

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г.
ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра финансов и кредита

**«Анализ современного состояния рынка медицинского страхования РФ
на примере Саратовской области»**

**АВТОРЕФЕРАТ
ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ
БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

студентки 5 курса 562 группы экономического факультета
направления 38.03.01 «Экономика», профиль «Финансы и кредит»

Оганян Сюзанна Самвеловна

Фамилия, имя, отчество

(подпись студента)

Научный руководитель
доцент кафедры финансов и кредита,

к.э.н., доцент

Должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

Кузнецов О. И.

инициалы, фамилия

Зав. кафедрой финансов и кредита,

к.э.н., доцент

Должность, уч. степень, уч. звание

подпись, дата

О.С. Балаш

инициалы, фамилия

Саратов, 2019

Введение

Актуальность темы. Международная практика осуществления медико-санитарного обслуживания базируется на системах экономического функционирования здравоохранения: государственной, страховой и частной.

В государственной системе преобладает принцип прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и создана гарантированная бесплатная медицинская помощь.

Страховая система базируется на принципе вовлечения граждан, предприятий различных форм собственности в финансовую поддержку охраны здоровья напрямую или с помощью некоммерческих страховых медицинских организаций (далее СМО).

Частнопрактикующие врачи открыли клиники и больницы, находящиеся в индивидуальной собственности. В России сформировалась частная медицина, финансируемая за счет оказания платных медицинских услуг по обслуживанию пациентов.

Возрождение в нашей стране медицинского страхования (обязательного ОМС и добровольного ДМС) после многолетнего отсутствия стало возможно в связи с вступлением в действие закона РФ от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ». ОМС и ДМС обеспечивает защиту населения, которая «заключается в гарантии оплаты помощи врачей за счёт накопленных средств». ОМС, в случае нарушения здоровья, гарантирует больному бесплатное предоставление ограниченного объёма медицинских услуг. С вводом в России было ОМС, граждане РФ обеспечены равными правами на получение бесплатных медицинских услуг перечисленных в Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Необходимость введения ОМС в России возникла из-за нескольких факторов:

- переход к рыночной экономике актуализировал проблемы социальной защиты населения, особенно в сфере медицинского обслуживания;

- страхование граждан в системе ОМС гарантирует получение необходимой медицинской помощи независимо от статусных позиций, финансового положения, социально-демографических характеристик;

Во-вторых, усиливающееся расслоение общества, его поляризация приводят к появлению социального неравенства в области медицинского обслуживания. Получение медицинской помощи – это гарантия государства абсолютно для всех, что позволяет отчасти преодолевать неравенство социальных позиций застрахованных и обеспечивать доступ к медицинским услугам.

В-третьих, введение ОМС имеет экономическую значимость, касающуюся «притока» и перераспределения финансовых ресурсов в здравоохранении. Невысокая доля финансовых отчислений на здравоохранение затрудняла решение стратегических задач медицины. Практика ОМС «взяла на себя» часть финансовых проблем и позволила не только обеспечить бесплатную, доступную, качественную медицинскую помощь застрахованным, но и самой системе здравоохранения выжить и ориентироваться на дальнейшее развитие.

Актуальность анализа медицинского страхования обусловлена необходимостью выявить и обосновать особенности и тенденции воспроизводства ОМС в России как перспективного направления дальнейшей модернизации системы медицинского обслуживания.

Цель выпускной квалификационной работы: осуществить анализ ОМС в России: становление, воспроизводство и развитие.

Реализация цели предполагает решение следующих задач:

- изложить экономическую сущность и структуру медицинского страхования в РФ;
- описать основные этапы становления и развития системы медицинского страхования в РФ;

- осуществить обзор существующих моделей финансирования систем медицинского страхования;
- провести анализ современного состояния рынка медицинского страхования РФ;
- оценить эффективность функционирования системы медицинского страхования в РФ;
- выявить важнейшие проблемы современной системы медицинского страхования в РФ;
- разработать основные принципы функционирования эффективной системы медицинского страхования;
- предложить механизмы комплексного использования различных форм медицинского страхования.

Объект исследования - практика ОМС в России.

Предмет исследования – процесс становления, функционирования и развития ОМС в современном российском обществе.

Методологической базой данной работы стали идеи и концепции крупнейших отечественных исследователей ОМС. Анализ современного состояния российской практики ОМС стал предметом исследований в работах В. Бочаровой, Е. Ш. Гонтмахера, В. В. Дрошнева, А. М. Таранова, Т. Чубаровой, В. И. Шевского, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина.

