

*Рагимова Нигяр Расим кызы,
диссертант,
Институт Экономики Национальной
Академии Наук Азербайджана,
Адрес: пр. Г.Джавида 115, Баку, Азербайджан, AZ 1143,
E-mail: nigiar82@rambler.ru
© Рагимова Н.Р., 2019*

UOT: 334.012.3

ВАЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ИНСТИТУТА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ИНТЕНСИФИКАЦИИ РАЗВИТИЯ ЧАСТНОГО СЕКТОРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р Е З Ю М Е

Цель исследования состоит в исследовании важности применения института медицинского страхования в интенсификации развития частного сектора здравоохранения, а также рассмотреть сущность и значимость института медицинского страхования. Кроме того, целью исследования выступает анализ основных элементов и особенностей организации и развития института медицинского страхования, исследование влияния и взаимосвязи между институтом медицинского страхования и частным сектором здравоохранения, а также систематизировать обязательные процедуры и проблемы по регулированию деятельности частных предприятий здравоохранения.

Методология исследования состоит в системном и сравнительном анализе определения методологических подходов и способов с учетом особенностей системы здравоохранения и важности обеспечения альтернативных форм развития медицинских предприятий и, в целом, развития частного сектора здравоохранения.

Практическая значимость исследования - результаты и материал исследования могут использоваться в ускорении процессов развития и интенсификации деятельности частного сектора здравоохранения, в подготовке концепции и стратегий, комплексных мероприятий и государственных программ по расширению сети частных медицинских предприятий.

Результаты исследования - обеспечены современные и концептуальные подходы, разработаны рекомендации и подготовлены предложения по важным аспектам применения института медицинского страхования в интенсификации развития частного сектора здравоохранения.

Оригинальность и научная новизна исследования - рассмотрены и учтены научные труды, взгляды и подходы разных исследователей, при этом в материалах исследования заложены преимущественно авторские подходы. Обоснована важность взаимосодействия субъектов системы медицинского страхования и, особенно, сотрудничество предприятий частного сектора системы здравоохранения с функционирующими страховыми компаниями.

Ключевые слова: институт медицинского страхования, частный сектор здравоохранения, развитие системы здравоохранения, частные медицинские предприятия, проблемы частного сектора здравоохранения, перспективы развития частного сектора здравоохранения.

ВВЕДЕНИЕ

Отметим, что история медицины Азербайджана уходит в глубокую древность, высокоразвитая цивилизация в Азербайджане существует как минимум с IV тысячелетия до нашей эры: уже тогда местные врачеватели проводили очень сложные хирургические операции. В целом, историю развития медицины в Азербайджане можно разделить на четыре этапа: 1) первобытный; 2) древнейший; 3) эллинистический; 4) средневековый исламский и современный. В древние времена в качестве лечебных средств использовались, в основном, травы и растения, которые и в нынешнее время служат сырьем для изготовления лекарств и активно используются в народной медицине. Интересно, что еще в период древней медицины начал формироваться механизм платы за лечение. В Авесте указано, какую плату может получить врач за ту или иную услугу. Любопытно, что при определении суммы платы принимался во внимание уровень материального благосостояния больного [12]. Аналогичный подход существует и по сей день, так как смысл развития сети конкурентоспособных частных медицинских предприятий, с одной стороны, считается альтернативой государственных предприятий, а с другой, обеспечивает возможность оказания медицинской помощи и услуг всем слоям населения, в том числе, малоимущей и уязвимой части населения. Отметим, что во время формирования Азербайджанской Народной Республики по решению правительства от 17 июня 1918 года было создано Министерство здравоохранения [7]. В составе СССР в Азербайджане функционировало данное министерство, но, безусловно, в рамках союзного ведения все решения относительно формирования и развития системы здравоохранения осуществлялись сверху, а именно из Москвы. После восстановления независимости, начиная с 1990 годов, в Азербайджане началась подготовка и реализация самостоятельной политики и механизмов государственного регулирования обеспечения деятельности системы здравоохранения. В связи с переходом на рыночные отношения и проведение институциональной и экономической реформ были осуществлены соответствующие мероприятия по совершенствованию системы здравоохранения, сформирована законодательная база, обеспечена институциональная среда для одновременного развития деятельности и государственных и частных предприятий системы здравоохранения.

Основное содержание исследования

Как известно, медицинское страхование - это вид социального страхования, форма социальной защиты интересов населения, которое играет важную роль в обеспечении охраны здоровья. Исходя из мирового опыта, как и любой страховой процесс, медицинское страхование имеет свои стратегические цели и назначения – гарантировать гражданам страны получение медицинской помощи, оказание медицинских услуг и осуществление финансирования мероприятий по профилактике заболеваний при возникновении страхового случая за счет сформированных финансовых средств. При этом медицинское страхование может быть как обязательным, так и добровольным. Сущность обязательного медицинского страхования состоит в том, что оно считается государственным видом социального страхования, гарантирующим и обеспечивающим всем гражданам страны равные возможности и получение медицинской помощи, предоставляемой в объеме и на условиях соответствующих программ обязательного медицинского страхования. А что касается основных механизмов и инструментария добровольного медицинского страхования, то можно отметить, что данный вид медицинского страхования позволяет гражданам получить дополнительные медицинские услуги

сверх установленных программ, которые обозначены и зафиксированы в обязательном медицинском страховании.

