

Министерство образования и науки Российской Федерации
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г.ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра финансов и кредита

Современное состояние медицинского страхования в России

АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

Студентки 5 курса 562 группы
Направления 38.03.01 Экономика профиль «Финансы и кредит»
Экономического факультета
Мамаевой Александры Михайловны

Научный руководитель
профессор кафедры математической
экономики, д.э.н., профессор _____

В.А. Балаш

Зав. кафедрой финансов и кредита,
к.э.н., доцент _____

О.С. Балаш

Саратов 2019

Введение. Современный этап социально-экономического развития общества характеризуется тем, что для любого государства мира одной из важнейших, если не самой важной, его функций является необходимость обеспечения своих граждан достойным уровнем здравоохранения. Эта проблема прямо затрагивает не только развитые, но и развивающиеся страны.

Объемы и качество оказания медицинских услуг все чаще и чаще не устраивают граждан. Низкая эффективность использования средств, выделяемых государством на финансирование медицинских услуг населению в системе обязательного медицинского страхования, требует принятия неотложных решений, связанных с необходимостью реформирования всей системы. Не решает проблему и существование двух видов страхования, таких как: добровольное и обязательное страхование. И в этой связи актуальным является определение перспективных направлений развития медицинского страхования в Российской Федерации, основанное на применении комплексного подхода в практической реализации добровольного и обязательного медицинского страхования.

Проблемы, поставленные в бакалаврской работе в разное время, стали объектом пристального внимания и серьезного научного исследования со стороны большого числа известных российских зарубежных авторов. Особое внимание теме выпускной квалифицированной работы уделяли такие известные ученые, как: В.А. Агаркина Л.А., Аремиева Л.М., Бабича Л.М., В.И. Басова А.А. Гвозденко, М.Е. Дмитриева, Л.А. Дробозина, Е.Х. Егорова В.М. Жеребенюк

Целью бакалаврской работы является определение перспективных направлений развития медицинского страхования в Российской Федерации, основанных на комплексном подходе к применению добровольного и обязательного медицинского страхования для повышения эффективности и результативности финансирования системы здравоохранения.

Объектом бакалаврской работы являются отношения между гражданами, направленные на защиту интересов населения в области здравоохранения и гарантирование гражданам, что в случае страхового случая они будут получать медицинскую помощь.

Предметом бакалаврской работы является совокупность социально-экономических, организационных и финансовых отношений о формировании и использовании финансовых ресурсов системы медицинского страхования.

В соответствии с этой целью в бакалаврской работе были поставлены следующие задачи:

Рассмотреть понятие и содержание медицинского страхования в Российской Федерации:

Рассмотреть историю появления медицинского страхования в Российской Федерации;

Раскрыть вопросы обязательного медицинского страхования;

Провести анализ добровольное медицинское страхование;

Определите некоторые перспективы развития медицинского страхования в Российской Федерации.

Методологическую основу бакалаврской работы составляли такие универсальные научные методы, как: исторический, эмпирический, логический, диалектический; общенаучные методы: анализ, синтез, сравнение, обобщение.

Структура бакалаврской работы подчиняется логике исследования и состоит из введения, двух глав, включающих пять параграфов, заключения, списка использованных источников и источников.

Основное содержание работы

В первой главе «Медицинское страхование как форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья граждан» рассматривается история зарождения медицинского страхования в РФ, а также поднимаются вопросы понятия и содержания медицинского страхования.

Свое начало медицинское страхование берет в конце 17 века. Так, в то время были отмечены первые данные о постоянном государственном финансировании медицинских услуг для населения в русском государстве. С 1701 года Монастырский орден стабильно выделял средства для богодельней и больниц, содержания врачей, находящихся на государственной службе, помощи малоимущим и выплаты «помощи женам, вдовам и детям, обслуживающим людей»¹.

Переломным моментом в практике медицинского страхования считается 1861 год, когда был принят закон «Об обязательном создании вспомогательных объединений на государственных горнодобывающих предприятиях», который ввел элементы обязательного страхования в России. Однако, медицинское страхование окончательно сформировалось в нашей стране лишь с принятием 23 июня 1912 года Третьей Государственной Думой пакета законов, завершающих формирование системы страхования трудящихся.

