

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

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

Кафедра «Финансы и кредит»

**Медицинское страхование РФ: Содержание, формы, направления
развития**

АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ

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

Суховой Юлии Анатольевны

Научный руководитель

к.э.н., доцент

должность, уч. степень, уч. звание

дата, подпись

Т.П. Варламова

инициалы, фамилия

Заведующий кафедрой

к.э.н., доцент

должность, уч. степень, уч. звание

дата, подпись

О.С.Балаш

инициалы, фамилия

Саратов, 2019

Введение

Актуальность исследования. Сегодня отечественный рынок медицинского страхования существенно изменяется. Расширение услуг, разработка новых программ страхования и др. В наше время дополнительное медицинское страхование (ДМС) служит дополнением к обязательному медицинскому страхованию (ОМС). Развитие ДМС дает значительные преимущества для людей работа которых связана с повышенной травмоопасностью, проживающих в эпидемиологически опасных зонах, с предрасположенностью к некоторым заболеваниям.

Проведение экономических реформ справедливо вызвало преимущественное развитие страховых механизмов финансирования здравоохранения в условиях, когда бюджетная система очутилась на границе финансового провала. Более 20-ти летний этап эволюционного развития обязательного медицинского страхования в РФ, не обнаружил абсолютных возможностей страхового механизма по сравнению с бюджетным, установил внутренние противоречия и проблемы выработанной бюджетно-страховой модели финансового обеспечения здравоохранения.

Теоретические основы построения системы медицинского страхования рассматриваются такими известными отечественными учеными как Архипов А.П., Дрошнев В. В., Лисицын Ю. П., Маслова Т.А., Семенов А. В., Щербаков В.А. Названные авторы выдвигали разнообразные подходы к построению системы медицинского страхования, но проблемы осуществления современных механизмов финансирования в работах проанализированы не полностью.

Объект исследования - система медицинского страхования в России.

Предмет исследования - совокупность социально- экономических, организационных и финансовых отношений по формированию системы медицинского страхования.

Цель исследования – рассмотреть систему медицинского страхования и определить его перспективные направления развития.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи:

- изучить понятие и сущность медицинского страхования;
- рассмотреть формы медицинского страхования: обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование;
- охарактеризовать историю развития медицинского страхования в России;
- определить проблемы медицинского страхования в Российской Федерации;
- обозначить направления развития медицинского страхования в России.

Методологическую основу дипломной работы составляют разнообразные методы общенаучного познания: законы формальной логики, анализ и синтез, метод перехода от общего к частному и др., а также специальный правовой метод: метод сравнительного правоведения.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что его итоги вносят вклад в теоретические представления о медицинском страховании и его месте на рынке страхования, о его функциях в национальной экономике, о роли медицинского страхования как полноценного сегмента рынка страхования в развитии общества.

Структура работы. Выпускная квалификационная работа включает в себя: введение, две главы: Глава 1. Социально-экономическое содержание медицинского страхования, Глава 2. Проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России, заключение, список источников из 78 наименований и приложения. Основной текст работы составляет 61 страницу.

Характерная черта страхования как одного из представителя предпринимательской деятельности выражается в том, что ей присущ обычный риск, определенный долгом страховщика компенсировать заблаговременно обусловленный договором убыток. Страхование выполняется в таких ситуациях, когда вероятность прихода рисков может

быть оценена, и наличествуют конкретные финансовые гарантии со стороны страховщика о возмещении ущерба.

Классификация страхования, которую в своей работе представил А. В. Семенов, выглядит таким образом:

- по объекту страхования: личное, имущественное, страхование ответственности;
- по форме проведения: обязательное, добровольное;
- по способу образования и использования страховых резервов: рисковое, накопительное;
- по количеству застрахованных (в одном договоре): индивидуальное, коллективное.

В современной рыночной экономике главной функцией страхования считается компенсирование финансового и материального ущерба физического или юридического лица, пришедших в следствие заболеваний, несчастных случаев, стихийных бедствий, техногенных катастроф, неисполнения партнерских договоров.

Под социальным страхованием в масштабном значении слова подразумевают систему, гарантирующую каждому гражданину право на труд, заработок и справедливое распределение общественного продукта, в том числе и гарантированную законодательством социальную защиту, и возмещение убытков, а также предоставление социальной помощи и услуг. Из вышесказанного следует то, что социальным страхованием считается система, которая защищает всех граждан от факторов социального риска, к которым причисляют: болезнь, несчастный случай, потеря трудоспособности, безработица, старость, потеря кормильца, смерть и тому подобные явления. На ряду с этим, социальное страхование снабжает финансированием мероприятий профилактического и оздоровительного характера, дает социальные гарантии в таких случаях, как беременность и роды, рождения детей.