Одним из основных объектов медицинского страхования является страховой риск, который связан с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении у отдельных граждан страхового случая, например, заболеваний, травм, отравлений и пр., а в качестве субъектов страхования обычно выступают граждане страны, страхователь, страховщик и медицинская организация. При этом для работающего населения в качестве страхователя выступают предприятия, организации и физические лица, имеющие предпринимательский статус, а для неработающего населения, безусловно, органы государственной власти и местного управления. Во многих странах мира тратятся огромные деньги на реализацию разных видов страховых программ. Например, со стороны правительства США ежегодно тратится почти 1,2 трлн. долларов в рамках Государственной страховой программы Medicare и Medicaid, которые предназначены для оплаты медицинской помощи пенсионерам и малообеспеченным гражданам страны. По мнению экспертов, если расходы на систему здравоохранения США не будут сдержаны, то в ближайшее десятилетие для федерального бюджета будут необходимы существенные дополнительные средства, которые могут образовать ряд проблем, в том числе, необходимость увеличения налогов и т.д. В России за последние годы тоже предпринимаются меры по формированию национальной модели добровольного медицинского страхования и по возможности ее модификации. Эти мероприятия связаны с тем, что государственное обязательство по оказанию населению бесплатной медицинской помощи необходимого объема и качества не обеспечены в полной мере финансовыми ресурсами. В то же время, имеется возможность получения более широкого спектра качественных медицинских услуг, как на прямую в лечебно-профилактических учреждениях, так и через систему добровольного медицинского страхования.

Отметим, что в качестве страхователей при добровольном медицинском страховании могут выступать отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью или предприятия и организации, представляющие интересы граждан. Страховщиками выступают страховые медицинские организации, которые имеют статус юридического лица, осуществляющего медицинское страхование и в обязательном порядке необходимо наличие лицензии, т.е. государственного разрешения на право заниматься медицинским страхованием и, наконец, в роли медицинских учреждений в системе и структуре медицинского страхования выступают учреждения, имеющие лицензии лечебного учреждения с различными формами собственности, оказывающие медицинскую помощь и услуги. Что касается медицинского страхования, то оно может осуществляться по принципу солидарности и по накопительному принципу, при этом принцип солидарности подразумевает ответственность и затраты всего общества за охрану здоровья каждого индивида - в период реализации данного принципа страховые взносы аккумулируются в специальных государственных фондах. А за сбор и расходование средств этих фондов несет ответственность государство, обеспечивая территориальное выравнивание как возможности использования финансовых ресурсов страхования, так и объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Особенности здесь можно считать то, что страховые взносы в этом случае безвозвратные и накопительный принцип медицинского страхования разграничивает ответственность каждого гражданина за количество страховых средств, накапливаемых на его персональном счете. Данный принцип предусматривает ведение персонального учета страховых накоплений каждого гражданина страны, их наследование, оплату страховых случаев в суммах, превышающих накопление, выплату при отсутствии страховых случаев, страховых премий,

образующихся за счет неиспользованных за определенный период денежных взносов. При этом страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование устанавливается в % по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям. Отметим, что медицинское страхование является одним из наиболее эффективных способов функционирования здравоохранения в системе рыночных отношений. Практика применения медицинского страхования в развитых странах показывает, что принципы, на которых оно основано, практически полностью совпадают с принципами, провозглашаемыми рыночной экономикой, а при корректном использовании этих принципов они не нарушают социальной сущности отрасли. В данном аспекте под корректным применением подразумевается точное законодательное определение вознаграждения плательщика за оказание медицинской помощи.

Суть рыночных отношений в здравоохранении проявляется в сочетании принципа общедоступности лечебно-профилактической помощи и права каждого человека на выбор комфортных условий, повышенного качества медицинских услуг, выполняемых за плату субъектами здравоохранения с различными формами собственности. Основопологающим правовым принципом обязательного медицинского страхования является возможность оказания бесплатной и доступной для пациента медицинской помощи в рамках программ обязательного медицинского страхования. Система добровольного медицинского страхования реализует коммерческие принципы оказания медицинской помощи, используя принцип накопительного страхования. Медицинская помощь застрахованному может быть оказана на сумму, превышающую уже внесенный страховой взнос. Наиболее актуальной задачей системы здравоохранения является адаптация понятия «рыночные отношения» к деятельности медицинских учреждений: 1) отношения собственности в здравоохранении; 2) методология определения стоимости и цены медицинских услуг; 3) сущность рыночной конкуренции в медицине; 4) разработка вариантов оценки стоимости медицинской помощи в стационарах с учетом квалификации персонала и тяжести состояния больных и 5) определение социальных позиций относительно значимости конкуренции и прибыльности частного здравоохранения.

