

2. Hryhorenko, Ye. O. (2014), "Development of innovative infrastructure as an element of crisis management machine-building enterprises", *Ekonomika i rehion*, no. 5(48), pp. 85–89.
3. Hrynko, T.V. (2008), "Formation of Innovative Infrastructure of Ukraine as a Basis for Activation of Innovative Activity of Enterprises", *Visnyk natsionalnoho universytetu "Lvivska politekhnikha. Problemy ekonomiky ta upravlinnia*, no. 628, pp. 438–442.
4. Korsak, K. (2010), "From traditional models of organization of economics – to innovation", *Personal (Zhurnal intelektualnoi elity)*, no. 2, pp. 12–17.
5. Kraus, N.M. (2015), "Innovative economy: the definition of the concept and the institutional basis of development", *Naukovyi visnyk Mukachivskoho derzhavnoho universytetu*, no. 2(1), pp. 36–42.
6. Drachuk, Yu.Z. (2015), "Proposals for improving the efficiency of the development of innovative entrepreneurship in Ukraine", *Ekonomika. Upravlinnia. Innovatsii*, no. 3, available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/eui_2015_3_8 (access date: January 20, 2019).
7. Fedulova, Yu.V. (2016), "Prospects of Innovation Development in Ukraine: Technological Styles", *Visnyk Khmelnytskoho natsionalnoho universytetu*, no. 1, pp. 123–126.
8. Ivanov, O.V. (2009), "Regional component of the state innovation policy in Ukraine", available at: <http://www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/tpdu/2009-4/doc/3/18.pdf> (access date: January 20, 2019).
9. Hladynets, N.Yu. (2011), "Conceptual principles of forming a mechanism for regulating innovation activity in the region", *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu*, no. 33/1, pp. 74–79.

Стаття надійшла до редакції 12.02.2019 р.

УДК 368.041

JEL Classification: I13

Мирон О.И.,
д-р экон. наук, конференциар,
Кагульский государственный университет,
Республика Молдова

ВОЗМОЖНОСТИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ С ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМОЙ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

Miron O.I.,
Ph.D in economics, associate professor,
Cahul State University, Republic of Moldova

POSSIBILITIES OF INTERACTION OF THE VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE SYSTEM WITH THE STATE SYSTEM OF COMPULSORY MEDICAL INSURANCE IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA

Постановка проблемы. В условиях развития и диверсификации рыночных отношений, когда производители разворачивают и осуществляют свою деятельность самостоятельно, роль страхования значительно возрастает. И как следствие, назревает необходимость усовершенствования форм защиты граждан и их благосостояния через страхование имущества и личное страхование, включающее в себя и медицинское.

Несмотря на огромный вклад молдавских учёных в процесс организации медицинского страхования в Республике Молдова, по сей день остаются недостаточно освещёнными и изученными ряд проблем, связанных с финансированием системы здравоохранения. Среди них можно особо отметить проблему эффективного взаимодействия систем добровольного и обязательного медицинского страхования, которым посвящена данная научная статья.

Анализ последних исследований и публикаций. Над проблемой организации медицинского страхования, ставшей столь актуальной для стран СНГ после ликвидации Советского Союза, а

вместе с ним и системы бесплатной медицины, в последние годы трудилось много учёных как отечественных, так и зарубежных. К наиболее значимым международным работам, посвящённых проблеме медицинского страхования, можно отнести работы Р.Б. Салтмана, Дж. Фигейраса, Роберта Бланка, С.В. Шишкина, И.М. Шеймана [1; 2] и др. Стоит также отметить вклад международных экспертов из Европейской Обсерватории по системам и политике здравоохранения (Л. Маклхоз, Элиас Моссиалос, Светлана Анкер, Валериу Сава, Михай Чокану, Гинтарас Кацявичус, Сергей Шишкин, Эрика Ричардсон, Рифат Атун) [1; 3], изучающих системы здравоохранения стран СНГ в динамике их становления и развития. В Республике Молдова, в силу своей специфики, данной проблемой занимались в основном учёные Государственного Медицинского Университета «Nicolae Testemițianu» (Юрий Маланчук, Геннадий Дамаскан, Вероника Идричан [4], румынский учёный Емилиан Драгня) и Экономической Академии Республики Молдова (Т. Высоцкая, В. Сырбу, Д. Ласко [5]). Помимо вышеперечисленных авторов, проблемой организации финансирования системы здравоохранения сквозь призму внедрения и осуществления страховой медицины занимались и другие признанные учёные и специалисты в данной сфере, такие как Кобзарь Л., Фотеску С., Ульянов Г., Маноле Т., Радулеску С., Чёкану М. [6], Ецко К. [7] и др.

Несмотря на значительное количество научных работ, посвящённых вопросам медицинского страхования, проблема эффективного взаимодействия систем добровольного и обязательного медицинского страхования до сих пор недостаточно освещена и изучена, что и послужило темой исследования.

Постановка задания. Цель статьи – предложить на выбор две модели взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования, основанных на сотрудничестве и конкуренции, для успешного внедрения одной из них в странах, проходящих через этап становления системы качественного и доступного медицинского обслуживания с учетом интересов и платежеспособности населения.

Изложение основных результатов исследования. Основная цель медицинского страхования состоит в гарантировании гражданам при возникновении риска страхового случая получение медицинской помощи из накопленных средств, а так же финансировать различные профилактические мероприятия для уменьшения возникновения страхового риска.