В 1993 году произошел новый этап изменения отрасли. В дополнение к бюджетной системе здравоохранения была создана система медицинского страхования. Настоящая система медицинского страхования носит двойственный характер: с одной стороны, она берет свое начало в дореволюционной России, с другой - основана на современной голландской модели².

Суть российской реформы здравоохранения заключается в идее перехода к модели медицинского страхования. Медицинское страхование - это вид социального страхования, форма социальной защиты интересов населения в сфере здравоохранения.

¹Цит. по: Дрошнев В.В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страхование дело. 2004. № 2. С. 64.

²Таранов А.М. Основные результаты деятельности системы ОМС за 10 лет и неотложные задачи ее совершенствования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. 2003. № 4. С. 8.

Статья 2 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. N 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»³ определяет страхование как правоотношения для защиты интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъекты Российской Федерации и муниципальные образования при возникновении определенных страховых случаев за счет денежных средств, образованных страховщиками из уплаченных страховых взносов (страховых взносов), а также за счет других средств страховщиков.

Форма социальной защиты интересов населения в сфере здравоохранения является медицинское страхование. Основной целью вышеназванного вида страхования выступает гарантия гражданам получения медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия, при возникновении страхового случая..

Медицинское страхование - это совокупность видов страхования, которые предусматривают обязательства страховщика осуществлять страховые выплаты (выплаты страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных застрахованным, обращающимся в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программа медицинского страхования.

Законодательством предусмотрено 2 вида медицинского страхования - обязательное и добровольное.

Во второй главе «Формы медицинского страхования» рассматриваются обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, а также некоторые перспективы развития медицинского страхования в РФ.

Обязательное медицинское страхование является частью государственной системы социальной защиты населения наравне с

³ Закон РФ от 27.11.1992 N 4015-1 (в ред. от 03.08.2018) "Об организации страхового дела в Российской Федерации" // Российская газета. 1993. N 6.

социальным страхователем. В то же время в рамках бюджета предоставляются дополнительные денежные средства помимо средств.

Бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015-2017 годы сформирован в соответствии с Бюджетным кодексом, законодательством Российской Федерации в области обязательного медицинского страхования и основными направлениями бюджетной политики.

Общая сумма поступлений в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2015 году составляет 1 619,8 млрд. рублей, на 2016 год - 1 661,7 млрд. рублей, а на 2017 году - 1 705,9 млрд. рублей. По сравнению с 2015 годом доходы увеличатся на 86,1 млрд руб.

Общие расходы по проекту бюджета ФОМС на 2017 год составляют 1 734 978,6 млн. Руб., что на 46 516,4 млн. Руб., или на 2,8%, больше, чем в 2016 году.

Основную часть запланированного дохода (более 50% от общей суммы) обеспечат страховые взносы, выплачиваемые ОМС работающего населения. Исходя из таблицы 1, мы видим довольно быстрый рост данных о выручке с 2015 по 2017 год на 92,5 млрд руб.

Получение страховых взносов премий по ОМС неработающего населения также увеличивается, но менее динамичными темпами, всего на 1,4 миллиарда рублей. с 2015 по 2017 год. Данные приведены на рис. 1.

