

**И. П. Хоминич**

доктор экономических наук, профессор,
заведующая кафедрой страхования,
Российский экономический университет
им. Г. В. Плеханова, Москва, Россия
khominich.i@gmail.com

УДК 368

**Н. Ф. Челухина**

кандидат экономических наук,
доцент кафедры страхования,
Российский экономический университет
им. Г. В. Плеханова, Москва, Россия
chelukhina.n@gmail.com

О ФОРМИРОВАНИИ И РАЗВИТИИ СИСТЕМЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Аннотация. В статье дана оценка отдельных проблем здравоохранения в современных условиях и высказаны рекомендации по использованию страховых инструментов в модернизации этой отрасли с целью обеспечения социальной защиты населения. Рассмотрены действующие концепции медицинского страхования здоровья граждан. Обоснована роль медицинского страхования в поддержании и развитии человеческого капитала нации.

Ключевые слова: медицинское страхование, человеческий капитал, социальная защита, старение населения.

І. П. Хомініч

доктор економічних наук, професор, завідувач кафедри страхування,
Російський економічний університет ім. Г. В. Плеханова, Москва, Росія

Н. Ф. Челухіна

кандидат економічних наук, доцент кафедри страхування,
Російський економічний університет ім. Г. В. Плеханова, Москва, Росія

ПРО ФОРМУВАННЯ І РОЗВИТОК СИСТЕМИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ

Анотація. У статті дано оцінку окремих проблем охорони здоров'я в сучасних умовах і висловлено рекомендації стосовно використання страхових інструментів у модернізації цієї галузі з метою забезпечення соціального захисту населення. Розглянуто чинні концепції медичного здоров'я громадян. Обґрунтовано роль медичного страхування у підтримці та розвитку людського капіталу нації.

Ключові слова: медичне страхування, людський капітал, соціальний захист, старіння населення.

Irina Khominich

Doctor Hab. in Economics, Professor, Head of Insurance Department,
Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia

Natalia Chelukhina

Ph.D. in Economics, Associate Professor, Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia

ABOUT FORMATION AND DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE SYSTEM

Abstract. The article provides an assessment of some problems of health care in modern conditions and the recommendation about usage of insurance tools in modernization of this branch for the purpose of ensuring social protection of the population. The authors considered the concepts of health insurance funding model of insurance coverage and types of the risks of public health. There are different approaches to insurance models formation in different states. Traditional systems oriented on sustaining the health level, on financial security of patients preserving or on accidental damage compensation need to be combined using the methods of proper state regulation in new social-health insurance model. Also, the role of health insurance in the maintenance and development of the human capital of the nation is substantiated.

Key words: health insurance; human capital; social security; demographic aging.

JEL Classification: I11, I13, I18

Постановка проблеми. Здравоохранение как отрасль социального комплекса в современных посткризисных условиях является предметом особой заботы государств и правительств, поскольку наряду с пенсионной системой, образованием, культурой, искусством она обеспечивает поддержание и приращение человеческого капитала. Сегодня во всем мире признается факт, что здоровье – это неотъемлемая составляющая человеческих прав, ключевой элемент стабильного экономического развития, глобальной безопасности, эффективного государственного управления. Вопросы, связанные с исследованием, анализом и поиском новых подходов к организации социальной защиты человеческого капитала, всегда актуальны. Это обусловлено, прежде всего, тем, что работоспособная часть населения страны подвергается рискам, которые сокращают возможности развития и использования этого капитала. Старение населения может иметь различные последствия для конкретных отраслей социа-

льной защиты, в том числе, оно порождает потребность в дополнительных источниках финансирования здравоохранения.

Социальная и финансовая практика выработала различные модели, финансовые механизмы, методы регулирования и стимулирования развития здравоохранения. Однако новое время приносит новые вызовы, на которые следует адекватно реагировать.