Структура и содержание работы. Данная ВКР работа состоит из введения, трех глав, заключения, включает 94 страницы печатного текста, 15 рисунка и 8 таблиц, а также библиографический список из 84 наименований.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Во введении отражены актуальность темы, степень разработанности проблемы в исследуемой литературе, цель и задачи, предмет и объект исследования, теоретическая основа его проведения, информационная база, практическая значимость и апробация результатов ВКР.

В первой главе «Теоретические основы медицинского страхования в РФ» на основе обзорного исследования было уточнено, что в общественном сознании укоренилась мысль, что государство проводит преобразования в здравоохранении с целью экономии бюджетных средств. Эта мысль ошибочна. Государство действительно неэффективно расходует средства на выполнение своей функции - лечение людей. Но наряду с этим существующая бюджетная система позволяет расходовать минимум средств на здравоохранение. Реформа здравоохранения не только не сократит расходы, но и резко увеличит потребность в бюджетных ассигнованиях.

Нельзя не отметить, что в последнее время улучшились важнейшие медико-демографические показатели, на основании которых определяется эффективность здравоохранения, такие как увеличение продолжительности жизни до 71,4 года, снижение смертности, стабильный, хотя и небольшой, прирост населения. Этого помогла достичь, в том числе работа по оптимизации организации оказания медицинской помощи и ее финансирования.

Во второй главе «Исследование современного состояния организации и функционирования системы медицинского страхования» проведен анализ современного состояния рынка медицинского страхования РФ на примере Саратовской области на материалах Территориального фонда ОМС Саратовской области; анализ эффективности функционирования системы медицинского страхования в РФ на примере Саратовской области.

В третьей главе «Направления совершенствования системы медицинского страхования в РФ» разработаны основные принципы функционирования эффективной системы медицинского страхования; разработаны механизмы комплексного применения различных форм медицинского страхования.

В ВКР были исследованы основные направления развития и модернизации обязательного медицинского и медицинского страхования.

В заключении обобщены основные результаты проведенного исследования, сформулированы теоретические выводы и практические рекомендации по их применению.

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ВКР, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1 Медицинское страхование в РФ обладает экономической сущностью и сформированной структурой

медицинского страхования

По нашему мнению, медицинское страхование – это вид личного страхования, финансируемое из средств предприятий, органов власти и граждан посредством страховщиков, которые оплачивают, включенную в программу страхования, медицинскую, лекарственную и профилактическую помощь, оказанную застрахованному лицу.

Сущность любого экономического проявления можно проследить в его функциях и принципах. Из литературного обзора, не все ученые-экономисты согласны считать базовыми функциями страхования: функция риска, накопления, инвестирования, предупреждения, контролирования.

Обобщая различные подходы к определению функций страхования, по нашему мнению, базовыми функциями медицинского страхования следует считать: функции риска, компенсации, повышения социальных благ за счет перераспределения доходной части федерального бюджета.

Также необходимо отметить:

- добровольное медицинское страхование устанавливает зависимость объемов и видов помощи, предусмотренных программой страхования, от размера уплаченных страховых премий;
- обязательное медицинское страхование гарантирует населению получение медицинской помощи на основе соблюдения равенства и не ставит объем оказываемой медицинской помощи в зависимость от уплаченных страховых взносов.

В современном периоде медицинское страхование является основным источником финансирования российского здравоохранения в рамках одноканального финансирования медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно, через систему ОМС.

К субъектам ОМС относятся: застрахованные лица, страхователи и ФФОМС. ТФОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации являются участниками ОМС.

ФФОМС является некоммерческой организацией, которая реализует государственную политику в сфере ОМС. В субъектах РФ государственная политика в сфере ОМС реализуется через Территориальные фонды ОМС (ТФОМС).

Страховые медицинские организации (СМО) - это юридические лица (любой организационно-правовой формы, индивидуальные предприниматели) осуществляющие медицинское страхование при наличии лицензии на право проводить медицинское страхование ОМС и ДМС. СМО осуществляют отдельный учет по операциям со средствами ОМС и ДМС.

2 Сравнение существующих моделей финансирования систем медицинского страхования

Законодательством России предполагается три различных способа движения финансовых средств:

1. финансовый поток от ТФОМС → в страховые медицинские организации → в медицинские учреждения;
2. финансовый поток от страховых медицинских организаций и ТФОМС → в медицинские учреждения;
3. финансовый поток от ТФОМС → в медицинские учреждения.

Разнообразие схем финансовых потоков вызвано рядом причин, в том числе:

- из-за не полноценной готовности регионов России к совершенствованию системы ОМС;
- из-за недостаточности региональных финансовых возможностей;

- из-за региональной национально-территориальной особенности;
- из-за региональных политических аспектов.

Следовательно, сформирована структура движения финансовых потоков в системе ОМС.