Исходя из общей цели, можно выделить несколько частных задач медицинского страхования:

1. Социальные задачи: охрана здоровья населения, обеспечение воспроизводства населения, развитие медицинского обслуживания.

2. Экономические задачи: финансирование здравоохранения, улучшение его материальной базы, защиты доходов граждан и их семей, перераспределение средств, идущих на оплату медицинских услуг, между различными группами населения.

Как известно, медицинское страхование осуществляется в двух основных формах: обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения страхования.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) является одним из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) аналогично обязательному медицинскому страхованию и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается двумя разными системами и разными средствами, обусловленными основными различиями между обязательным и добровольным медицинским страхованием (табл. 1).

Отмечая вышеперечисленные различия между обязательным и добровольным медицинским страхованием, хотелось бы остановиться на самых основных.

Во-первых, ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не государственного, а коммерческого страхования. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования и в тоже время является социальным страхованием, способствующим социальной защите населения.

Во-вторых, как правило, ДМС выступает дополнением к системе ОМС, обеспечивая гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках национальной системы здравоохранения.

В-третьих, несмотря на то, что и та, и другая системы страховые, ОМС использует принцип солидарности, а ДМС – принцип страховой эквивалентности. По договору ДМС застрахованное лицо получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В-четвертых, участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

Таблица 1

Основные различия между обязательным и добровольным медицинским страхованием

Добровольное медицинское страхование	Обязательное медицинское страхование
1. Коммерческое страхование	1. некоммерческое страхование
2. Часть финансово-коммерческой деятельности и относится к личному страхованию	2. Часть системы социального страхования
3. Регламентируется Законом о страховании и другими нормативными документами, относящимися к предпринимательской деятельности	3. Регламентируется только Законом об обязательном страховании медицинской помощи.
4. Условия страхования устанавливаются страховой компанией	4. Условия страхования устанавливаются государственными структурам и НМСК
5. Носят добровольный характер	5. Носят обязательный характер
6. Осуществляются индивидуально, семейно или в группе	6. Осуществляются массово, в общем порядке.
7. Осуществляются страховыми компаниями с различными видами собственности	7. Осуществляются НМСК (бесприбыльной организацией)
8. Страхователями являются физические и юридические лица	8. Страхователями являются – работодатели и работники, - государство и органы местной государственной власти
9. Источник денежных средств пополняется за счёт персональных доходов граждан и за счёт прибыли предпринимателей.	9. Источник денежных средств пополняется за счёт взносов работников и работодателей и государственного бюджета.
10. Программа страхования (количество услуг) устанавливается в контракте заключённом между страхователем и страховщиком.	10. Единая Программа Медицинского Страхования (гарантированный минимум услуг) утверждается государственными органами
11. Тарифы устанавливаются в контракте на основании актуарных расчётов	11. Тарифы устанавливаются законом в зависимости от субъектов обязательного страхования
12. Цены на оказанные медицинскими учреждениями услуги устанавливаются в обоюдном соглашении (контракте)	12. Цены на оказанные медицинскими учреждениями услуги устанавливаются через соглашение между субъектами обязательного страхования
13. Доходы могут быть использованы в любой коммерческой и некоммерческой деятельности.	13. Доходы могут быть использованы только на развитие основной деятельности обязательного медицинского страхования.
14. Система контроля качества оговаривается в контракте	14. Система контроля качества устанавливается в соглашении сторон под управлением НМСК.

Источник: Разработка автора на основе: Veronica Idrecean, Teza de doctor „Aspecte economice și manageriale ale asigurărilor facultative de sănătate în Republica Moldova”, 2006; Constantin Ețco, Ludmila Goma, Elizaveta Reabov, Sergiu Marin și Nina Globa. *Economia ocrotirii sănătății. Manual. Editura EPIGRAF, Chișinău, 2000; Alexei Rusu. Finanțarea Sistemului Sănătății în Economia de Piață. Editura „Business-Elite” S.A., Chișinău, 1999, [4; 7; 8]*

С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая. Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения.

Начало рынка страхования в Республике Молдова было положено в 1991 году созданием Госстраха при Министерстве Финансов, который затем был преобразован в акционерное общество ASITO S.A. В целях повышения эффективности страхования в Республике Молдова были созданы страховые общества с частным, смешанным и иностранным капиталом. Однако из-за несовершенства молдавского рынка страхования и трудностей переходного периода страховые общества предлагали ограниченный перечень страховых продуктов. Особенно ярко данная тенденция проявлялась в сфере личного страхования. В частности, медицинское страхование начало развиваться и завоевывать свои позиции на рынке страхования с конца 90-х годов прошлого столетия. Этому развитию способствовала сложная финансовая ситуация национальной системы здравоохранения, описанная в первой главе. В условиях недостаточного финансирования медицинских учреждений и роста скрытых финансовых потоков в сфере предоставления медицинских услуг, одним из своевременных решений стало внедрение на рынок медицинских услуг добровольного медицинского страхования, осуществлявшегося частными страховыми компаниями.

С 1 января 2004 г. В Республике Молдова был введен в действие Закон №1585-XIII от 27.02.1998 г. «Об обязательном медицинском страховании», полностью изменивший систему

национального здравоохранения [9]. Была принята Единая Программа обязательного медицинского страхования, устав НМСК и другие нормативные акты, явившиеся законодательной базой проводимой реформы.