Для реализации задач по осуществлению работ согласно функциям и назначению обязательной системы здравоохранения, необходимы более устойчивые, инновационные и эффективные лечебные учреждения, в том числе, частные медицинские предприятия. Здесь необходимо учитывать ряд обязательных процедур и проблем по регулированию их деятельности: 1) получение соответствующей лицензии на оказание медицинской помощи и услуг; 2) определение более эффективных форм и механизмов организационно-правовых методов и способов осуществления медицинской деятельности; 3) создание и развитие полноценного образования юридического лица – медицинского предприятия, которое в соответствии с законодательством осуществляет свою деятельность и активно участвует в оказании качественных медицинских услуг; 4) определение возможности надежных и долгосрочных источников финансирования медицинских учреждений и предприятий в рамках законодательных актов; 5) определение и применение более эффективных и работоспособных механизмов и инструментов по регулированию тарифов и цен на медицинские услуги, лекарства и препараты; 6) рассмотрение и разработка более подходящих согласованных механизмов, тарифов и цен на медицинские услуги для межгосударственных органов и 7) обеспечение совершенствования и эффективности системы медицинского страхования в деятельности частных предприятий здравоохранения страны с направлением всех усилий на повышение качества медицинской помощи и повышения ее доступности и прозрачности.

Следует подчеркнуть, что функционирование государственно-бюджетной системы в сфере здравоохранения и обеспечение деятельности основных медицинских предприятий отличаются группой положительных факторов. Так, данная система способствует обеспечению высокой степени социальной защищенности населения страны в сфере получения необходимой медицинской помощи, лекарств и препаратов. Подобная система и связанные с ней механизмы проявляют себя эффективно в период эпидемии опасных инфекционных заболеваний, форс-мажорных обстоятельств, крупных природных катастроф, катаклизмов, в целом, во всех видах чрезвычайных ситуаций. Но при этом данная система – то есть государственно-бюджетная система в сфере здравоохранения, имеет свои отрицательные стороны и недостатки - при данной системе невозможно обеспечить здоровую среду для конкуренции и свободный выбор со стороны пациентов, реализацию главных принципов рыночного хозяйствования и отношений. Кроме того, данная система, безусловно, требует постоянных расходов на обеспечение ее слаженной деятельности из государственного бюджета, который существенно влияет на государственную структуру доходов и расходов, налогообложение и использование налоговых поступлений, а так же на структуру государственных капитальных и инвестиционных вложений [13].

Отметим, что финансирование поддержки развития системы здравоохранения за государственный счет и за счет средств государственного бюджета не под силу многим странам мира, в первую очередь, менее развитым. Исходя из этих факторов, целесообразно рассмотреть разработку и реализацию новых экономических условий и механизмов существования здравоохранения в контексте прогрессивных мировых моделей развития системы здравоохранения и обеспечения деятельности частных медицинских предприятий, больниц и клиник. Кроме того, государственное регулирование обуславливает осуществление государственных гарантий и регулирование основных организационно-экономических принципов в деятельности субъектов здравоохранения. Суть государственного регулирования при этом не должна ограничиваться определением гарантированного объема и структуры медицинской помощи, но и одновременно требуется обеспечение их реализации для каждого гражданина страны, который нуждается в данных услугах. Данные подходы и механизмы позволят создать более благоприятные условия и обеспечить: 1) реализацию права выбора пациентом врача, тем самым, обеспечить усиление конкурентной среды медицинских предприятий всех форм собственности, в первую очередь, медицинских предприятий негосударственной формы собственности, которые заинтересованы в охвате большего числа пациентов, расширении круга оказания медицинской помощи и услуг; 2) формирование благоприятных условий и возможностей в праве самостоятельного выбора как пациентами, так и медицинскими предприятиями, подходящей страховой медицинской организации и 3) государственное регулирование всех сфер системы медицинского страхования, объектов и субъектов системы здравоохранения, которые активно занимаются осуществлением медицинской помощи и услуг, определение более приемлемых границ государственного регулирования в условиях рыночной экономики, обеспечение постепенной коммерциализация здравоохранения, в том числе, приведение организационно-правовых форм медицины в соответствие с нормами Конституции и Гражданского кодекса.