Формирование объемов и структуры расходов Федерального фонда ОМС на 2019-2021 годы будет связано с необходимостью концентрации на приоритетных направлениях – развитии первичной медико-санитарной помощи, профилактики, повышении доступности и качества медпомощи, мероприятиях по охране материнства и детства, ВМП и формировании здорового образа жизни.

Новшества в части способов оплаты медицинской помощи в 2019 году

Анализ положений писем № 11-7/10/2-7543 и № 11-7/10/2-8080 показывает, что основными отличиями модели оплаты медицинской помощи, применяемой в 2018 году, от модели, рекомендуемой к использованию в 2019 году, являются:

- 1) увеличение количества КСГ в условиях круглосуточного стационара с 343 до 359 групп, в условиях дневного стационара – с 134 до 150 групп.
- 2) новые классификационные критерия;
- 3) корректировка случаев лечения по профилю «Медицинская реабилитация», «Акушерство и гинекология», лечения при оказании услуг диализа;
- 4) установление порядка оплаты случаев лечения по профилю «Онкология»;
- 5) изменение расчетов при определении размера финансового обеспечения медицинской организации;
- 6) оплата медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования;
- 7) применение телемедицинских технологий.

3 Представлен анализ современного состояния рынка медицинского страхования РФ на примере Саратовской области

В настоящий период в Саратовской области медицинскому страхованию отводится особое значение среди всех видов социального страхования, так как возможность воспользоваться медицинскими услугами является конституционным правом каждого гражданина РФ.

В 2018 году ОМС выполнял защиту прав застрахованных граждан году через Территориальные фонды ОМС (далее ТФОМС) и четыре страховые медицинские организации (далее – СМО), действующие в сфере ОМС (далее – ОМС) на территории Саратовской области.

Следует заметить, что, несмотря на рациональность указанных нововведений, система ОМС подвержена регулярным дискуссиям по поводу преимуществ и недостатков действующей модели финансирования здравоохранения, в модернизации.

4 Предложены разработанные основные принципы функционирования эффективной системы медицинского страхования

Модернизация системы ТФОМС Саратовской области - важнейшая инновация в организации охраны здоровья населения. Для достижения целей модернизации необходимо решение следующих нижеперечисленных задач на уровне ТФОМС Саратовской области.

- 1. Административные реформы в области управления ТФОМС Саратовской области*
- 2. Одноканальная система финансирования и размещение заказов на рынке*
- 3. Создание конкурентной модели здравоохранения через конкурсный отбор медицинских учреждений*
- 4. Аутсорсинг бюджетных учреждений здравоохранения*

5 Разработан механизм комплексного применения различных форм медицинского страхования

Современные достижения науки порождают все более эффективные и затратные методы лечения. Стандартизация медицинских услуг осуществляется постоянно. Выбор того, какую услугу Россия должно оказывать, а какую - нет, является политическим. А сфера здравоохранения

наиболее привлекательна для популистских решений. Россия должна брать на себя все больше обязательств, финансирование которых не всегда способны обеспечить. Требуются правильные решения.

Чрезвычайно сложно принять такое решение посредством централизованного механизма, то есть на уровне областного Министерства здравоохранения. Сложно потому, что это - полномочие и областной, и муниципальной власти. Сложно также потому, что с областного уровня не всегда можно объективно оценить реальную потребность в инвестициях: муниципалитеты заинтересованы по максимуму «выжать» из областной власти денежные средства и начать строительство наибольшего числа объектов, независимо от того, действительно ли они важны для развития. Следовательно, необходимо создать механизм заинтересованности муниципалитетов в рациональном использовании финансовых ресурсов.

Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова в интервью ТАСС заявила о необходимости преобразований децентрализованной системы ОМС, в результате которых будут исключены искажения в территориальных программах госгарантий, что позволит увеличить качество и доступность медицинской помощи для граждан.

Заключение

В данной ВКР были исследованы основные направления развития и модернизации обязательного медицинского и медицинского страхования.

Основные выводы по этому разделу можно сформулировать следующим образом.

1. Целесообразна инновационная модернизация ОМС.
2. Начинать следует с унификации системы управления ФФОМС и ТФОМС, совершенствования их горизонтальные связи.
3. ФФОМС и ТФОМС должны стать более независимыми от государства посредством повышения роли отношений социального партнерства в управлении этой системой.

Поскольку модернизация ФФОМС и ТФОМС – дело будущего, в ВКР предложены для обсуждения некоторые концептуальные положения по модернизации сферы медицинского страхования. Они заключаются в следующем:

1. Необходимо сохранить основные принципы действующего Закона:

- независимость (организационная и финансовая) системы медицинского страхования от органов управления здравоохранением при координации их деятельности;
- контрактная система финансовых взаимоотношений субъектов при четком разграничении функций;
- ориентированная на пациента система оплаты медицинской помощи;
- наличие специальной структуры, представляющей интересы (права) граждан в сфере охраны здоровья;
- обеспечение социального партнерства в сфере медицинского обслуживания граждан.