Проблемы реформирования отрасли здравоохранения являются актуальными для многих стран в силу объективных обстоятельств, связанных с демографическими факторами и финансовыми проблемами госбюджетов.

Большинство современных систем здравоохранения были созданы во времена экономического роста и финансового процветания. Сегодня же мир переживает последствия глобального финансового кризиса и находится в поиске механизмов преодоления долговых, фискальных,

структурных проблем. Особенно критическими эти процессы представляются на фоне старения населения, которое оказывает влияние как на общество в целом, так и на экономику, системы социального страхования и обеспечения [1].

Анализ последних исследований и публикаций.

Под термином «старение» понимается не только увеличение доли населения в пожилом (пенсионном) возрасте. Имеет место кардинальное изменение баланса возрастных групп в целом. Оно проявляется в уменьшении доли молодого населения, вызванном снижением рождаемости, значительным сокращением в будущем удельного веса работающего населения, увеличением числа пожилых и очень пожилых лиц, которым потребуется поддержка в зависимости от состояния их здоровья. На глобальном уровне старение населения приведет к радикальным трансформациям многих аспектов нашей жизни. Поскольку демографическое старение как тенденция носит долгосрочный характер, то его последствия еще долго будут негативно сказываться на финансовой устойчивости систем социального страхования.

Влияние старения населения на финансовые системы государств весьма велико и возрастает по мере развития этой всеобщей демографической тенденции. Без преувеличения можно сказать, что в стратегическом периоде именно старение населения и сопровождающие его эффекты правомерно рассматривать в качестве определяющего фактора функционирования финансового хозяйства многих стран мира. Весомость этого фактора подтверждается тем вниманием, которое проявляют к нему международные финансовые организации. Так, например, Центром стратегических и международных исследований МВФ разработан Глобальный индекс готовности к старению населения (*The Global Aging Preparedness Index*) как новый аналитический инструмент для оценки прогресса стран во всем мире в подготовке к глобальному старению. Как показывает Глобальный индекс готовности к старению населения (ГГС), за некоторым исключением, в наибольшей степени выполнить обещания, данные пенсионерам, готовы те страны, которые обещали им меньше всего.

Н. Хоу (*N. Howe*), Р. Джексон (*R. Jackson*) в своих статьях [2] представили методику составления ГГС и результаты расчетов по 20 странам мира с прогнозом их готовности к старению населения до 2040 г. (табл.). Очевиден главный вывод – чем ниже бремя для работающего насе-

ления и выше уровень жизни престарелых граждан, тем больше готовность страны к старению населения. Однако этот весьма разумный, на наш взгляд, тезис довольно сложно реализовать на практике.

Еще одной проблемой, затронувшей многие страны, стало стремительное увеличение расходов на здравоохранение (*рис.*), начало которого пришлось на 80-е годы XX века и неизбежно продолжится в будущем. Согласно прогнозам Мирового банка, государственные расходы на здравоохранение в Евросоюзе увеличатся с 8% от ВВП в 2000 г. до 14% в 2030 г. и будут расти в дальнейшем.

Наряду с обозначенными выше проблемами для экономически развитых стран стали характерны менее здоровый образ жизни населения, рост числа хронических заболеваний, что привело к увеличению потребления медицинских услуг, а также изменение приоритетов в охране здоровья граждан в целом. Зачастую и финансовая

