием всеобщего охвата населения медицинским страхованием и отсутствием гарантируемого минимального объема медицинской помощи. Наличие только двух программ государственного медицинского страхования (Medicaid и Medicare) приводит к необходимости населения обращаться за страховыми полисами к частным страховым компаниям, что расширяет возможности последних как институциональных инвесторов. Однако насущная необходимость с точки зрения обеспечения экономического роста в усилении социальной ориентированности экономики приводит к некоторому пересмотру отношений государства и частных компаний на рассматриваемом рынке, что проявилось в проведении реформы здравоохранения, которая непосредственно затронула и функционирование рынка страховой медицины. Итоги исследования тенденций функционирования и развития рынка страховой медицины в США, позволяют заключить следующее:

1. Предложенные администрацией Президента Б. Обамы решения по реформированию национального здравоохранения и системы медицинского страхования являлись необходимыми и своевременными, поскольку уровень доступности медицинской и лекарственной помощи населению до начала реформ неуклонно снижался, при этом имел место постоянный рост стоимости медицинских услуг, не всегда обусловленный повышением качества последних;
2. Реализованные к 2016 году решения по реформированию национального

здравоохранения и системы медицинского страхования показали определенные положительные результаты (сократился удельный вес незастрахованных граждан с 16% в 2010 году до 5% в 2015, увеличилась доступность медицинской и лекарственной помощи для этих и некоторых других категорий граждан, усилено государственное участие и государственный контроль в системе медицинского страхования граждан);

3. В то же время к настоящему моменту не реализованы меры, направленные на снижение стоимости медицинских услуг, сокращение расходов федерального бюджета по медицинскому страхованию граждан (в программах Medicaid и Medicare), а также частных лиц и корпоративного сектора по трем основным причинам: политико-экономическое лобби, противодействующее реализации этих мер; старение населения, что способствует росту спроса на медицинские услуги; недостаточное качество физического здоровья граждан США, требующее использование высокотехнологичной и дорогостоящей медицинской и лекарственной помощи;

4. Уровень поддержки населением реформ национального здравоохранения и системы медицинского страхования существенно снизился в 2014 году (практически на треть) относительно периода инициации реформ (2008 – 2010 гг.), в том числе по причинам экономического характера (сохранение высокой стоимости медицинских услуг, неэффективное расходование лечебно-профилактическими учреждениями государственных, частных и корпоративных финансовых ресурсов и т.п.).

5. В целом, наличие развитого рынка страховой медицины способствует развитию здравоохранения. Формируя страховой фонд из взносов работодателей и работников, и используя его на оплату медицинских услуг, страховые компании тем самым способствуют сокращению затрат государства на эти цели, что позволяет высвободившиеся средства направлять на развитие медицины в целом. Подтверждением тому выступают лидирующие позиции США в различных областях медицинской науки, результатом чего можно считать возрастающую продолжительность жизни населения.

Анализ ключевых направлений реформы здравоохранения позволил заключить, что организация медицинского страхования в США, правовое регулирование

системы медицинского страхования остается основанным на рыночно-либеральных принципах. Несмотря на то, что не все цели реформирования системы медицинского страхования в США были достигнуты и не все необходимые решения были реализованы на практике, общую концепцию совершенствования национального здравоохранения в США можно признать целесообразной. Только в результате сокращения административных расходов в страховых компаниях предполагается высвободить 286 млрд долларов. Кроме того, ожидается, что реформа будет иметь и серьезный экономический эффект: планируется появление 400 тыс. новых рабочих мест. К тому же введение новых налогов на доходы состоятельных граждан и фармацевтических компаний в объеме 409,2 млрд долларов к 2019 г. позволит снизить размер дефицита государственного бюджета в течение ближайших 10 лет на 138 млрд долларов и ещё на 1,2 трлн долларов - в последующее десятилетие. В то же время стоит отметить и некоторые минусы данной реформы, которые уже проявились и стали причиной недовольства части населения США. К примеру, частные страховые компании столкнулись со снижением прибыльности из-за конкуренции с государственным страхованием и расширением предмета страхования, что привело к увеличению расходов на выплату страхового возмещения. Ежемесячные расходы на оплату медицинских услуг в 2014-15 гг. оказались на 22% выше прогнозов. В результате три из пяти крупнейших страховых компаний США в сфере здравоохранения объявили об уходе с данного рынка, ссылаясь на совокупный убыток в 1,5 млрд долларов. В частности, лидер американского рынка страховой медицины United Healthcare потеряла по итогам 2015 года 475 млн долларов, третья по величине компания Aetna – 300 млн долларов. В результате происходит не сокращение стоимости страховки, как предполагалось, а ее рост (по расчетам не менее чем на 24% в 2017 году).