2. Представляется целесообразным при определении страхователя в системе ОМС руководствоваться следующими принципами:

- страхователем каждого гражданина в системе ОМС должна быть структура (юридическое или физическое лицо), которое обеспечивает данному гражданину доход;
- каждый работоспособный гражданин участвует в уплате страхового взноса (платежа) в системе ОМС;
- размер страхового взноса (платежа) определяется в процентах от получаемого гражданином дохода, при этом общая сумма взноса делится между юридическим (физическим) лицом, обеспечивающим доход гражданину, и самим гражданином.

3. По сравнению с действующим законодательством, следует расширить права страхователей в отношении их участия в контроле качества медицинской помощи, деятельности страховщиков, рационального

расходования средств ОМС. К обязанностям страхователей, кроме своевременной и полной уплаты страховых взносов (платежей) необходимо добавить обязанность заключения договоров медицинского страхования с теми страховщиками, которым отдают предпочтение застрахованные.

4. Особая роль страховщиков в обеспечении прав застрахованных, осуществлении контроля качества медицинской помощи является принципиальным отличием медицинского страхования от других видов страхования, поскольку именно предоставление медицинской помощи является основной формой страхового обеспечения при медицинском страховании.

Механизм аккредитации вполне может быть использован для повышения управления страховыми организациями в системе медицинского страхования. Ни в коем случае аккредитация СМО не должна стать механизмом административного распределения страхового поля. Определяющим в этом отношении фактором является решение вопроса о том, какая структура будет проводить аккредитацию. Необходимо в этой связи отметить одно существенное обстоятельство. В процедуре аккредитации страховых компаний как для работы по ОМС, так и по ДМС должна существенно повыситься роль профессиональных общественных ассоциаций страховых компаний. В этом отношении необходимо обеспечение партнерского взаимодействия ассоциаций с государственными органами.

5. Система ДМС должна стать преобладающей формой привлечения в здравоохранение средств предприятий и личных средств граждан. Она должна явиться альтернативой все более распространяющейся практике платного оказания медицинской помощи в рамках прямых хозяйственных договоров.

6. Для выполнения производителями медицинских услуг своих обязанностей и использования своих прав необходимо четкое определение их

юридического и экономического статуса в качестве самостоятельно хозяйствующих субъектов.

7. Целесообразно ставить вопрос о специальном законе «О медицинской деятельности», который положил бы, наконец, предел статусу врача как государственного наемного работника, так называемого «бюджетника».

8. В современных условиях, когда всерьез ставится вопрос о внедрении принципа адресности социальной помощи, большое значение приобретает дифференцированный подход к содержанию как базовой, так и территориальных программ ОМС, который означает:

- четкое определение видов медицинской помощи, предоставляемой любому гражданину бесплатно (оплачивается за счет средств ОМС);
- определение категорий граждан, имеющих право на получение наиболее широкого пакета медицинских услуг по ОМС и критериев отнесения граждан к той или иной категории,
- определение критериев ограничения видов и (или) объемов медицинской помощи, для разных категорий граждан.

9. Представляется целесообразным реализовать принцип финансирования лечения конкретных пациентов при любых заболеваниях за счет средств медицинского страхования, финансируя из бюджета(ов) те мероприятия, которые обеспечивают реализацию государственных (муниципальных) программ по охране здоровья граждан и при этом не связаны напрямую с лечением заболевших. В этом случае целесообразно законодательно закрепить порядок передачи фондам ОМС средств бюджетов, предназначенных для финансирования медицинской помощи гражданам в рамках бюджетных целевых программ.

На сегодня в системе ОМС аккумулируется примерно одна треть всех государственных расходов на здравоохранения, а медицинские учреждения (исполнитель и продавец медицинских услуг) получают средства на

покрытие издержек одной и той же деятельности из двух источников – страховых и бюджетных. Нерациональность такого подхода очевидна, поскольку ни у кого из участников системы не создается стимула к повышению эффективности использования ресурсов, что сказывается отрицательно на качестве самой медицинской помощи. Мы полагаем, что переход к одноканальной системе финансирования – через систему ОМС, во-первых, увеличит финансовые возможности системы, по крайней мере, в два раза (в соответствии с действующим Законом и утвержденной базовой программой система ОМС должна была собирать не менее 2/3 государственных средств), во-вторых, положительно скажется на повышении качества медицинской помощи.

Важным социально-экономическим результатом реализации предлагаемых положений может быть повышение роли добровольного медицинского страхования, его сочетания с ОМС.