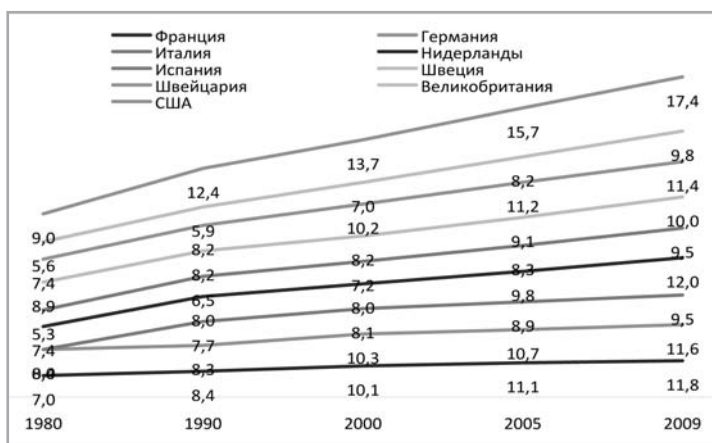


Рис. Динамика расходов на здравоохранение в некоторых странах в процентах к ВВП за период с 1980-го по 2009 г.

Источник: [4]

структура систем здравоохранения перестала соответствовать современным экономическим условиям. Финансовые проблемы усугубляются ростом цен на медицинские технологии (инфляция медицинских услуг) [3]. Данный тренд имеет и положительные стороны – появляются перспективы излечения многих заболеваний, увеличивается число людей, преодолевших рак, диабет, болезни сердца. В итоге многие страны начали поэтапное реформирование здравоохранения и медицинского страхования как одного из основных источников его финансирования.

Ключевой задачей, определяющей стратегии многих стран, является реформирование здравоохранения без разрушения той базы, на которой оно было построено. Финансирование большинства систем здравоохранения Европы основано на принципе солидарности, при этом население в разной степени участвует в оплате своих медицинских расходов. Участие может выражаться в оплате застрахованными гражданами взносов на обязательное медицинское страхование (далее ОМС) или самостоятельной оплате некоторой доли своих медицинских расходов.

Рост расходов на здравоохранение порождает потребность в увеличении размеров страховых взносов на ОМС.

Таблица Состав Глобального индекса готовности к старению населения	
Глобальный индекс готовности к старению населения (ГГС)	
Субиндекс устойчивости бюджета	Субиндекс достаточности доходов
Категории субиндексов	
Бремя для государства (прогнозируемая величина совокупных государственных пособий престарелым в возрасте 60 лет и старше)	Совокупный доход (уровень и вектор изменений уровня жизни престарелых граждан по сравнению с молодым населением страны в связи с трансформацией государственных социальных программ, системы частного пенсионного обеспечения и удельного веса экономически активного населения)
Бюджетные возможности (способность государств реагировать на растущее бремя увеличения престарелого населения посредством повышения налогов, сокращения бюджетных расходов, роста бюджетных заимствований)	Уязвимость дохода (тренд уровня жизни в связи с изменениями пенсионного обеспечения, уровень бедности пожилых людей)
Зависимость от пособий (уровень зависимости престарелых граждан от государственных пособий)	Семейная поддержка (степень влияния поддержки родственников на доходы пенсионеров)

Источник: [2]

Очевидно, что подобная мера является ошибочной с политической и экономической точек зрения. В страховых системах здравоохранения взносы на ОМС исчисляются на базе заработной платы. Увеличение тарифов взносов приведет к росту стоимости рабочей силы и снижению конкурентоспособности страны на рынке труда. Кроме того, увеличение расходов на здравоохранение обгоняет экономический рост, поэтому избыточные расходы не могут быть покрыты исключительно за счет государственного бюджета, налогов и обязательных страховых взносов.

Цель статьи. Сегодня в мировой практике применяются четыре основных способа сокращения финансового дефицита в здравоохранении: увеличение сборов (в сочетании с модификацией структуры финансирования); урезание расходов; снижение размера возмещения затрат на медицинское обслуживание (в том числе за счет увеличения доли участия населения в оплате медицинских расходов); всесторонняя реорганизация системы [5].

