

МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра финансов и кредита

**Рынок медицинского страхования в России: особенности
функционирования, направления развития**

АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ ДИПЛОМНОЙ РАБОТЫ

студентки 5 курса 561 группы экономического факультета
направления 38.03.01 «Экономика», профиль «Финансы и кредит»

Усовой Кристины Андреевны

Научный руководитель:

доцент кафедры финансов и кредита,

к.э.н., доцент

_____ Н.Г. Кабанцева

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

_____ О.С. Балаш

Саратов 2019г.

Актуальность темы Большинство современных государств, экономическая система которых характеризуется, как социально ориентированная рыночная экономика используют медицинское страхование для решения проблем здравоохранения. Россия не является исключением.

Внедрение страховых принципов в организацию российской системы здравоохранения в начале 90-х годов прошлого столетия привело к функционированию в течение последующих лет бюджетно-страховой модели финансирования здравоохранения и стало отправной точкой в формировании федеральной и региональных систем обязательного и добровольного медицинского страхования.

Анализ становления и развития медицинского страхования в современной России позволяет сделать два основных вывода. Во-первых, оно является одной из важнейших форм социальной защиты населения и по объему финансовых ресурсов и по массовости охвата и по разнообразию оказываемых услуг и выплат. А во-вторых, к настоящему времени в процессе его становления обозначились существенные проблемы, которые являются тормозящим фактором как для развития непосредственно медицинского страхования, так и социально-экономических отношений в стране в целом.

В сложившихся условиях совершенствование организации медицинского страхования относится к числу особо актуальных проблем, требующих наиболее быстрого решения. В "Стратегии национальной безопасности РФ до 2020 г." модернизация системы ОМС определена в качестве среднесрочной стратегической цели обеспечения национальных интересов и противодействия угрозам в сфере здравоохранения.

Все вышесказанное предопределяет актуальность выбранной нами темы выпускной квалификационной работы.

Объектом исследования выступает система медицинского страхования Российской Федерации.

Предметом исследования является совокупность социально-экономических, организационных и финансовых отношений, возникающих между субъектами и участниками медицинского страхования

Целью выпускной квалификационной работы является исследование современного состояния, проблем и направлений развития медицинского страхования в России.

В соответствии с целью работы поставлены следующие задачи:

- исследовать социально-экономическое содержание, структуру рынка медицинского страхования;
- рассмотреть законодательные основы формирования и функционирования отечественного рынка медицинского страхования;
- исследовать зарубежный опыт организации медицинского страхования;
- исследовать историю развития медицинского страхования в России;
- проанализировать современное состояние и финансирование обязательного медицинского страхования;
- проанализировать современное состояние и особенности развития добровольного медицинского страхования в России;
- определить основные проблемы и направления развития медицинского страхования в Российской Федерации.

Теоретическую базу выпускной квалификационной работы составили работы ведущих отечественных и зарубежных ученых, посвященные различным аспектам организации и развития медицинского страхования, а также вопросам финансового обеспечения системы здравоохранения в Российской Федерации в целом.

Информационной основой исследования выступают законодательные и нормативные акты Российской Федерации, нормативные документы Министерства здравоохранения и социального развития, Федерального и территориальных фондов ОМС, данные отечественной страховой статистики;

материалы, опубликованные в средствах массовой информации, ресурсы сети Интернет.

Структура выпускной квалификационной работы Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы, приложений.

Во введении обоснована актуальность темы выпускной работы, сформулированы цель и задачи, предмет и объект исследования, определена теоретическая и информационная база.

Первая глава посвящена исследованию теоретических основ организации медицинского страхования, его влияния на систему здравоохранения в России.

Вторая глава работы носит практический характер и содержит анализ истории развития и современного состояния медицинского страхования в Российской Федерации. Один из параграфов главы посвящен анализу имеющихся проблем медицинского страхования и направлениям его развития.

В заключении подведены итоги работы, сформулированы основные выводы и предложения, полученные в результате исследования.

Заключение

Охрана здоровья населения Российской Федерации является приоритетным направлением социальной политики государства. Национальный проект «Здоровье» предусматривает модернизацию отечественной системы здравоохранения. В процессе реализации современного этапа национального проекта страховые медицинские организации становятся важным звеном, активно участвующим в реформировании организации медицинской помощи.