В Азербайджане государство принимает последовательные и действенные меры по улучшению системы здравоохранения, обеспечению здоровья населения страны, в том числе, используя прогрессивные формы и методы их реализации. За последние десятилетия сформирована более работоспособная законодательная база для развития системы медицинского страхования. В Законе «Об охране здоровья населения» Азер-

байджанской Республики от 26 июня 1997 года отмечено, что государство обязано определить политику в области охраны здоровья населения, правил организации и деятельности системы, в том числе, финансирования государственной системы здравоохранения, одновременно выступая гарантом здоровья и конкуренции для учреждений государственной и негосударственной систем здравоохранения [6]. В качестве негосударственной системы здравоохранения, в основном, предусматривается частная медицинская деятельность. А в статье 13 вышеприведенного Закона указано, что медицинское страхование граждан страны осуществляется в обязательном и добровольном порядке. В этом случае частная медицинская деятельность реализует свои медицинские услуги за счет средств организаций, предприятий и граждан, в том числе, на основании договоров с учреждениями по предоставлению услуг по медицинскому страхованию. Одновременно, согласно статье 12 Закона Азербайджанской Республики «О частной медицинской деятельности» от 30 декабря 1999 года, отмечено, что частная медицинская деятельность финансируется за счет средств юридических и физических лиц, обязательных и добровольных медицинских страховых средств и других источников, не запрещенных законодательством [5]. Государственное обеспечение субъектов частного сектора здравоохранения реализуется в рамках целевых программ по улучшению системы здравоохранения с финансированием отдельных государственных органов и, безусловно, средств обязательного медицинского страхования. Отметим так же, что для обеспечения социальной защиты населения в сфере охраны здоровья в Азербайджане была сформирована законодательная основа формирования и функционирования системы медицинского страхования. Согласно статье 12 Закона Азербайджанской Республики «О медицинском страховании» от 28 октября 1999 года, организация медицинского страхования – это страховая организация, функционирующая независимо от формы, собственности с получением специального разрешения в установленном законодательством порядке для осуществления медицинского страхования и обладающая необходимым уставным фондом, установленным соответствующим органом исполнительной власти. Важно отметить, что организации медицинского страхования не входят в систему здравоохранения страны [4]. В Законе Азербайджанской Республики «О внесении изменений в Закон о медицинском страховании» от 28 декабря 2018 года в статье 2.1 в качестве субъектов медицинского страхования определены застрахованные, страховщики, территориальные медицинские подразделения и медицинские предприятия, обеспечивающие медицинскую помощь и услуги [1]. Как известно, распоряжением Президента Азербайджанской Республики от 10 января 2008 года в стране была утверждена Концепция реформы системы финансирования здравоохранения и применения обязательного медицинского страхования. Главные цели и принципы концепции заключаются в обеспечении финансирования системы здравоохранения на новых экономических основах, улучшение качества медицинских услуг и уровня здоровья населения, разработка и реализация новых экономических механизмов финансирования системы здравоохранения. Однако для реализации основных задач и приоритетов данной концепции было необходимо определенное время и выделение более устойчивых и надежных финансовых источников из всех. Кроме того, необходимо было сформировать соответствующую управленческую структуру по подготовке и реализации данной концепции и, в целом, всей реформы системы медицинского страхования. Так, согласно пункту 8 Указа Президента Азербайджанской Республики от 24 ноября 2016 года «О некоторых мерах по совершенствованию государственного управления Азербайджанской Республики» было создано юридическое лицо публичного права - «Государствен-