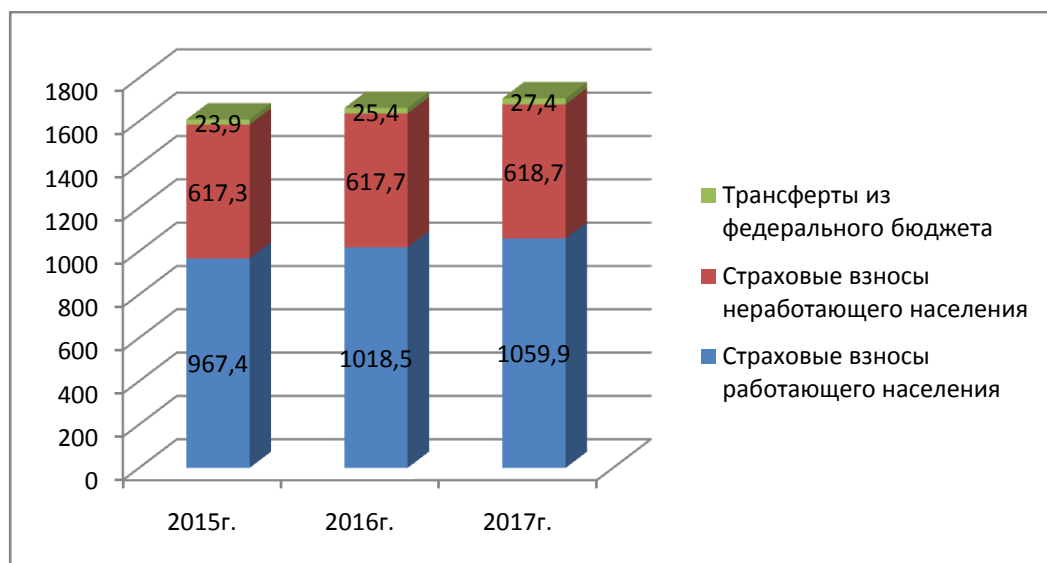


Рисунок 1 - Структура доходов бюджета Фонда обязательного медицинского страхования, млрд руб.

Трансферты из федерального бюджета увеличились с 2015 года по 2017 год на 3,5 млрд руб.

Общие расходы бюджета фонда на 2017 год составляют 1735,0 млрд рублей. Структура бюджетных расходов Фонда характеризуется следующими данными в рисунке 2.

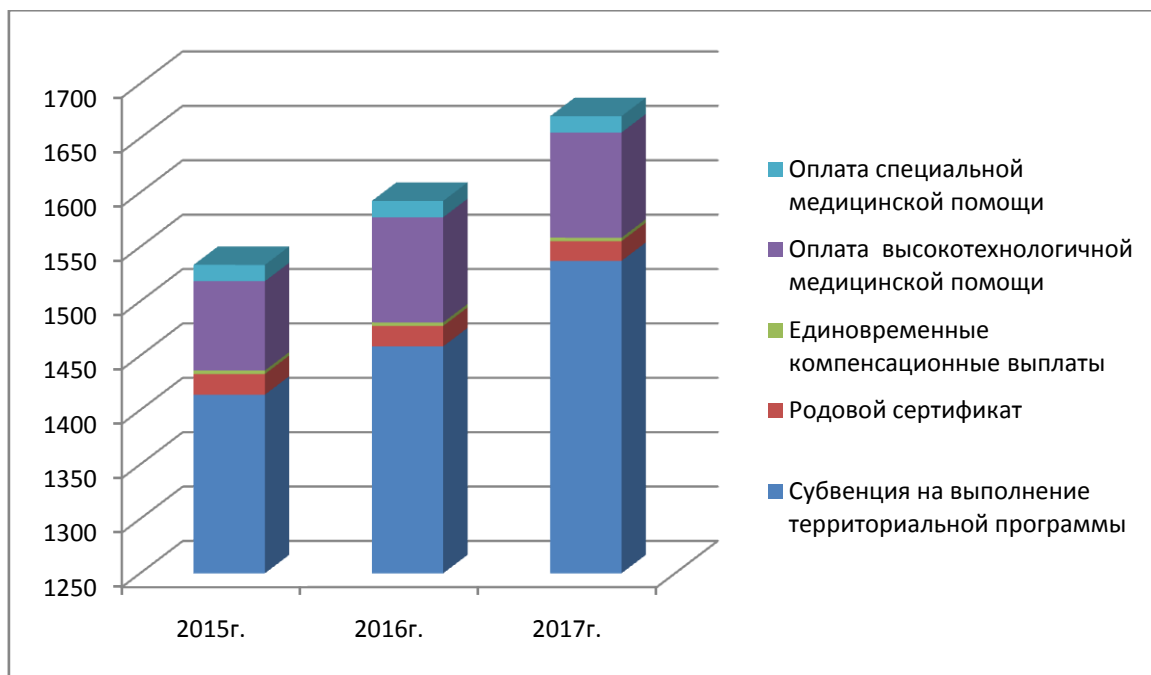


Рисунок 2 – Структура расходов бюджета Фонда обязательного медицинского страхования в России, млрд руб.