Следует отметить, что введение каждой из вышеназванных мер дает различные результаты, и их использование зависит от конкретных целей и задач реформирования. Так, создание современных систем медицинского страхования должно проводиться на базе научно обоснованных подходов, учитывающих мировые экономические и демографические тенденции, исторические предпосылки и культурные традиции страны, а также инновационные механизмы финансирования и страховые технологии. При этом основой для определения приоритетных направлений и задач реформирования здравоохранения должны стать потребности государства в сохранении и развитии человеческого капитала, а также создание системы страхового управления его рисками. Модернизация здравоохранения невозможна без переосмысления ценности капитала здоровья в системе приоритетов общества. Ведь население, оплачивающее медицинские услуги, фактически тем самым формирует спрос не на эти услуги, а на «хорошее здоровье» [6]. Оно продлевает период активной жизнедеятельности и не дает обесцениться человеческому капиталу.

Основные результаты исследования. Риски, связанные с потребностью в медицинских услугах, являются комплексными, подверженными разностороннему влиянию множества факторов. Здоровье частично зависит от генетических особенностей индивидуумов и стиля жизни домохозяйств, а частично от внешних и специфических внутренних факторов: болезней, окружающей среды и т.д. При этом в ряде случаев такие риски подлежат прогнозированию. Например, зная о предрасположенности конкретного человека к определенным заболеваниям или анализируя уже имеющиеся у него болезни, можно сделать вывод о вероятности возникновения потребности в медицинской помощи в будущем. Другие риски – менее предсказуемые (биологические явления, несчастные случаи, доступ к качественной и эффективной медицинской помощи).

В условиях неопределенности страхование является одним из наиболее эффективных инструментов управления рисками. Медицинское страхование представляет собой механизм финансирования связанных со здоровьем рисков посредством объединения большого числа лиц, подверженных аналогичным рискам, что и делает их убытки прогнозируемыми. Страхование дает возможность распределить расходы на медицинские услуги между группой индивидуумов или домохозяйств.

Во многих странах финансирование здравоохранения осуществляется через программы обязательного (государственного или частного) либо добровольного (частного) медицинского страхования. Мы рассматриваем медицинское страхование не только как источник финансирования здравоохранения, но и как способ управления рисками, приводящими к обесценению человеческого капитала. Здоровье (капитал здоровья), наряду с образованием, выступает как один из основных элементов челове-

ческого капитала [7], поскольку именно оно закладывает базу для его поддержания и развития.

По нашему мнению, при создании системы медицинского страхования необходимо учитывать государственные приоритеты в области охраны здоровья. В этом контексте медицинское страхование следует рассматривать с точки зрения трех концепций: (1) сохранение человеческого капитала, (2) поддержание человеческого капитала (финансовая безопасность его носителя), (3) защита человеческого капитала от случайного ущерба. Основой каждой из названных концепций является обоснование типа риска, последствия которого нивелируются при помощи медицинского страхования. В зависимости от выбранной концепции будут формироваться система медицинского страхования, структура страхового покрытия и конструкция полиса.

Согласно *первой концепции*, медицинское страхование служит сохранению человеческого капитала [8]. В данном случае приоритетной целью медицинского страхования является смягчение риска утраты здоровья, поскольку за счет страхования происходит финансирование медицинской помощи (как профилактической, так и восстановительной), что способствует поддержанию здоровья населения и сохранению его человеческого капитала. Обозначенная концепция предполагает использование ценностно-ориентированного подхода [9] к медицинскому страхованию. Он характерен для систем медицинского страхования в тех странах, где страхование отражает государственные приоритеты в сфере здравоохранения («здоровье – это общественное благо, наряду с образованием, питанием, минимальным жильем и т.д.»). С этой точки зрения, включение в программу страхования расходов на поддержание и улучшение здоровья населения представляется наиболее целесообразным. Медицинское страхование должно быть ориентировано, прежде всего, на медицинскую помощь, которая представляет собой наибольшую значимость с позиции ее влияния на здоровье (отдача с каждой потраченной денежной единицы). При этом меньше расходов должно приходиться на медицинские манипуляции, не представляющие особой значимости (дорогостоящая диагностика, паллиативная помощь). В подобных системах программы медицинского страхования включают и профилактическую помощь, которая имеет высокую социальную значимость в рамках ценностно-ориентированного подхода. Бесплатность или полная компенсация расходов на профилактическую медицину стимулирует потребление этой помощи населением, что может привести к улучшению здоровья и качества жизни.