ное Агентство обязательного медицинского страхования» на базе Государственного агентства по обязательного медицинского страхованию при Кабинете Министров Азербайджанской Республики, обладающего правовым статусом - «орган исполнительной власти» [10]. Основные функции данного агентства заключаются в организации и обеспечении реализации медицинского страхования путем аккумулирования финансовых ресурсов на оказание медицинских услуг в форме базового пакета, одновременно агентство выступает в качестве покупателя медицинских услуг из разных медицинских организаций, в том числе, из частных предприятий системы здравоохранения. В своей деятельности агентство предпринимает меры для улучшения качества медицинских услуг и обеспечения их доступности всем слоям населения страны, а также разрабатывают необходимые мероприятия и совершенствует политику в сфере обязательного медицинского страхования. Для развития системы медицинского страхования и участия ее в реализации необходимых работ, а так же для организации системы предоставления качественных медицинских услуг населению была усовершенствована существующая медицинская инфраструктура в стране, в том числе, материально-техническая база и возможности субъектов частного сектора системы здравоохранения, самостоятельные страховые организации и компании. Указом Президента Азербайджанской Республики от 6 сентября 2017 года «Об обеспечении деятельности Государственного Агентства по обязательному медицинскому страхованию» утвержден «Устав государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию» [11]. Одним из важных направлений деятельности данного агентства является заключение с медицинскими учреждениями, в том числе, с частными предприятиями здравоохранения, договоров на оказание медицинских услуг, предусмотренных в базовом пакете. Размер уставного фонда Агентства составляет 4 млн. манат. В стратегическом плане действий Агентства главный упор будет сделан на обеспечение универсального и устойчивого страхования, гарантирующего предоставление населению надежных, качественных и эффективных медицинских услуг на основе принципов прозрачности, доступности, надежности, профессионализма и справедливости. Создание Агентства и реализация последовательных мероприятий по развитию системы медицинского страхования, а так же обеспечение активного участия субъектов частного здравоохранения в этих процессах положительно оценены на мировом уровне. Так, Евросоюз в рамках европейской политики соседства начал реализацию твиннинг-проекта по совершенствованию законодательной базы в сфере обязательного медицинского страхования Азербайджана исходя из европейских стандартов. Агентство активно сотрудничает с крупными субъектами системы частного здравоохранения страны, например 14 сентября 2018 года был подписан меморандум об установлении и расширении партнерских отношений в медицинской сфере между Агентством и Центральной клиникой. В рамках сотрудничества будут проведены семинары для освоения более прогрессивных и современных методов диагностики и организации работы по оказанию медицинских услуг. Кроме того, 14 июля 2019 года был подписан меморандум с Центром общественного здравоохранения и реформ при Министерстве Здравоохранения Азербайджана, который предусматривает активное участие специалистов профильных областей в рамках целей обязательного медицинского страхования в стране с 2020 года. Уже началось проведение тренингов по использованию программного обеспечения в медицинских учреждениях страны, в которых отрабатывается использование механизмов формирования и функционирования системы обязательного медицинского страхования. Кроме этого, разработаны предложения по совершенствованию системы управления медицинскими учреждениями для

обеспечения существенного поднятия качества медицинской помощи и услуг с 2020 года путем применения 20 стандартов качества исходя из мирового опыта. Для этого определены 16 индикаторов по осуществлению мониторинга показателей здоровья населения [9]. С целью, чтобы планомерно охватить все намеченные мероприятия в рамках перехода к страховой медицине, Агентством по обязательному медицинскому страхованию подготовлен специальный план действий с участием международной консалтинговой компании «McKinsey & Company» (США). В числе приоритетных целей намечается осуществление инфраструктурных преобразований по улучшению качества медицинских услуг и обеспечение оптимальных условий внедрения страховой медицины в Азербайджане. Кроме того, Кабинетом Министров страны утвержден список государственных медицинских учреждений в подчинении «Объединения по управлению медицинскими территориальными подразделениями» (ТӘВІВ), который вступит в силу 1 января 2020 года [8]. Можно заметить, что в стране активизировались целевые работы по поощрению компаний к покупке страховки для своих работников. Постепенное внедрение системы обязательного медицинского страхования приведет к большим изменениям на страховом рынке.

Как было отмечено ранее, уже функционирует Агентство по обязательному медицинскому страхованию, утверждено его положение и структура. Кроме того, обеспечено осуществление пилотных проектов на территории города Мингячаур и в Евлахском районе. За 2017 год в пилотных районах застраховано 256,4 тыс. человек, в период данного проекта предусмотрено 1829 бесплатных медицинских услуг, в том числе, 480 амбулаторных и 677 стационарных и пр. Увеличилось проведение операций почти на 33 % и 375 пациентам было оказано 980 медицинских услуг по сердечно-сосудистой хирургии. Расходы по финансированию здравоохранения в пилотных районах зафиксированы на уровне 114 маната на душу населения с добавлением капитальных вложений, а без капиталовложений – 93 маната [2]. В течение 2018 года к пилотным районам – городу Мингячаур и Евлахскому району, прибавился и Агдашский район, и за 2018 год общее число застрахованных лиц в этих районах составило 340,6 тысяч человек. Применен новый тариф и создан общий фонд заработной платы для врачей и среднего медицинского персонала, обеспечивается улучшение материально-технической базы и системы снабжения лекарствами субъектов здравоохранения. За год к врачам обратилось 1,1 млн. человек, а в стационарных условиях более 21,4 тысячам чел. оказана медицинская помощь, были проведены 9346 хирургических операций. Медицинские учреждения были оснащены компьютерами и программным обеспечением и была расширена сфера электронизации внутренней деятельности этих учреждений [3]. Все это свидетельствует о формировании серьезного потенциала для улучшения системы здравоохранения страны и, в том числе, для охвата всей территории страны системой обязательного медицинского страхования, тем самым обеспечивая повышение качества и доступности предоставления медицинской помощи и услуг населению страны в ближайшей перспективе. Кроме того, в Азербайджане ежегодно совершенствуется система и механизмы обеспечения добровольных и обязательных страховых услуг в сфере здравоохранения.

В таблица 1 дана динамика показателей Азербайджана за 2016-2018 гг. по добровольному и обязательному страхованию жизни, личному медицинскому страхованию, обязательному страхованию утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Таблица 1.