Основным приоритетом бюджета является финансовая поддержка территориальных программ обязательного медицинского страхования. В 2015 году из бюджета ФОМС на эти цели предусмотрено 1 414,2 млрд рублей, в 2016 году - 1 458,6 млрд рублей, а в 2017 году - 1 537,2 млрд рублей.

Из общего объема этих средств в 2015 году 82,1 млрд руб. было предусмотрено по расходным обязательствам субъектов Российской Федерации, связанным с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, в

2016 и 2017 годах этот показатель составил 96,7 млрд. рублей. Оплата за специальную медицинскую помощь составляет 15,0 млрд рублей.

На единовременные компенсационные выплаты за все 3 года предусмотрено 3,2 млрд руб. В целях улучшения демографической ситуации в исследуемые годы планируется обеспечить межбюджетные трансферты из бюджета Фонда в бюджет Фонда социального страхования Российской Федерации для оплаты медицинской помощи женщинам во время беременности, родов и послеродовой период, а также регулярное наблюдение за ребенком в течение первого года жизни. В 2015 году этот показатель составил 19,0 млрд рублей, в 2016 году - 18,8 млрд рублей, а в 2017 году - 18,1 млрд рублей.

По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования, в Российской Федерации зарегистрировано 48 организаций медицинского страхования. Количество всех застрахованных граждан составляет 146 371 901 человек.

На сайте Федерального фонда обязательного медицинского страхования представлен рейтинг всех компаний, по которому можно проследить, каким страховым медицинским организациям отдает предпочтение население России.

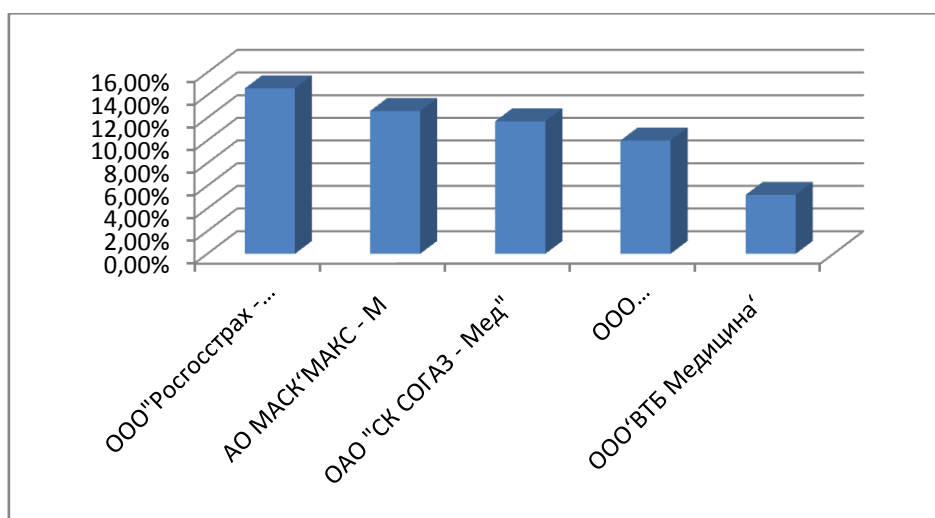


Рисунок 3 - Рейтинг страховых организаций по численности застрахованных лиц.

По данным диаграммы видно, что численность застрахованных лиц в ООО «РосгосстрахМедицина» 14,6% от общего числа (21,4 млн чел.), АО МАСК 'МАСК-М – 12,6% (18,4 млн чел.), ОАО «СК СОГАЗ-Мед» – 11,7% (17,5 млн чел.), ООО «АльфаСтрахование МС» - 10% (14,6 млн чел.), ООО 'ВТБ Медицина' – 5,2% (7,6 млн чел.). Соответственно именно эти компании в основном выбирают граждане для обязательного медицинского страхования.

Таким образом, обязательное медицинское страхование, без преувеличения, является наиболее распространенным видом страхования.

Далее целесообразно будет перейти к анализу добровольного медицинского страхования в РФ.