Согласно *второй концепции*, цель медицинского страхования – защита от рисков, угрожающих благосостоянию индивидуума (домохозяйства). На протяжении жизни все люди периодически сталкиваются с рисками, способными нарушить их финансовую безопасность. Соответственно, страховые полисы должны быть составлены так, чтобы покрывать медицинские расходы, которые могут нанести существенный ущерб благосостоянию. Задачу обеспечения финансовой безопасности человеческого капитала наилучшим образом решает социальное медицинское страхование, которое охватывает работающих граждан и членов их семей. В соответствии с этой теорией медицинские расходы¹ граждан не должны превышать определенную долю их заработка.

Третья концепция утверждает, что в медицинском страховании приоритет должен отдаваться компенсации медицинских расходов, которые возникают в результате ущерба здоровью, являющегося скорее следствием неудачи, а не каких-либо наших поведенческих характеристик. В этом случае полисы медицинского страхования следует конструировать таким образом, чтобы обеспечивать

¹К подобным расходам относятся и уплачиваемые страховые премии, и франшизы, и участие страхователей в возмещении расходов (элементы сострахования).

защиту страхователей исключительно от случайного ущерба². Основные положения данной концепции:

1) медицинское страхование выполняет функцию, классическую для страхования ответственности: оно, в первую очередь, обязано защищать от рисков, которых застрахованный (в разумных пределах) не должен избегать (включая риски, избежание которых дорого и обременительно);

2) страхователи, риск которых предположительно больше (здоровье хуже), должны платить за страховую защиту более высокую цену;

3) страхователи, которые стараются предотвратить риск (поддерживают здоровый образ жизни, не злоупотребляют алкоголем, отказываются от курения и т.д.) и ведут себя осмотрительно (например, избегают опасных видов спорта), должны платить меньше;

4) основная роль страхования сводится к смягчению последствий случайных убытков, причиненных здоровью.

По нашему мнению, все три рассмотренные концепции не имеет смысла анализировать изолированно, поскольку они, так или иначе, пересекаются. Ущерб, причиненный здоровью в результате заболевания, при отсутствии медицинского страхования повлечет за собой ущерб благосостоянию индивидуума (домохозяйства). В то же время случайность возникновения ущерба является необходимым условием любого страхования. В свою очередь, финансирование профилактических мероприятий реализует предупредительную функцию страхования, поскольку позволяет снизить уровень убытка для всего страхового фонда.

Выводы. На практике мы сталкиваемся с ситуацией, когда при формировании современных систем медицинского страхования (государственного и частного) за основу берутся его различные концепции даже в странах со сходными моделями здравоохранения. Для бюджетного здравоохранения преимущественно характерна концепция поддержания здоровья. В таких странах акцент сделан на том, что базовые медицинские услуги, равнодоступные для всего населения, предпочтительнее интенсивной и высокотехнологичной медицинской помощи для немногих.

Страховые системы здравоохранения, построенные на принципе возмещения медицинских расходов за счет обязательного и добровольного медицинского страхования, базируются преимущественно на концепции финансовой безопасности. Медицинское страхование, основанное на модели финансовой безопасности, отличается от модели поддержания здоровья возможностью формирования более гибкой программы и условий страхования. Модель предполагает, что население имеет право выбора страхового покрытия в зависимости от потребностей и финансовых возможностей. Тем не менее, вторая концепция не исключает первой. Так, работодатели, инвестируя денежные средства в покупку полисов для своих сотрудников, ожидают, что поддержание их состояния здоровья приведет к увеличению производительности труда. Концепция случайного ущерба в большей степени соответствует принципам частного добровольного, но не государственного страхования. Страховщики берут за основу эту модель при построении страховых полисов с тем, чтобы избежать злоупотреблений со стороны страхователей (нематериальные риски).