Однако на сегодняшний день Единая программа обязательного медицинского страхования покрывает не более 50% от объема медицинских услуг, необходимых населению, что создаёт некоторые предпосылки для оказания медицинских услуг, необходимых застрахованным лицам и не покрытых Единой программой, в т.ч. плановое стационарное лечение, часть дорогостоящих диагностических исследований и прописанных лекарств, платно или через добровольное медицинское страхование.

К сожалению, развитие частного медицинского страхования было резко приостановлено в 2004 году, когда вступило в силу и начало действовать на всей территории республики обязательное страхование медицинской помощи.

Это событие можно оценить как положительно, так и отрицательно.

Во-первых, работодатели, вынужденные выплачивать в обязательном порядке взносы ОМС, прекратили заключение коллективных договоров страхования своих сотрудников с частными страховыми компаниями. По этой причине у страховых компаний резко снизилось количество выданных полисов медицинского страхования, что может быть оценено отрицательно.

Во-вторых, обязательность ежемесячных отчислений повлекла за собой распространение таких негативных явлений, как неофициальный приём на работу, выдача заработной платы «в конверте» и другие, что так же оценивается отрицательно.

Но существуют и положительные моменты внедрения обязательного медицинского страхования на всей территории республики. Во-первых, выиграло население, получившее возможность доступа к медицинским услугам без заключения индивидуального страхового договора с какой-либо страховой компанией. Во-вторых, оказание данных медицинских услуг гарантировалось государством и являлось наиболее доступным.

В отличие от обязательного страхования медицинской помощи, действующего по отдельно принятому закону, регламентирующему основные моменты осуществления данного вида страхования, добровольное медицинское страхование до настоящего момента не имеет специально разработанных нормативов, определяющих порядок осуществления в республике Молдова добровольного медицинского страхования.

Единственным первичным законодательным документом является Закон о страховании от 21.12.2006 года, который является базовым для осуществления любого вида страхования, кроме обязательного страхования медицинской помощи [10]. Он представляет собой свод статей, отражающих правовую базу страхования, категории и классы страховой деятельности, процесс заключения договора страхования, регулирование страховой и перестраховочной деятельности, а также деятельность посредников и ответственность участников процесса страхования.

Согласно вышеупомянутому закону, виды страхования жизни на договорной основе включают в себя:

а) страхование жизни, а именно: страхование на случай дожития, страхование на случай смерти, страхование на случай дожития и смерти (смешанное страхование жизни), страхование жизни с возвратом премий, страхование брака, страхование рождения;

б) аннуитеты;

с) дополнительное страхование жизни: страхование на случай смерти от несчастного случая, страхование от телесных повреждений, страхование постоянной нетрудоспособности вследствие болезни, страхование постоянной нетрудоспособности вследствие несчастного случая, страхование временной нетрудоспособности вследствие болезни, страхование временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая, страхование госпитализации, страхование медицинских расходов, страхование тяжких заболеваний, страхование безработицы, – если оно является дополнением к договору страхования жизни;

д) постоянное страхование здоровья [10].

Исходя из этого, можно заключить, что к категории добровольного медицинского страхования в Республике Молдова можно отнести дополнительное страхование жизни такие подвиды, как:

а) страхование на случай смерти от несчастного случая,

б) страхование от телесных повреждений,

с) страхование постоянной нетрудоспособности вследствие болезни,

д) страхование постоянной нетрудоспособности вследствие несчастного случая,

е) страхование временной нетрудоспособности вследствие болезни,

ф) страхование временной нетрудоспособности вследствие несчастного случая,

г) страхование госпитализации,

h) страхование медицинских расходов,

i) страхование тяжких заболеваний,

j) страхование безработицы, если оно является дополнением к договору страхования жизни,

к) постоянное страхование здоровья.

Медицинское страхование как составляющая часть страхования жизни включает все виды страхования по защите имущественных интересов страхователей и застрахованных, связанные с утратой здоровья или трудоспособности. Непосредственным интересом страхователя или застрахованного лица является возможность компенсации затрат на медицинское обслуживание за счёт средств страховщика. Таким образом, можно сказать, что «медицинское страхование» – это страхование на случай потери здоровья по любой причине: болезнь, несчастный случай, отравление, умышленное действия третьих лиц и т.п. Добровольное медицинское страхование предназначено для финансирования оказания медицинской помощи сверх гарантированного государством объёма, предоставляемого в рамках обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование в Республике Молдова в настоящий момент, к сожалению, является одним из самых невостребованных видов добровольного страхования и отличается от аналогичного вида страхования в развитых странах, население которых характеризуется высокой степенью платежеспособности. Низкие доходы населения Республики Молдова, финансовая неустойчивость предприятий, непредсказуемость событий в политической и экономической областях ограничивают рамки развития добровольного медицинского страхования. Оно распространяется в основном на физических и юридических лиц, получающих достаточно высокие доходы.

Ещё одной немаловажной причиной непривлекательности ДМС в Республике Молдова можно назвать введение и широкое распространение обязательного страхования медицинской помощи. Система ОМС включила в себя практически все государственные медицинские учреждения и часть частных клиник. Поэтому, основной аргумент в пользу приобретения Полиса добровольного медицинского страхования – качественное медицинское обслуживание в частной медицинской клинике, практически не действует из-за малого количества данных медицинских учреждений, особенно на районном уровне. В финансовом плане сказывается нежелание страхователя приобретать дополнительную медицинскую страховку на обслуживание в районной больнице, либо Центре Семейных Врачей, если он может получить почти то же количество и качество медицинских услуг по полису обязательного медицинского страхования.