Согласно утверждений А. З. Дадашева и Д. Г. Черника в России

медицинское страхование реализуется в двух формах, в таких как: обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование. Обязательное страхование проводится на основании законодательства РФ, а добровольное страхование осуществляется при помощи договора, который заключается непосредственно между страхователем и страховщиком. Все эти виды страхования имеют свои характерные свойства.

В медицинском страховании присутствуют два главных участника, такие как:

1. Страховщик – это особая организация (государственная или негосударственная), располагающая сведениями о создании и использовании денежного фонда. В медицинском страховании страховщиком считаются страховые медицинские организации – юридические лица, исполняющие медицинское страхование и обладающие правом осуществлять медицинское страхование.

2. Страхователь – юридическое или физическое лицо, которое вкладывает в определенный фонд учрежденные платежи. Страхователи в добровольном и обязательном медицинском страховании различаются. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: - для неработающего населения

– органы государственного управления республик, краев, областей, городов, местная администрация; для работающего населения

– предприятия, учреждения, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью.

Страхователями при добровольном медицинском страховании являются определенные граждане, которые имеют гражданскую дееспособность, или предприятия и организации, представляющие интересы граждан.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам

равные возможности в получении медицинской лекарственной помощи, предоставленной за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование представляет из себя как дополнение к обязательному страхованию. Реализуется оно на базе программ ДМС и гарантирует гражданам приобретение дополнительных медицинских и иных услуг сверх введенных программами обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование в отличие от добровольного захватывает абсолютно все страховые риски независимо от их категории.

Также обязательное медицинское страхование является всеобщим, а добровольное медицинское страхование может быть массовым и индивидуальным.

Развитие добровольного медицинского страхования в России осуществлялось поэтапно.¹:

- Первый этап (1991-1993 гг.) В этот период основой ДМС служили виды и варианты, которые предусматривали присоединение застрахованных лиц к избранному им (или страхователем) медицинскому учреждению (или нескольким лечебным учреждениям), оплату практически оказанных в пределах программы, установленной договором, услуг и возвращение страхователю (застрахованным) остатка средств от израсходованных на оплату лечения страховых взносов. В данных договорах по существу не обозначалось понятие «страховая сумма». Ответственность страховщика заключалась лишь в размерах уплаченного взноса, иногда за вычетом затрат на проведение страховых операций.

- Второй этап (1993-1994 гг.). Данный этап отличается присутствием на рынке (в дополнение к действовавшим ранее) видов добровольного медицинского страхования, гарантируют предельную ответственность страховщика по оплате представляемых застрахованным лицам медицинских

¹ Левант Н.А. Организация медицинского страхования в России / Н. А. Левант. - М.: Юрайт, 2017. – С. 107.

услуг в размере страховой суммы, отвечающей цене программы ДМС и превосходящей размер страхового взноса. Такие виды договоров возникли и в результате развития страховой культуры субъектов страхования, и в силу ужесточения требований касательно соблюдения принципов страхования, которые непосредственно отражаются в основных пунктах договора страхования, со стороны органов государственного регулирования страховой деятельностью, а именно, Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью.

- Третий этап развития добровольного медицинского страхования наступил в 1995 году, когда страховщикам было запрещено вести операции ДМС по договорам, которые предполагают возвращение страхователю остатка средств от расходов на оплату лечения части страхового взноса на момент завершения срока страхования. С этого момента актуальным стал вопрос о необходимости проведения медицинского страхования как одного из классических видов страхования, позволяющего страховой компании нести ответственность в пределах страховой суммы, которая определяется состоянием здоровья застрахованного и финансовыми возможностями страхователя.

Заключительный четвертый этап начинается с 1998 г. по настоящее время

После кризиса в августе 1998 г. настал новый этап развития ДМС.

С данного этапа одной из основных и особо важных задач ДМС становится снабжение высоким уровнем предоставления определенных медицинских услуг дополнительно к программе ОМС. Она осуществляется за счет собственных средств, полученных непосредственно от граждан или средств работодателя, дополнительно страхующего своих работников.

В последние время в России постоянно возрастает внимание к проблеме медицинского страхования, этот вопрос периодически обсуждается на заседаниях исполнительной и законодательной власти.

На сегодняшний день можно выделить несколько проблем обязательного медицинского страхования (ОМС) в современной России. Рассмотрим их по порядку.

1. Политическая проблема - имеется общественно-политический замысел модернизировать медицинское страхование, который ежегодно озвучивается в посланиях Президента Российской Федерации Федеральному Собранию, но до сих пор политическое решение по данному вопросу не найдено.

2. Экономическая проблема имеет место в связи с действующим Законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ», в котором система финансирования медицинского страхования и подразумевает страхование неработающего населения за счет средств местных и региональных бюджетов, но отсутствует механизм финансирования этого страхования.

3. Социальная проблема связана с тем, что медицинское страхование не поддерживается ни населением, ни врачами. По сути, у медицинского страхования отсутствует социальная база.