В 2017 году было отмечено снижение страховых премий в ДМС (-6,9% за третий квартал 2017 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года), в результате чего доля рынка, занимаемая этим видом страхования, сократилась на 1,1 % до 7,2%. Из-за традиционно высоких сборов в первом полугодии, компенсирующих снижение в третьем квартале, прирост взносов за 9 месяцев 2017 года составил 4,4%. Сумма взносов, собранных за отчетный квартал, составила 22,8 млрд рублей. Количество договоров, заключенных в третьем квартале 2017 года, увеличилось на 1,9% по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года и достигло 2,5 млн единиц. В результате средняя страховая премия за год снизилась на 8,7% до 9,3 тыс. Руб. по итогам третьего квартала 2017 года.

До 2017 года сектор ДМС не имел собственных триггеров роста. Динамика изменения средних страховых премий отражала падение количества заключенных страховых договоров. Тем не менее, в течение отчетного периода с 1 января 2017 года по 31 декабря 2017 года, несмотря на нестабильные показатели третьего и четвертого кварталов, наблюдалась значительная тенденция. Несмотря на то, что количество заключенных договоров было практически равно показателям 2014 года, объем премий увеличился почти на 20 млрд рублей.

Падение взносов по ДМС было в значительной степени связано с желанием работодателей сократить свои расходы, в том числе за счет предоставления меньшего перечня услуг, а также распространения софинансирования и франшиз. Принятый закон о телемедицине, вступивший в силу 1 января 2018 года, предусматривает дистанционное оказание медицинской помощи и консультаций, что должно сказаться на расширении клиентской базы и снижении средней стоимости страхования. Платежи ДМС незначительно увеличились (на 1,3% в третьем квартале 2017 года по сравнению с аналогичным периодом прошлого года), достигнув 26,3 млрд рублей. В общей сумме платежей доля ДМС достаточно стабильна и составляет 21,7% на конец 2017 года (21,9% годом ранее).

За последние несколько лет страховые взносы постоянно росли. Но если до 2013–2014 годов это было связано с количеством заключенных договоров, то, начиная с 2015 года, повышение сборов началось только из-за обесценения рубля и роста стоимости медицинских услуг за счет импортных лекарств и оборудования. В 2016–2017 гг. ситуация существенно не изменилась, что хорошо видно на рисунке 4.



Рисунок 4 - Динамика объемов страховых премий и прирост сборов ДМС в 2014-2017 гг.

Выплаты в связи со страховыми случаями также выросли. С 2014 года, когда сумма выплат немного превысила 95 миллиардов рублей, сумма

выплаченных компенсаций увеличилась на 11,1% и в 2017 году составила более 105 миллиардов рублей. Девальвация рубля, резкое снижение расходов на корпоративное страхование, распространение мошенничества и ряд других факторов, которые не помогли стабилизировать ситуацию, оказали негативное влияние на рынок ДМС.

Согласно данным, предоставленным Банком России, большее количество компаний из ТОП имеют средний коэффициент выплат выше среднего уровня рынка. Рынок ДМС находится в стагнации. Клиенты стремятся сократить расходы, что приводит к сокращению программ (в основном за счет стоматологических услуг, стационарного лечения), перехода на менее дорогие медицинские учреждения и введения франшиз. ДМС для большинства страховых компаний остается малоприбыльным бизнесом и используется как составная часть комплексных программ для корпоративных клиентов. Некоторые компании вообще отказываются от лицензии на ДМС. В частности, в 2017 году это сделали Росгосстрах-Медицина и МАКС-М.

Согласно данным, предоставленным Банком России, большее количество компаний из ТОП имеют средний коэффициент выплат выше среднего уровня рынка. Рынок ДМС находится в стагнации. Клиенты стремятся сократить расходы, что приводит к сокращению программ (в основном за счет стоматологических услуг, стационарного лечения), перехода на менее дорогие медицинские учреждения и введения франшиз. ДМС для большинства страховых компаний остается малоприбыльным бизнесом и используется как составная часть комплексных программ для корпоративных клиентов. Некоторые компании вообще отказываются от лицензии на ДМС. В частности, в 2017 году это сделали Росгосстрах-Медицина и МАКС-М.

Таким образом, чтобы остаться на плаву, страховые компании предпримут различные действия в ближайшие годы, чтобы минимизировать затраты и издержки полисов.