Отсюда следует сделать вывод, что для увеличения количества желающих приобрести полис ДМС необходимо увеличить количество частных медицинских учреждений с расширенными возможностями предоставления качественной медицинской помощи. Развитие и рост продуктов добровольного медицинского страхования тесно взаимосвязаны с постоянным совершенствованием качества медицинских услуг и увеличением количества медицинских учреждений, предоставляющих эти услуги.

Для стабильного роста доли рынка ДМС в Республике Молдова необходимы кардинальные меры. Одной из этих мер может послужить применение страховыми компаниями механизма предлагаемого нами так называемого «экономного страхования».

Данный механизм подразумевает *предоставление значительной скидки в оплате медицинского полиса на последующий страховой период, лицам, использовавшим в течение предыдущего страхового периода сумму, не превышающую стоимости полиса, либо сумму, не превышающую стоимости внесённых страховых взносов.*

Таким образом, страховые компании смогут привлечь и удержать потенциальных клиентов, выполнив тем самым довольно сложную задачу в условиях низкой платёжеспособности населения республики.

На практике данный механизм должен быть дифференцирован в зависимости от категории обратившегося в страховую компанию лица. Таким образом, для физических лиц, купивших в текущем году полис добровольного медицинского страхования и не обратившихся за медицинской помощью на сумму большую, чем было выплачено за год страховых взносов, может быть предоставлена скидка при покупке полиса на следующий год в размере 50-80%, в зависимости от потраченной суммы. Скидка должна быть предоставлена клиентам таким образом, чтобы застрахованное лицо могло доплатить необходимую сумму к оставшемуся неиспользованному остатку. Благодаря этому, страховая компания покроет свои расходы на обслуживание данного физического лица за прошедший страховой период.

Предложенная нами схема работы с потенциальными клиентами страховых компаний позволит увеличить доходы компании по ДМС, а так же создать круг постоянных клиентов, что очень важно на начальном этапе развития рынка страховых услуг в сфере здравоохранения.

Предлагаемое нами описанное выше «экономное страхование» хотя и является по сути временной мерой маркетингового типа, позволит увеличить количество владельцев полисов ДМС, в первую очередь крупных коллективов предприятий, что в свою очередь будет способствовать развитию частной медицины, создаст конкурентные условия для государственных медицинских учреждений и позволит существенно повысить уровень качества обслуживания и оказания медицинских услуг в Республике Молдова.

Однако недостаточно предложить населению с низкими и средними доходами дешёвый вариант добровольного медицинского страхования, чтобы обеспечить стабильный спрос на полисы ДМС.

Основным противоречием актуальной ситуации в сфере медицинского страхования является низкий уровень платёжеспособности населения и высокий риск возникновения необходимости в дополнительных расходах на лечение, не входящих в Единую Программу ОМС. Таким образом, среднестатистический гражданин Республики Молдова вынужден ежегодно доплачивать определённую сумму денег медицинским и фармацевтическим учреждениям для поддержания собственного здоровья. В данной ситуации частные страховые компании предлагают населению классическую схему добровольного медицинского страхования, не пользующуюся особым спросом на рынке страхования. Для полного раскрытия сути предлагаемых нами изменений в этой сфере необходимо рассмотреть классические взаимоотношения между участниками добровольного медицинского страхования, представленные следующей схемой (рис. 1).

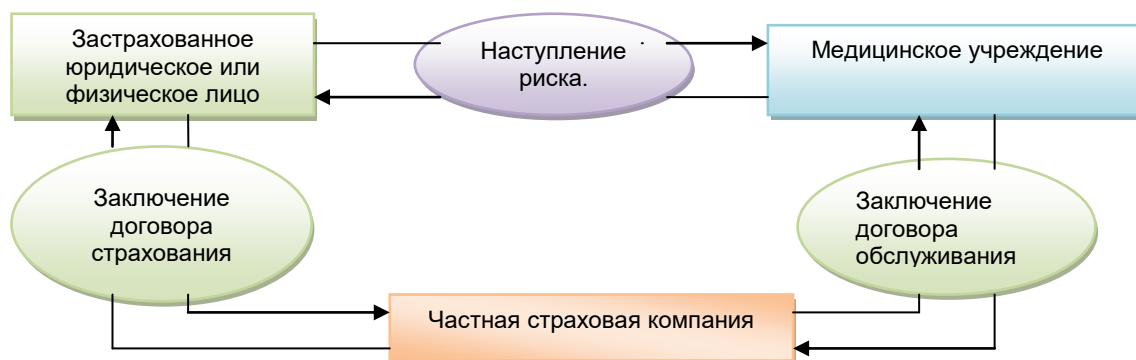


Рис. 1. Классическая схема взаимоотношений между участниками добровольного медицинского страхования

Источник: разработка автора

Согласно приведённой схеме юридическое или физическое лицо заключает договор страхования с частной страховой компанией, выплачивает начисленные взносы страхования, а в случае наступления риска (возникновения заболевания) обращается в медицинское учреждение. Данное медицинское учреждение имеет контракт с частной страховой компанией, согласно которому обслуживает бесплатно застрахованных компанией лиц. В дальнейшем страховая компания возмещает медицинскому учреждению стоимость лечения застрахованного лица. Таким образом, страхователь, выплачивая сравнительно низкие страховые взносы, имеет возможность в случае необходимости получить медицинское обслуживание и помощь в размере, оговоренной в договоре страхования страховой суммы. Медицинское учреждение в рамках данной схемы получает возможность оказания более широкого спектра медицинских услуг, чем указанные в Единой Программе обязательного медицинского страхования, с последующей компенсацией их стоимости частной страховой компанией. Последняя в свою очередь, расширяя круг застрахованных лиц, увеличивает фонды и может предложить всё более широкий выбор страховых программ по ДМС.