4. Организационная проблема заключается в том, что построенная инфраструктура обязательного медицинского страхования, разнообразная в субъектах Федерации, находится под строгим контролем исполнительной власти субъектов Федерации.

5. Проблема информационной поддержки. До сих пор не удается обеспечить соответствующую информационную поддержку деятельности по переходу к медицинскому страхованию.

6. Терминологическая проблема связана с основательной путаницей в терминологии: имеются разнообразные понятия, которые искажают представление, как о сути медицинского страхования, так и его принципах.

Перспективы развития ОМС и ДМС осуществляется по следующим главным направлениям.

1. Увеличить финансирование отрасли здравоохранения.

2. Пересмотреть нормативно-правовые акты в сфере тарифов отчислений в социальные фонды в направлении повышения тарифа на ОМС.

3. Формировать новые подходы для планируемого весомого вброса денег в систему ОМС (повышение % ВВП на здравоохранение, переход нацпроектов в долгосрочные программы, ввод одноканального финансирования) и в качестве одного из самых реальных путей - ввод накопительных счетов граждан России.

4. Принять закон о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в области здравоохранения ложится на систему ОМС, где сосредотачивается большая доля финансовых ресурсов.

5. Сбалансировать объемы медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС и ее финансовых ресурсов.

6. Введение единых, максимально результативных методов оплаты медицинской помощи.

7. Увеличение управляемости отрасли через систему ОМС.

8. Реализация действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

10. Совершенствование деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС.

Из проделанной работы мы можем сделать вывод, что вся система медицинского страхования организовывается для одной из главнейших миссий – неотъемлемые гарантии обеспечения гражданам, при возникновении страхового случая, получение медицинской помощи с помощью накопленных средств и финансирование профилактических процедур. В настоящее время в развитых странах под профилактикой понимаются меры по уменьшению страховых случаев, но только не ответственность страховой системы за профилактику в масштабном

понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения.

Анализ проделанной работы также показал нам, что медицинское страхование в России считается видом социальной защиты интересов граждан в охране здоровья. Медицинское страхование на территории России реализуется двумя формами: обязательным и добровольным страхованием. Обязательное страхование реализуется законодательно, а добровольное осуществляется на базе договора, заключенного между страхователем и страховщиком.

Субъектом медицинского страхования являются: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Договор медицинского страхования считается соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, согласно которых медицинская организация дает обязательство сформировать и финансировать обеспечение застрахованному населению медицинской помощи обусловленного размера и качества и прочих услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования. Объектом добровольного медицинского страхования считается страховой риск, который касается расходов на предоставление медицинской помощи при появлении страхового случая.

Источниками финансовых ресурсов системы здравоохранения являются: средства федерального бюджета, бюджетов субъектов РФ и органов местного самоуправления; средства государственных и общественных организаций, предприятий; личные средства граждан; безвозмездные и благотворительные взносы и другие источники. Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования.

Таким образом, обязательное медицинское страхование считается составляющей государственного социального страхования и гарантирует абсолютно всем гражданам России равноправные условия получения медицинской и лекарственной помощи, предоставленной за счет средств

ОМС в размере и на условиях обусловленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование выполняется на базе определенных программ и гарантирует гражданам получение дополнительных медицинских и прочих услуг вдобавок к установленным программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование значит одним из особо перспективных областей страхования и динамично развивается.

Сочетание обязательного и добровольного медицинского страхования дает нам возможность совокупно расценивать положение застрахованного и наиболее профессионально оказывать медицинскую помощь. А оптимальное сочетание их полисов сберегает деньги и время граждан.

Важнейшими проблемами развития медицинского страхования являются недостаточное финансирование и надлежащая потребностям организация распределения финансовых ресурсов, а также нечеткая нормативно-правовая база. Эти проблемы возможно решить лишь при помощи целевого адресного воздействия правительства Российской Федерации, проведением обдуманной и обоснованной специалистами реформы в области социальной защиты населения.

Как нам представляется, в настоящее время для совершенствования российской системы медицинского страхования следует провести модернизацию ОМС, сосредоточив основное внимание и силы на достижении сбалансированности ресурсов и обязательств системы, а также сформировать условия для реформирования системы здравоохранения.

Также предлагается для решения проблемы развития медицинского страхования внедрить цифровые технологии, которые должны присутствовать почти во всех его сферах, так как при помощи новейших разработок цифровых систем в медицинском страховании возможно достичь совершенствования как в финансовой, так и в социальной и профессиональной сферах. При этом в финансовой сфере можно обеспечить

большую экономию расходов за счет своевременного обращения пациентов за оказанием медицинской помощи и снижения числа контактов пациентов с врачами. В социальной сфере вырастет доступность качественной медицинской помощи. В профессиональной сфере улучшится качество услуг, медицинского характера за счет снижения количества обращений, роста эффективности предоставляемых услуг.