Основные изменения, произошедшие на рынке страховой медицины в результате реформы, связаны в первую очередь с институциональными изменениями, в частности, появлением на нем двух субъектов - так называемых ответственных медицинских организаций (Accountable Care Organization) и бирж медицинского страхования, которые призваны контролировать и согласовывать

деятельность участников рынка – страховщиков, медицинских учреждений и населения. С 2014 года в каждом штате США появляется специальный рынок медицинского страхования (Health Insurance Marketplace), в функции которого входит помощь в поиске страховой компании и выгодного страхового плана. На рынке представлены предложения всех частных страховых компаний, где указаны размеры взносов и ключевые особенности предлагаемого страхового продукта. Существует этот рынок под руководством федерального правительства и властей штата. Появилось (в 2016 г.) предложение о создании социальной страховой структуры. Второе направление, коснувшееся рынка, нормативно-правовые изменения, которые регламентируют национальные принципы медицинского страхования граждан и прочих лиц, проживающих на территории США (беженцы, иммигранты, вынужденные переселенцы). Третье направление – касается вопросов финансирования и перераспределения средств между участниками рынка. С учетом введения обязательного страхования сотрудников компаниями со штатом более 50 человек, расширятся поступления в страховые компании, что расширит их инвестиционные возможности. Четвертое направление связано с появлением на этом рынке государственного страхования, которое призвано стать серьезным конкурентом частным страховым компаниям, что должно снизить стоимость страхового полиса и увеличить число людей, имеющих страховку, до 95% вместо имеющихся 84%.

Значимая роль рынка страховой медицины обуславливает необходимость анализа и оценки деятельности основных субъектов и моделей функционирования рынка. Система медицинского страхования очень многолика, многофакторна и сложна, так как ее инфраструктура вбирает огромный спектр политических, социальных и экономических проблем, и каждая из этих моделей может иметь несколько типов реализации, зависящих от вариантов финансового взаимодействия подсистем, входящих в систему медицинского страхования, наличие связей различного характера между ними, влияние подсистем на обеспечение государственной политики в деле внедрения медицинского страхования. С этой целью в работе была предложена методика исследования рынка страховой медицины, которая должна синтезировать в себе экономический подход и

дополнительные аспекты оценки (функциональные, маркетинговые, социальные), дифференцированные по направлению государственного (обязательного) и частного (добровольного) медицинского страхования и представлена модель оценки деятельности института медицинского страхования. При этом важнейшими аналитическими показателями функционирования этого института стоит считать такие показатели как: экономичность, эффективность и результативность. Исследование системы страховой медицины и получение аналитических показателей позволяет оценивать текущее состояние дел в сфере здравоохранения и качества предоставляемых медицинских услуг, а также своевременно идентифицировать возможные проблемы и принимать обоснованные решения на основе объективной информационной базы.

Третья группа проблем связана с обоснованием возможностей использования опыта развития рынка страховой медицины в России. С этой целью был проведен сравнительный анализ систем медицинского страхования России и США, который показал, что российская система медицинского страхования (в отличие от национальной системы медицинского страхования США) не может быть признана оптимально функционирующей и планомерно развивающейся ни в части обязательного, ни в части добровольного медицинского страхования. В США система медицинского страхования в большей степени удовлетворяет требованиям экономичности, эффективности и результативности. Российская система медицинского страхования, характеризуясь такими негативными моментами как: отсутствие целевого учета средств застрахованных, доминирующее положение обязательного медицинского страхования, создает в большей степени дополнительную нагрузку на федеральный бюджет, нежели направлена на снижение социальных рисков государства. Однако, несмотря на определенные отличия, возможности отдельных направлений функционирования американского рынка для использования в России существуют. Поэтому была предпринята попытка разработать эконометрическую модель, направленную на развитие рынка медицинского страхования в России с учетом опыта США и логически основывающуюся на том, что система медицинского страхования, включая два основных сегмента, должна иметь четкое дифференцирование по способам

ценообразования, основным принципам и категориям страхуемого населения. Модель адаптивно интегрирует либеральный и патерналистский подходы, сохраняя при этом два ключевых сегмента (частное или добровольное медицинское страхование и государственное обязательное медицинское страхование), каждый из которых характеризуется исчерпывающим перечнем организационно-экономических характеристик, рисунок 3. Основная концепция модели состоит в том, чтобы снизить уровень социальной нагрузки на государство и распределить ответственность за обеспечение здоровья нации между собственно государством и самими гражданами. Все это должно создавать стимулы для ответственного отношения граждан к своему здоровью, что в свою очередь, предполагает планомерное снижение социальных рисков и потенциальное увеличение экономических выгод.