Однако в условиях Республики Молдова, данная схема неэффективна, поскольку существование обязательного медицинского страхования, нехватка частных клиник и низкая платёжеспособность населения сводят на нет все преимущества классического страхования.

В данном случае национальной системе финансирования здравоохранения необходимо перенять опыт организации данной системы в других, более развитых странах с обязательной адаптацией для актуальной экономической и социальной ситуацией Республики Молдова. Наиболее приемлемым в сложившейся ситуации может стать изучение и применение опыта таких стран, как Франция и Германия.

Во Франции, как уже описывалось ранее, в системе финансирования здравоохранения присутствует комбинация оплаты медицинских услуг через полисы ОМС и ДМС, причём страховая компания покрывает стоимость медицинских услуг, не входящих в список полиса ОМС. Таким образом, добровольное медицинское страхование существует как дополнительное к обязательному медицинскому страхованию. Исходя из опыта оплаты медицинской помощи во Франции, мы предлагаем, как один из возможных вариантов улучшения финансирования национального здравоохранения, – комбинацию систем обязательного и добровольного медицинского страхования, основанной на сотрудничестве. Данный процесс отражён в рис. 2.

Согласно предложенной нами схеме, любое юридическое или физическое лицо, оплачивающее взносы обязательного медицинского страхования, может одновременно заключить договор ДМС с частной страховой компанией, имеющей договора с медицинскими учреждениями на оказание медицинских услуг застрахованным лицам.

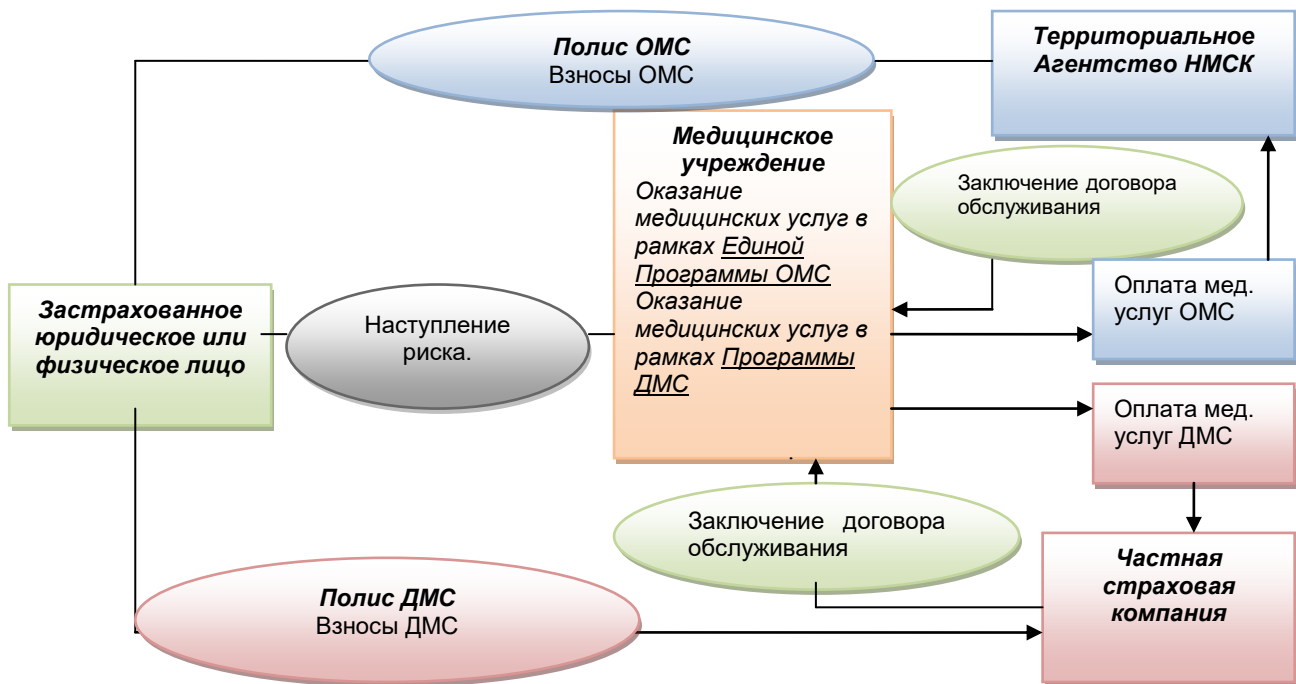


Рис. 2. Комбинация систем обязательного и добровольного медицинского страхования на основе сотрудничества

Источник: разработка автора

В данном случае застрахованное лицо оплачивает как взносы обязательного, так и добровольного страхования, имея на руках два полиса медицинского страхования. При обращении в медицинское учреждение, пациент имеет возможность получить лечение в пределах Единой программы ОМС, а также сверх того дополнительно в пределах страховой суммы по договору ДМС. Медицинское учреждение получает возможность оказания более дорогостоящего и эффективного лечения предъявителю обоих полисов. После оказания необходимой врачебной помощи медицинское учреждение отправляет данные об оказанных услугах Территориальному Агентству НМСК, которое оплачивает стоимость медицинских услуг, входящих в перечень Единой программы ОМС, и одновременно данную информацию получает частная страховая компания. Территориальное Агентство НМСК и Частная страховая компания, проверив предоставленные к оплате документы, перечисляют медицинскому учреждению соответствующую сумму, необходимую для оплаты медицинских услуг. Причём в данном случае страховая программа ДМС не должна содержать перечень медицинских услуг, входящих в Единую Программу обязательного медицинского страхования.