Заключение. Отношения по ДМС так же, как и ОМС, связаны с социальным страхованием, которое направлено на организацию и финансирование медицинского обслуживания застрахованного контингента определенного объема и качества, но в рамках программ ДМС.

Однако ДМС не относится к государственному социальному страхованию из-за различий в социальных интересах, которые они реализуют, и различий в формах собственности и организационно-правовых формах страховых организаций, осуществляющих социальное страхование.

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Обязательное медицинское страхование является неотъемлемой частью государственного социального страхования и предоставляет всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и медицинской помощи, предоставляемой за счет обязательного медицинского страхования, в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Субъектами и участниками обязательного медицинского страхования являются следующие лица: застрахованные лица, страховщики, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды, организации медицинского страхования, медицинские организации.

В настоящее время реализация государственной политики в области обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда обязательного медицинского страхования, осуществляется 86 территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Обязательным условием цивилизованного развития системы ОМС должна стать разработка правовых и финансовых механизмов, позволяющих исключить неформальные платежи пациентов медицинским работникам. Одной из форм участия граждан в медицинском страховании могут стать

предоставление возможности добровольного отказа от участия в системе ОМС и решение вопроса оплаты медицинской помощи через систему добровольного медицинского страхования.

Низкий уровень доходов населения влияет на состояние здоровья, а это означает, что необходимо не только разработать четкую концепцию социальной и медицинской защиты, но и обеспечить эту концепцию финансовыми ресурсами. Фонды, формирование фондов страховых компаний, занимающихся ДМС.

В настоящее время имеются все предпосылки для дальнейшего развития рынка ДМС в нашей стране, и очень важно не загубить эту важную с социальной точки зрения отрасль бизнеса для того, чтобы дать шанс населению и организациям получать качественные медицинские услуги по приемлемой стоимости.

Ключом к успешному ДМС является разработка программ медицинского страхования, обеспечивающих баланс между страховой стоимостью программы и перечнем предлагаемых медицинских услуг, а также разработка принципов расчета страховых взносов, обеспечивающих выполнение страховщиком своих обязательств по соответствующим соглашениям.

В целом, система медицинского страхования, созданная в России с учетом корректировок и дополнений, является приемлемой для современного этапа развития страхового рынка, поскольку в целом учитывает особенности российской экономики современного периода.

Несмотря на то, что медицинское страхование, как и все другие виды страхования в России, за последние 10 лет сделало огромный шаг вперед, мы все еще отстаем от развитых стран по этому показателю. И поэтому, как и во многих других сферах экономики, которые пришли к нам после перестройки, в России есть большие возможности для развития страхования. Медицинское страхование также очень важно для развития национальной системы здравоохранения и медицины. Помимо обязательного (социального)

медицинского страхования, закон вводит добровольное медицинское страхование, которое предоставляет гражданам дополнительные медицинские услуги сверх установленных базовых программ медицинского страхования.

Вся система медицинского страхования создана с главной целью - гарантировать гражданам в случае страхового случая получение медицинской помощи из накопленных средств и финансирование профилактических мероприятий. В современных системах страхования под профилактикой понимаются меры по сокращению частоты страховых случаев, но не ответственность страховой системы за профилактику в широком смысле, которая остается обязанностью системы здравоохранения.

Страховые организации - это как раз те новые структуры, которые появились на рынке медицинских услуг и стали своего рода очень важной финансовой надстройкой, выполняющей посреднические функции. Главное - реализовать основной принцип страхования: «Деньги идут на пациента. Для пациента это означает, что страховая компания экономически заинтересована в выборе лучшего врача и лучшего медицинского учреждения для него, для врачей - чтобы они перестали получать деньги «по требованию», их нужно зарабатывать. Таким образом, медицинское страхование гарантирует и делает доступными высококачественные медицинские услуги, а во-вторых, помогает решить проблему привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сектор здравоохранения.

Основная цель внедрения медицинского страхования - создать рыночную среду для работы медицинских учреждений, что, в свою очередь, позволит мобилизовать дополнительные финансовые ресурсы от предприятий и населения за счет дополнительного страхования. Создается рынок медицинских услуг, который превращает руководителей медицинских учреждений в продавцов этих услуг.