Исследование теоретических основ организации медицинского страхования и его влияния на систему здравоохранения в России позволяют сделать следующие выводы:

- медицинское страхование, являясь важнейшим элементом (формой) личного страхования предусматривает согласно закону или договору обязанности страховщика по оплате, включенной в программу страхования медицинской, профилактической и медикаментозной помощи, оказываемой застрахованному лицу, за счет средств предприятий, органов власти, граждан, сконцентрированных в свою очередь в целевых страховых фондах;

- принципы медицинского страхования должны в полной мере отражать методологические особенности формирования и использования страхового фонда, пропорции и границы перераспределительных процессов при медицинском страховании;

- в качестве базовых функций, выполняемых медицинским страхованием можно выделить - рисковую, компенсационную, социальную;

- рынок медицинского страхования в России функционирует в разрезе двух основных сегментов: обязательного и добровольного медицинского страхования. Несмотря на включение в единую структуру рынка, данные сегменты существуют параллельно, независимо друг от друга, принципы их организации и финансирования имеют определенные отличия. К основным критериям, определяющим эти отличия можно отнести: охват страхователей; инструменты правового регулирования; порядок установления условий страхования; источники финансирования; объем страхового покрытия; контроль за качеством медицинских услуг.

Анализ современного состояния и особенностей развития российского рынка медицинского страхования позволяет констатировать:

- важнейшим элементом современной российской системы здравоохранения является обязательное медицинское страхование и его координирующий блок - Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования;

- формирование финансовых ресурсов ФФОМС обусловлено следующими факторами: размер страховых взносов работодателей на ОМС; объем ассигнование из федерального бюджета; капитализация временно свободных средств; размер страхового запаса фонда;

- динамика доходов и расходов бюджета ФФОМС отличается устойчивой тенденцией роста. За период 2014-2017 годов объем доходов вырос на 138,9%, объем расходов соответственно на 130,4%. При этом наблюдается опережающий рост фактических доходов бюджета фонда по сравнению с плановым заданием, что является на наш взгляд, положительным моментом в деятельности этого государственного учреждения;

- важным участником процесса обязательного медицинского страхования в стране являются страховые медицинские организации. В настоящее время в системе ОМС функционируют 43 страховые компании. В тройку лидеров на рынке ОМС традиционно входят: ВТБ - МС, Росгосстрах - Медицина, Согаз - Мед. В 2017 году ими застраховано 64,8 млн. человек, на их долю приходится 44,2% всех застрахованных в стране по обязательному медицинскому страхованию;

- страховые сборы по ОМС в 2017 году составили 1225,6 млрд. руб., прирост к началу периода (2014 год) составил 18,1% или 233,7 млрд. руб.;

- уровень развития современной системы обязательного медицинского страхования в России зависит от ряда факторов, основными из которых на наш взгляд являются: экономическая нестабильность; несовершенство

законодательства; монополизация рынка медицинских услуг, в том числе страховых, низкая страховая культура граждан;

- отечественное добровольное медицинское страхование как механизм дополнения гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования до максимально возможных в настоящее время стандартов, прошло четыре этапа развития;

- отличительными особенностями добровольного медицинского страхования являются: принадлежность к коммерческому, личному страхованию; базирование на принципе страховой эквивалентности; отсутствие регламентации со стороны государства; возможность отказа в предоставлении страховой услуги определенным категориям граждан;

- добровольное медицинское страхование укрепляет свои позиции на отечественном страховом рынке. За период 2014 -2017годы удельный вес страховых премий по ДМС в общем объеме страховых взносов по добровольным видам страхования вырос на 1,0 пункт;

- за период 2014-2017гг. страховые премии по ДИС выросли на 13,1%, страховые выплаты соответственно на 10,4%. В 2017 году общий сбор страховых премий в объеме 140,3 млрд. руб. сложился за счет взносов физических лиц в размере 19,9 млрд. руб. и юридических лиц соответственно -120,3 млрд. руб.;