Таким образом, предлагаемая модель имеет диверсифицированное целевое назначение в каждом из сегментов национальной системы медицинского страхования:

- в добровольном сегменте медицинское страхование направлено на обеспечение доступности, достаточности и эквивалентности медицинских услуг и лекарственной помощи всем работающим и самозанятым гражданам, а также их семьям посредством частного финансирования затрат, что стоит рассматривать как персональные или солидарные инвестиции в сохранение здоровья;
- в государственном сегменте медицинское страхование направлено на обеспечение доступности медицинских услуг в виде гарантированного минимума для законодательно установленных категорий граждан посредством государственного финансирования затрат, что стоит рассматривать как селективные социальные обязательства государства перед наименее защищенными категориями граждан.



Источник: разработано автором.

Рисунок 3 – Адаптивная модель развития системы медицинского страхования населения в России

На основе прогнозирования изменений, которые произойдут в российской системе медицинского страхования на основании предлагаемой модели, было установлено, что предлагаемая эконометрическая модель является потенциально эффективной (предполагается значительный прирост валового оборота в сфере финансовых услуг населению) и обеспечивает значительную экономию бюджетных средств, которые могут быть направлены как на развитие иных социальных программ, так и инновационных отраслей экономики. Важным достижением модели можно считать устранение дублирующих функций сегмента добровольного медицинского страхования относительно сегмента обязательного медицинского страхования. Вышесказанное позволяет заключить, что предлагаемая модель развития системы медицинского страхования в России будет обеспечивать адресность государственного обязательного медицинского страхования, а также целевое расходование денежных средств в добровольном медицинском страховании.

III ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поставленные цель и задачи решены в ходе проведенного диссертационного исследования. Подведены итоги работы и сформулированы основные научно-практические рекомендации по формированию рынка страховой медицины в России с учетом адаптации опыта США, в частности, развитие системы добровольного медицинского страхования, создание конкурентного рынка страховых компаний, расширение возможностей населения в выборе страхового продукта, расширение участников рынка страховой медицины, повышение информированности о страховых компаниях и их продуктах через создание онлайн-бирж. Таким образом, использование конструктивного опыта США позволит избежать внедрения неэффективных механизмов при развитии рынка страховой медицины в России, сэкономив время и ресурсы системы.

IV СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых научных изданиях,
определенных ВАК при Минобрнауки России:

1. Шпак, И.А. Здоровоохранение в США: Необходимость реформ / И.А. Шпак // Горизонты экономики. – 2015. – № 5 (24). – С. 142-146. (0,6 п.л.).
2. Шпак, И.А. Сравнительный анализ систем страхования здоровья в зарубежных странах / И.А. Шпак // Горизонты экономики. – 2016. – № 1 (27). – С. 101-106. (0,6 п.л.).
3. Шпак, И.А. Базовая адаптивная модель для развития системы медицинского страхования в России на основе опыта США / И.А. Шпак // Горизонты экономики. – 2016. – №4 (30). – С. 117-123. (0,7 п.л.).

Публикации в других научных журналах и изданиях:

4. Шпак, И.А. Современные проблемы финансирования здравоохранения США / И.А. Шпак, Е.Б. Стародубцева // Мировая экономика: вызовы глобального развития. Научное обозрение. – М.: Эдитус, 2014. – Т 1. – Выпуск 2. – С. 189-196. (0,4/0,2 п.л.).
5. Шпак, И.А. Основные методические подходы к оценке медицинского страхования / И.А. Шпак // Проблемы и перспективы современной науки: Материалы XII международной науч.-практич. конф. – М.: ISI-journal, 2016. – С. 45-52. (0,8 п.л.).
6. Шпак, И.А. Понятие и классификация медицинского страхования как объекта рынка страховой медицины: добровольное и обязательное медицинское страхование / И.А. Шпак // Достижения и проблемы современной науки: Материалы XIV международной науч. - практич. конф. – СПб.: Научный журнал «Globus», 2016. – С. 48-55. (0,8 п.л.).