Для улучшения предлагаемой схемы сотрудничества между системами ОМС и ДМС мы считаем необходимым **внедрение в медицинское учреждение специалиста по расчётам со страховыми компаниями**, который, владея информацией по оказанным застрахованному лицу медицинским услугам, будет отправлять соответствующую информацию как в Территориальное Агентство НМСК, так и в частную страховую компанию для оплаты оказанных услуг. Таким образом, функция установления объема оказанных медицинских услуг в рамках Единой программы ОМС и медицинских услуг, которые должны быть оплачены из страховой суммы по полису ДМС, передаётся представителю медицинского учреждения.

В данном случае возникнет потребность в обучении и приёме на работу специалиста по расчётам с системами ОМС и ДМС в каждом медицинском учреждении.

Наличие отдельного независимого специалиста обеспечит прозрачность и чистоту проводимых взаиморасчётов и выплат между всеми участниками предлагаемой схемы взаимодействия систем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Предложенная нами схема сотрудничества систем ОМС и ДМС имеет определённые преимущества и недостатки.

К преимуществам данной схемы взаимодействия можно отнести:

- Расширение количества доступных медицинских услуг, которые могут быть оказаны населению и как следствие повышение уровня здоровья граждан республики;
- Расширение возможностей медицинских учреждений в плане совершенствования качества и модернизации процесса оказания медицинской помощи;

- Появление дополнительных источников финансирования системы здравоохранения за счёт денежных отчислений в рамках действия контрактов ДМС;
- Снижение финансовой нагрузки государства с одновременным улучшением состояния здоровья населения республики и др.

Однако предлагаемый вариант комбинации систем ОМС и ДМС имеет и ряд недостатков:

- Трудности чёткого разграничения финансовых обязательств по оплате медицинских услуг;
- Необходимость внедрения в организационную структуру медицинских учреждений независимого специалиста по расчётам с НМСК и частными страховыми компаниями;
- Необходимость усиления внешнего и внутреннего контроля по расходованию финансовых средств фондов обязательного и добровольного страхования.

Другой предлагаемый нами вариант возможной координации ОМС и ДМС в сфере здравоохранения Республики Молдова может быть основан на опыте Германии. Как известно, отечественная система обязательного медицинского страхования во многом похожа на применяемую в Германии. Однако в данной стране широко применяется и система добровольного медицинского страхования. В общих чертах финансирование здравоохранения в Германии происходит как за счёт фондов государственного медицинского страхования, так и за счёт частных страховых компаний. Необходимо отметить, что медицинское страхование в описываемой стране является обязательным для всех граждан, независимо от выбранного типа страховой компании, частной или государственной.

На основе векового опыта Германии в сфере финансирования здравоохранения за счёт страховых взносов, описанного ранее нами предлагается перенять некоторые элементы германской системы медицинского страхования и адаптировать для внедрения и применения в Республике Молдова. Таким образом, мы предлагаем схему взаимоотношений между участниками медицинского страхования, основанную на **конкуренции Территориальных Агентств НМСК и частных страховых компаний** (рис. 3).