Показатели Азербайджана за 2016-2018 гг. по добровольному и обязательному страхованию жизни, личному медицинскому страхованию, обязательному страхованию утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

п/н	Показатели	2016	2017	2018
I	<i>По добровольному страхованию:</i>			
01	Общая сумма по добровольному страхованию жизни по заключенным договорам, млн. манат	115,6	177,9	305,7
	Доля в общей сумме по добровольному страхованию по заключенным договорам, в %	36,3	47,4	57,0
02	Выплаты по добровольному страхованию жизни по заключенным договорам, млн. манат	91,0	126,4	95,0
	Доля в общей выплате по добровольному страхованию по заключенным договорам, в %	50,7	63,4	55,0
03	Общая сумма по добровольному личному медицинскому страхованию по заключенным договорам, млн. манат	84,7	83,2	87,1
	Доля в общей сумме по добровольному личному страхованию по заключенным договорам, в %	93,0	91,9	16,2
04	Выплаты по добровольному личному медицинскому страхованию по заключенным договорам, млн. манат	61,6	53,0	59,5
	Доля в общей выплате по добровольному личному страхованию по заключенным договорам, в %	97,6	98,5	34,5
II	<i>По обязательному страхованию:</i>			
05	Общая сумма по обязательному страхованию утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, млн. манат	31,3	33,2	35,3
	Доля в общей сумме по обязательному страхованию, в %	18,7	18,3	18,4
06	Выплаты по обязательному страхованию утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, млн. манат	4,0	4,2	3,1
	Доля в общей выплате по обязательному страхованию, в %	6,9	7,3	4,6

Примечание: Таблица подготовлена на основе статистических материалов Палаты по надзору за финансовыми рынками Азербайджана. <https://www.fimsa.az/az/>.

Анализ таблицы 1 свидетельствует о том, что за 2016-2018 годы общая сумма по добровольному страхованию жизни по заключенным договорам увеличилась в 2,64 раза и составила в 2018 году – 305,7 млн. манат против в 115,6 млн. манат в 2016 году. За этот период доля в общей сумме по добровольному страхованию по заключенным договорам повысилась от 36,3 % до 57 %. В то же время выплаты по добровольному страхованию жизни особо не повысились, для сравнения – если данная сумма в 2016 году была на уровне 91 млн. манат, то в 2018 году она лишь немного выросла и составила 95 млн. манат. Общая сумма по добровольному личному медицинскому страхова-

нию по заключенным договорам в 2016 и 2018 годах соответственно составила: 84,7 и 87,1 млн. манат, при этом, выплаты по добровольному личному медицинскому страхованию по заключенным договорам составили соответственно: 61,6 и 59,5 млн. манат. Что касается обязательного страхования, то здесь между общей суммой и выплатами по обязательному страхованию имеется существенная разница, например, если в 2016 году общая сумма по обязательному страхованию от утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний зафиксирована на уровне 31,3 млн. манат, то выплаты по этим обязательствам составили лишь 4 млн. манат или 12,8 % от общей суммы. Аналогичные показатели за 2018 год - соответственно: 35,3 млн. манат; 3,1 млн. манат и 8,78 %.

Можно отметить, что частные предприятия здравоохранения имеют неплохой уровень инфраструктуры инновационной направленности и каждое из них сотрудничает с несколькими страховыми компаниями, которые участвуют в формировании и развитии системы медицинского страхования в стране. Среди страховых компаний, которые участвуют в партнерских отношениях с частными медицинскими предприятиями системы здравоохранения Азербайджана в рамках реализации поставленных задач по внедрению системы медицинского страхования больше всего выделяется деятельность «Паша Сыгорта», «Ата сыгорта», «Аха Мбаск», «Атешгах сыгорта», «Азербайджанская промышленная сыгорта», «Халг сыгорта», «Азсыгорта», «Гала сыгорта», «А-Груп сыгорта», «Алфа сыгорта», «Бута сыгорта», «Гарант сыгорта» и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, анализ проведенной работы по формированию и развитию системы медицинского страхования в Азербайджане показывает, что основные институциональные и структурные работы в данном направлении находятся в интенсивной фазе. В стране активизировалось взаимодействие субъектов частного сектора здравоохранения и субъектов системы обязательного страхования по обеспечению углубления развития данной системы и расширению оказания медицинских услуг населению страны. Институт частного здравоохранения в Азербайджане постепенно набирает обороты, расширяется сеть конкурентоспособных медицинских частных предприятий, в которых упор делается на современное инновационное оборудование с применением новых высоких технологий и медицинского оборудования. Для повышения устойчивости и эффективности частных предприятий здравоохранения требуется:

- обеспечить применение более инновационных подходов и рациональных механизмов, которые могут способствовать расширению перечня конкурентоспособных медицинских услуг и повышению их качества;

- развить сеть частных предприятий на инновационной основе как важного направления обеспечения значительного роста объема качественных платных медицинских услуг;

- в деятельности частных структур системы здравоохранения необходимо активно применять такие элементы, влияющие на уровень и качество медицинских услуг, которые имели бы определенное преимущество по сравнению с аналогичными услугами, оказываемыми государственными медицинскими учреждениями.