Высокая социальная значимость медицинского страхования требует особых подходов к его организации и государственному регулированию рынка медицинских страховых услуг. Действенные меры экономического и правового регулирования создадут предпосылки для

формирования системы медицинского страхования, в которой добровольное медицинское страхование становится полноценным дополнением обязательного социального страхования. На наш взгляд, на современном этапе целесообразно формирование системы медицинского страхования, которая в полной мере позволит реализовать все функции страхования как механизма сохранения, поддержания и развития человеческого капитала.

Литература

1. Челухина Н. Ф. Аннуитеты как механизм страхового обеспечения лиц пожилого возраста / Н. Ф. Челухина // *Страховое дело*. – 2011. – № 3 (218). – С. 44.
2. Jackson R. The Global Aging Preparedness Index [Electronic recourse] / R. Jackson, N. Howe and K. Nakashima. – Accessed mode : http://csis.org/files/publication/101014_GlobalAgingIndex_DL_Jackson_LR.pdf
3. Корпоративные страховые программы в российских вузах ; под ред. И. П. Хоминич. – М. : ФГБОУ ВПО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», 2012. – 280 с.
4. OECD Health Data 2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://stats.oecd.org>
5. Хоминич И. П. Страховые механизмы реформирования социальной сферы : монография / И. П. Хоминич, Ю. Ю. Финогенова, Н. Ф. Челухина, О. В. Саввина ; под ред. И. П. Хоминич. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2012. – 252 с.
6. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health / M. Grossman // *Journal of Political Economy*. – 1972. – Vol. 80. – No. 2. – P. 223–225.
7. Becker Gary S. Health as human capital: syntheses and extension / Gary S. Becker // *Oxford Economic Papers*. – 2007. – N 59. – P. 379–410.
8. Челухина Н. Ф. Человеческий капитал и система страхования жизни и здоровья / Н. Ф. Челухина // *Научное обозрение*. – 2012. – № 5. – С. 552–557.
9. Chernew M. E. Value-Based Insurance Design / M. E. Chernew, A. B. Rosen, A. M. Fendrick // *Health Affairs*. – 2007. – Vol. 26. – No. 2. – P. 195.

Статья поступила в редакцию 10.03.2013

References

1. Chelukhina, N. F. (2011). Annuities as mechanism of insurance coverage of persons of advanced age. *Insurance Business*, 3(218), 44 (in Rus.).
2. Jackson, R., Howe, N. & Nakashima, K. (2010). *The Global Aging Preparedness Index*. Retrieved from http://csis.org/files/publication/101014_GlobalAgingIndex_DL_Jackson_LR.pdf
3. *Corporate insurance programs in Russian universities* (2012). Moscow: REU of G. V. Plekhanov (in Rus.).
4. *OECD Health Data 2011*. Retrieved from <http://stats.oecd.org>
5. Khomnich, I. P., Finogenova, Y. Y., Chelukhina, N. F., & Savvina, O. V. (2012). *Insurance mechanisms of reforming the social sphere*. Moscow: Dashkov and Co (in Rus.).
6. Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–25.
7. Becker, Gary S. (2007). Health as human capital: syntheses and extension. *Oxford Economic Papers*, 59, 379–410.
8. Chelukhina, N. F. (2012). Human capital and life and health insurance system. *Science Review*, 5, 552–557 (in Rus.).
9. Chernew, M. E., Rosen, A. B., & Fendrick, A. M. (2007). Value-Based Insurance Design. *Health Affairs*, 26(2), 195.

Received 10.03.2013

²Концепция случайного ущерба предполагает, что страховщики не обязаны компенсировать расходы на профилактическую медицинскую помощь, так как они не соответствуют критерию случайности.