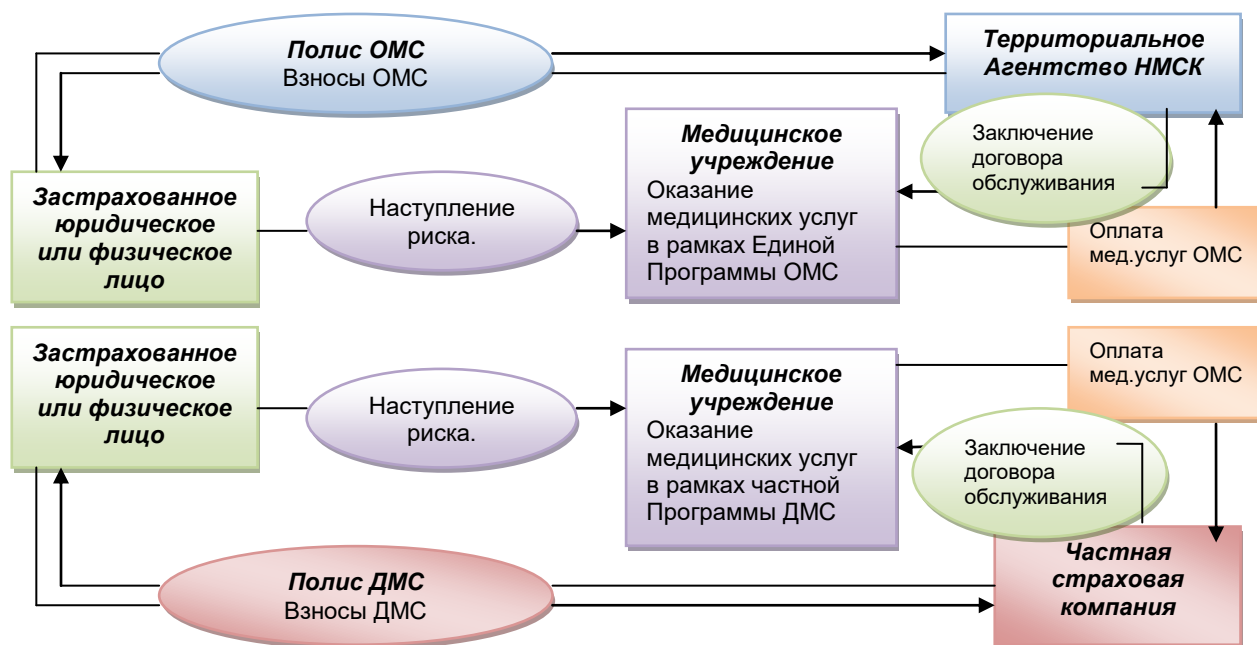


Рис. 3. Комбинация систем обязательного и добровольного медицинского страхования на основе конкуренции

Источник: разработка автора

Согласно предложенной нами схеме взаимоотношений между медицинскими учреждениями, застрахованными лицами, Территориальными Агентствами и частными страховыми компаниями, основанной на конкуренции, произойдёт чёткое разграничение применения полисов ОМС и ДМС.

Применение на практике данной модели может нарушить принцип солидарности, принятый в системе социального медицинского страхования. Однако это можно частично исправить, обязав частные страховые компании включать в программу медицинского страхования минимальный перечень медицинских услуг, установленных государством в Единой Программе обязательного медицинского страхования, а наличие медицинской страховки сделать обязательным для всех граждан Республики Молдова. Таким образом, и приобретатель полиса Территориального Агентства, и страхователь частной страховой компании будут обеспечены минимумом необходимой медицинской помощи при наступлении риска. Основным преимуществом полиса государственного медицинского страхования будет являться его сравнительно низкая стоимость и доступность для всех граждан республики. Преимуществом же полиса медицинского страхования в частной страховой

компанії буде являтися більш широкий спектр можливостей отримання якісної медичної допомоги, за більш високі страхові внески. Таким чином, населенню представиться можливість вибору об'єму і якості медичних послуг в залежності від стану здоров'я і фінансових можливостей кожного. В той же час, обов'язковість наявності у громадян медичного страхування і включення в програму страхування прийнятої в республіці Єдиної Програми дозволить державі забезпечити високий рівень медичного обслуговування і як наслідок – оздоровлення населення.

Недостатками запропонованої схеми комбінації ОМС і ДМС, ґрунтованої на конкуренції можна вважати:

- Нарушення принципу солідарності між багатими і бідними;
- Отток фінансових надходжень з фондів Територіальних Агентств НМСК в приватні страхові компанії;

- Підвищення складності управління і контролю фінансових потоків між медичними закладами, застрахованими особами і страховиками, державними і приватними.

Однак перераховані вище недоліки компенсуються перевагами запропонованої схеми, а саме:

- Повний охоплення населення медичним страхуванням і наданням необхідної медичної допомоги;

- Додаткове фінансування медичних закладів за рахунок укладених з приватними страховими компаніями контрактів на надання більш дорогостяганої медичної допомоги;

- Можливість підбору індивідуальної програми страхування для страхователя, який має особливі потреби в наданні тих або інших медичних послуг внаслідок ризику професійних захворювань і інших індивідуальних факторів ризику;

- Підвищення якості пропонованих програм медичного страхування внаслідок конкуренції між Територіальними Агентствами НМСК і приватними страховими компаніями;

- Обмеження фінансової підтримки держави тільки найбільш вразливими прошарками суспільства;

- Розвиток медичного обслуговування і оновлення техніко-матеріальної бази медичних закладів;

- Економія бюджетних коштів держави через впровадження на ринок медичного страхування приватного капіталу.

Застосування тієї або іншої з запропонованих нами моделей буде сприяти більш інтенсивному розвитку національного здоров'я.

Висновки з проведеного дослідження. Ітак, підводячи підсумок вищесказанному, можна відзначити, що низькі доходи населення Республіки Молдова, фінансова нестійкість підприємств, непередбачуваність подій в політичній і економічній сферах обмежують рамки розвитку добровільного медичного страхування. Ще однією немаловажною причиною непривабливості ДМС можна назвати широке поширення обов'язкового страхування медичної допомоги. Для стабільного зростання частки ринку ДМС в Республіці Молдова необхідні кардинальні заходи. Однією з цих заходів може послужити застосування страховими компаніями механізму запропонованої нами так званого «економічного страхування».

Низький рівень платієздатності населення і високий ризик виникнення необхідності в додаткових витратах на лікування, не входить в Єдину Програму ОМС змушують шукати нові методи вдосконалення системи медичного страхування. На основі проведеного аналізу систем здоров'я в різних високорозвинутих країнах і виявлених загальних тенденцій розвитку ми пропонуємо два варіанти вдосконалення національної системи медичного страхування, ґрунтованих на співпраці або на конкуренції систем ОМС і ДМС.