В ближайшей перспективе прогнозируется активизация деятельности субъектов системы медицинского страхования в Азербайджане и роль частных предприятий в данной сфере заметно повысится, однако для повышения эффективности данной деятельности в регионах страны будут необходимы долгие годы, так как сеть конкурентос-

пособных медицинских учреждений в регионах страны достаточно небольшая. Для этого требуется совершенствование системы государственной политики развития частного сектора здравоохранения в регионах страны и применение более стимулирующего механизма в сфере активного привлечения местных и иностранных инвесторов в создание и расширение материально-технической базы и сети частных медицинских предприятий в регионах страны и т.д.

Список использованной литературы:

1. Tibbi sığorta haqqında Azərbaycan Respublikasının Qanununda dəyişiklik edilməsi barədə Azərbaycan Respublikasının Qanunu. Bakı şəhəri, 28 dekabr 2018-ci il.
2. <https://its.gov.az/ru/media/press-reliz/i-cbari-tibbi-s-orta-uzr-dovl-t-agentliyi-2017-ci-il-uzr-illik-hesabat-n-ac-qalay-b/>.
3. <https://its.gov.az/ru/media/press-reliz/gosudarstvennoe-agentstvo-po-obiazatel-nomu-meditsinskomu-strakhovaniyu-predstavilo-godovoi-otchet-za-2018-god/>.
4. Закон Азербайджанской Республики «О медицинском страховании». Баку, 28 октября 1999, №725-ІГ.
5. Закон Азербайджанской Республики «О частной медицинской деятельности». Баку, 30 декабря 1999 года, № 789-ІГ.
6. Закон Азербайджанской Республики «Об охране здоровья населения». Баку, 26 июня 1997.
7. История здравоохранения. http://www.azerbaijans.com/content_854_ru.html.
8. <https://its.gov.az/ru/media/musahib-l-r-m-qal-l-r/nazirl-r-kabinetinin-tibbi-razi-bolm-l-rinin-i-dar-etm-birliyi-publik-huquqi-xsin-tabeliyind-ki-tibb-mu-ssis-l-rinin-siyah-s-n/>.
9. <https://its.gov.az/ru/media/press-reliz/tibb-mu-ssis-l-rinin-idar-edilm-sinin-t-kmill-dirilm-sin-dair-t-klifl-r-haz-rlan-b/>.
10. Указ Президента Азербайджанской Республики о некоторых мерах по усовершенствованию государственного управления в Азербайджанской Республике. Город Баку, 24 ноября 2016 года, №1255
11. Устав государственного агентства по обязательному медицинскому страхованию. Утвержден Указом Президента Азербайджанской Республики от 6 сентября 2017 года «Об обеспечении деятельности Государственного Агентства по обязательному медицинскому страхованию». Баку, 6 сентября 2017 год
12. Алекберли Ф. История медицины в Азербайджане (V тыс. до н.э.— середина XIX в н.э.). <http://www.alakbarli.aamh.az/index.files/13.htm>.
13. Финансирование здравоохранения. Медицинское страхование. Зарубежный опыт. <http://topknowledge.ru/obshchaya-teoriya-finansov/4371-meditsinskoe-strakhovanie-zarubezhnyj-opyt.html>.]

*Rəhimova Nigar Rasim qızı, dissertant,
Azərbaycan Milli Elmlər Akademiyasının
İqtisadiyyat İnstitutu,*

Ünvan: H.Cavid 115 pr., Bakı, Azərbaycan, AZ 1143,

E-mail: nigiar82@rambler.ru

© Rəhimova N.R., 2019

ÖZƏL SƏHIYYƏ SEKTORUNUN İNKİŞAFINDA TİBBİ SİĞORTA İNSTITUTUNUN TƏTBİQİNİN İNTENSİVLƏŞDİRİLMƏSİNİN ƏHƏMIYYƏTİ

X Ü L A S Ə

Tədqiqatın məqsədi - özəl səhiyyə sektorunun inkişafında tibbi sığorta institutunun tətbiqinin intensivləşdirilməsinin əhəmiyyəti tədqiq olunmasından ibarətdir. Tibbi sığorta institutunun mahiyyəti və əhəmiyyəti açıqlanmış, tibbi sığorta institutunun əsas elementləri, təşkili və inkişaf etdirilməsi xüsusiyyətləri sistemləşdirilmişdir. Tibbi sığorta institutu və özəl səhiyyə sektoru arasındakı təsir dairəsi və əlaqələr tədqiq edilmiş və bazar iqtisadiyyatı şəraitində səhiyyə sisteminin nisbətən aktual vəzifələri baxılmışdır. Özəl səhiyyə müəssisələrinin icbari prosedurları və fəaliyyətlərinin tənzimlənməsinin problemləri sistemləşdirilmişdir. Ölkə səhiyyəsində dövlət-büdcə sisteminin və əsas tibbi müəssisələrin fəaliyyətinin mühüm aspektləri təhlil olunmuşdur. Səhiyyə sistemində dövlət maliyyələşdirmə mexanizmlərinin inkişaf etdirilməsinin mühüm mexanizmləri və səmərəliliyi açıqlanmışdır.