- количество договоров страхования за период 2015-2016гг. резко снизился. Некоторая стабилизация наметилась лишь в 2017 году. Такое положение обусловлено, прежде всего, сокращением корпоративного медицинского страхования;

- особенностью сегмента добровольного медицинского страхования является большее, чем в обязательном страховании количество страховщиков, занимающихся предоставлением данного вида страховой услуги. Однако как в целом по отечественному страховому рынку здесь также наблюдается усиление монополизации. На долю ТОП-5 страховщиков в 2017 году приходилось 66,1 сбора всех страховых премий. Лидерами по

сборам стали многопрофильные компании, но большую долю рынка по-прежнему (как и в предыдущие годы) занимает «Согаз» с 37,7% от общего объема страховых премий, второе и третье место с долей рынка соответственно 9,0% и 8,6% занимают РЕСО-Гарантия и АльфаСтрахование;

- в территориальном разрезе в тройку лидеров по страховым сборам в секторе ДМС входят Центральный федеральный округ (98,0 млрд. руб.), Северо-Западный федеральный округ (13,5 млрд. руб.), Приволжский федеральный округ (9,7 млрд. руб.);

- построенная нами эконометрическая модель, в частности коэффициент регрессии позволяет утверждать, что при увеличении заработной платы на 1 тыс. руб., страховые премии в среднем увеличиваются на 3 рубля.

Исследование теоретических основ медицинского страхования, этапов его развития в современной России, а также анализ современного состояния рынка обязательного и добровольного медицинского страхования позволил нам выявить основные проблемы и направления развития этого сектора отечественной экономики. В частности основными проблемами медицинского страхования на наш взгляд являются:

- недостаточность финансовых ресурсов в сфере обязательного медицинского страхования, сохранение остаточного принципа финансирования здравоохранения, что обуславливает снижение качества и доступности медицинской помощи, особенно для незащищенных слоев населения;

- недостаточный размер тарифа единого социального налога в части обязательного медицинского страхования работающих граждан, отсутствие его увязки со стоимостью «страхового года» работников;

- недостаточное финансирование по системе обязательного медицинского страхования неработающих граждан, обусловленное, во-первых отсутствием законодательного обоснования размера страхового взноса, во-вторых, нарушениями со стороны региональных властей

обязательств по уплате страховых взносов за неработающее население, в третьих, значительные объемы непогашенной задолженности по данным взносам в ряде субъектов федерации;

- дефицит финансового обеспечения территориальных программ ОМС, обусловленный несбалансированностью финансовых возможностей и объемов медицинской помощи, предусмотренной базовой программой обязательного медицинского страхования, утверждаемой Правительством РФ;

- отсутствие действенного контроля за использованием средств в лечебно-профилактических учреждениях в результате многоканальности их финансирования, что провоцирует медицинских работников и страховщиков к замещению бесплатных услуг на платные;

- многовариантность, отсутствие унифицированных способов оплаты медицинской помощи, использование затратных способов оплаты. Что зачастую затрудняет проведение межтерриториальных расчетов между Территориальными Фондами обязательного медицинского страхования;

- низкие тарифы оплаты медицинских услуг, в том числе оплаты труда медицинских работников, что порождает некачественное медицинское обслуживание;

- недостатки законодательного обеспечения медицинского страхования, в частности, отсутствие отдельного законодательства, регулирующего систему добровольного медицинского страхования и платных медицинских услуг; отсутствие законодательства об обязательном страховании профессиональной ответственности медицинских работников и так далее;

- монополизация рынка медицинских услуг, в том числе страховых;

- низкая страховая культура граждан, которая приводит к тому, что рынок добровольного медицинского страхования растет в основном за счет корпоративных клиентов.

Основными направлениями развития медицинского страхования в Российской Федерации являются:

- увеличение финансирования отрасли;
- использование новых подходов для финансирования ОМС;
- предоставление государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи базовой (территориальной) программы ОМС и ее средств финансирования;
- введение единых, эффективных способов оплаты медицинской помощи;
- повышение эффективности государственного регулирования платных медицинских услуг;
- развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг;
- совершенствование деятельности медицинских организаций;
- совершенствование деятельности страховых медицинских организаций в системе ОМС.