Згідно запропонованої схеми взаємодій між учасниками ринку медичних послуг, ґрунтованої на співпраці між системами ОМС і ДМС, будь-яке юридичне або фізичне лице, сплачуюче внески обов'язкового медичного страхування, може одночасно укласти додатковий договір ДМС з приватною страховою компанією, яка має контракт з медичними закладами на надання медичних послуг застрахованим особам. К перевагам даної схеми можна віднести: збільшення кількості доступних медичних послуг, які можуть бути надані населенню, збільшення можливостей медичних закладів в плані вдосконалення якості і модернізації процесу надання медичної допомоги, появу додаткових джерел фінансування системи здоров'я за рахунок грошових відшкодувань в межах дії контрактів ДМС, зменшення фінансової навантаження держави з одночасним покращенням стану здоров'я населення республіки, і інші.

Іншим запропонованим нами варіантом можливої координації ОМС і ДМС в сфері здоров'я Республіки Молдова є конкуренція Територіальних Агентств НМСК і приватних страхових компаній. Згідно запропонованої схеми відбудеться чітке розмежування застосування полісів ОМС і ДМС. Таким чином, населенню представиться можливість вибору

объёма и качества медицинских услуг в зависимости от состояния здоровья и финансовых возможностей каждого. В то же время, обязательность наличия у граждан медицинского страхования и включения в программу страхования принятой в республике Единой Программы, позволит государству обеспечить высокий уровень медицинского обслуживания и как следствие – оздоровление населения. Преимуществами предложенной схемы являются – полный охват населения медицинским страхованием и оказанием необходимой медицинской помощи, дополнительное финансирование медицинских учреждений за счёт заключённых с частными страховыми компаниями контрактов на оказание более дорогостоящей медицинской помощи, повышение качества предлагаемых программ медицинского страхования вследствие конкуренции между Территориальными Агентствами НМСК и частными страховыми компаниями, ограничение финансовой поддержки государства только наиболее уязвимыми слоями общества, развитие медицинского обслуживания и обновление технико-материальной базы медицинских учреждений, экономия бюджетных средств государства через внедрение на рынок медицинского страхования частного капитала и другие.

Любая из предложенных нами схем изменений в процессе организации, управления и финансирования медицинских учреждений через механизм медицинского страхования, обязательного и добровольного, поможет повысить уровень финансирования системы здравоохранения и способствовать предоставлению более современных и качественных услуг населению республики.

Литература

- 1.Рифат Атун, Эрика Ричардсон, Сергей Шишкин и др. Системы здравоохранения: время перемен. Молдова: обзор системы здравоохранения. Том 10. № 5. 2008.
- 2.Шишкин С. В. О развитии медицинского страхования за рубежом. *Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения*. 2005. № 9. С. 69-76.
- 3.Маклхоз Л. Системы здравоохранения: время перемен. Република Молдова, Копенгаген. Европейская обсерватория по системам здравоохранения. 2002. Том4. № 5.
- 4.Veronica Idricean. Aspecte economice și manageriale ale Asigurărilor Facultative de sănătate în Republica Moldova. Teza de doctor în medicină. Chișinău 2006.
- 5.Dumitru Lașco. Sistemul de asigurări sociale de sănătate din Romania (particularitățile județului Tulcea). Teza de doctor în economie. Chișinău 2008.
- 6.Mihail Ciocanu. Argumentarea științifică a strategiei de dezvoltare a asigurărilor obligatorii de asistență medicală în Republica Moldova. Teza de doctor habilitat în medicină. Chișinău 2008.
- 7.Constantin Ețco, Ludmila Goma, Elizaveta Reabov, Sergiu Marin și Nina Globa. Economia ocrotirii sănătății. Manual. Editura EPIGRAF, Chișinău, 2000.
- 8.Alexei Rusu. Finanțarea Sistemului Sănătății în Economia de Piață. Editura „Bussiness-Elite” S.A., Chișinău, 1999.
- 9.Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585-XIII din 27.02.1998.
10. Legea Republicii Moldova “Cu privire la asigurări” nr. 407-XVI от 21.12.2006.

References

1. Rifat, Atun, Erica, Richardson, Sergey, Shishkin et al. (2008), Health systems: time for change. Moldova: A Review of the Health System, vol. 10, no. 5.
2. Shishkin, S.V. (2005), “On the development and medical insurance abroad”, *Questions of economics and management for health care managers*, no. 9, pp. 69-76.
3. Maklhoz, L. (2002), Health systems: time for change. Republic of Moldova, Copenhagen. European Observatory on Health Systems. Vol. 4, No. 5.
4. Veronica Idricean. (2006), “Economic and Managerial Issues of Facultative Health Insurance in the Republic of Moldova”, Doctor's thesis in medicine. Chisinau.
5. Dumitru, Lașco. (2008), The social health insurance system in Romania (particularities of Tulcea County), Doctoral thesis in economics, Chișinău, Moldova.
6. Mihail, Ciocanu (2008), “The scientific argumentation of the strategy for the development of compulsory health insurance in the Republic of Moldova”, Doctor's thesis in medicine. Chișinău. Moldova.
7. Constantin, Ețco, Ludmila, Goma, Elizaveta, Reabov, Sergiu, Marin and Nina Globa. (2000), Health care economy. Manual. EPIGRAF Publishing House, Chisinau, Moldova.
8. Alexei, Rusu (1999), Financing the Health System in the Market Economy, "Bussiness-Elite" Publishing House, Chisinau, Moldova.
9. Law on compulsory health insurance, no. 1585-XIII of 27.02.1998;
10. Law of the Republic of Moldova "On Insurance" no. 407-XVI of 21.12.2006

Стаття надійшла до редакції 25.01.2019 р.