Tədqiqatın metodologiyası - sistemli və müqayisəli təhlil, özəl səhiyyə sektorunun inkişafında tibbi sığorta institutunun tətbiqinin intensivləşdirilməsinin əhəmiyyətindən çıxış etməklə, metodoloji yanaşmalar və üsullardan, həmçinin müxtəlif tədqiqatçıların və müəllifin elmi yanaşmalarından ibarətdir.

Tədqiqatın tətbiqi əhəmiyyəti - tədqiqatda verilmiş materiallardan və əldə olunmuş nəticələrdən özəl səhiyyə sektorunun inkişafında tibbi sığorta institutunun tətbiqinin intensivləşdirilməsi məqsədilə konsepsiya və strategiyaların, dövlət proqramlarının hazırlanmasında istifadə oluna bilər.

Tədqiqatın nəticələri – hazırkı şəraitdə tibbi sığorta sisteminin və xüsusilə, özəl səhiyyə sisteminin müəssisələri ilə əlaqələrinin müasir vəziyyətinin səmərəliliyi baxılmış, tövsiyələr hazırlanmış və təkliflər verilmişdir.

Tədqiqatın orijinallığı və elmi yeniliyi – tədqiqat işində baxılan problemlər üzrə müxtəlif tədqiqatçıların elmi əsərlərinə istinad olunsa da, ilk növbədə, müəllif yanaşmaları əsas yeri tutur. dövlət və özəl səhiyyə sektoru subyektləri arasında münasibətlər baxılmışdır. Ölkədə tibbi sığorta sisteminin formalaşdırılması və inkişaf etdirilməsi üzrə həyata keçirilən institutional və struktur islahatların mahiyyəti açıqlanmışdır və bu sahədə islahatların sürətləndirilməsinin vacibliyi əsaslandırılmışdır.

Açar sözlər: tibbi sığorta institutu, özəl səhiyyə sektoru, səhiyyə sisteminin inkişafı, özəl tibbi müəssisələr, özəl səhiyyə sektorun problemləri, özəl səhiyyə sektorun inkişaf perspektivləri.

*Nigar Rasim Ragimova,
Doctoral student of the Institute of Economics of
Azerbaijan National Academy of Sciences,
Address: 115 H.Javid Avenue, Baku, Azerbaijan, AZ 1143,
nigiar82@rambler.ru
© N.R. Ragimova, 2019*

**IMPORTANCE OF APPLICATION OF INSTITUTE OF MEDICAL
INSURANCE IN THE INTENSIFICATION OF PRIVATE SECTOR
DEVELOPMENT OF HEALTH CARE**

A B S T R A C T

The purpose of the research – the essence and importance of application in medical institute insurance in an intensification of private sector development of health care is considered. Basic elements and features of the organization and development of institute of medical insurance are analyzed too. Influence and interrelation between institute of medical insurance and the private sector of health care is investigated. The most relevant problems of a health care system in the conditions of the market relations are considered. Compulsory procedures and problems on regulation of activity of private enterprises of health care are systematized. Important aspects of functioning of the state and budgetary system in health sector and ensuring activity of the dominant medical undertakings are analyzed.

The methodology of the research - the system and comparative analysis of definition of methodological approaches and ways taking into account features of a health care system and importance of providing alternative forms of development of the medical enterprises and, in general, private sector development of health care.

The practical importance of the research – results and material of a research can be used in acceleration of developments and an intensification of activity of the private sector of health care, in preparation of the concept and strategy, complex actions and state programs on expansion of network of the private medical enterprises.

The results of the research – modern and conceptual approaches, recommendations and offers on important aspects of application of institute of medical insurance in an intensification of private sector development of health care are prepared.

The originality and scientific novelty of the research - scientific works, views and approaches of different researchers, the materials of a research mainly author's approaches and considered. Importance of mutually cooperation of subjects of a system of medical insurance and, especially, cooperation of the enterprises of the private sector of a health care system with the functioning insurance companies is improved.

Keywords: institute of medical insurance, private sector of health care, development of a health care system, private medical enterprises, problems of the private sector of health care, prospect of private sector development of health care.