

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра финансов и кредита

АВТОРЕФЕРАТ

На выпускную квалификационную работу (магистерскую работу)

по направлению 38.04.01 Экономика
профиль «Финансовое планирование»
студентки 3 курса экономического факультета

Малишевской Юлии Анатольевны

**Тема работы: Медицинское страхование России: современное состояние,
планирование развития**

Научный руководитель:

доцент кафедры финансов и кредита, к.э.н., доцент ____ О.С. Балаш

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

Саратов 2023

Актуальность темы исследования. Важнейшим элементом социального, культурного и экономического развития любого государства являются показатели здоровья, качества и уровня жизни населения.

В современном мире государства, парадигмой которых является социально ориентированная экономика, активно используют для решения проблем здравоохранения медицинское страхование.

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.

Рыночные условия хозяйствования, кризисные явления в экономике требуют оценки реальной возможности участия государства в финансировании национального здравоохранения через систему обязательного медицинского страхования и привлечения дополнительных источников финансовых средств. Система добровольного медицинского страхования является резервом развития, который в настоящее время используется недостаточно полно.

Иными словами в условиях нестабильности отечественной экономики, усиления негативного влияния внешних факторов вопросы совершенствования организации медицинского страхования относятся к

числу особо актуальных проблем, требующих наиболее быстрого решения, что и предопределяет актуальность выбранной нами темы выпускной квалификационной (магистерской) работы

Степень разработанности темы. Теоретические подходы к трактовке понятия медицинского страхования, к определению его функций, принципов, истории развития и законодательных основ представлены в трудах ученых-экономистов А.П. Архипова, Ю.Т. Ахвледиани, А.Б. Блохина, Л.И. О.В. Врублевской, В.Б. Гомелли, А.Г. Грязновой, Е.Ф. Дюжикова, Е.Г. Князевой, С.Л. Леонтьева, Л.А. Орланюк-Малицкой, М.В. Романовского, Л.Г. Скамай, О.В. Соколовой, Ю.А. Сплетухова, К.Е. Турбиной, Т.А. Федоровой, В.В. Шахова, А.К. Шихова, Р.Т. Юлдашева, С.Ю. Яновой.

Существенное значение имели для нас исследования вопросов организационно-управленческого и финансового характера. Это направление представлено в работах Б.М. Болдырева, И.М. Баятовой, И.Н. Денисова, В.П. Корчагина, Ю.П. Лисицина, А.В. Решетникова, М.П. Ройтмана, А.П. Фучежи, И.М. Шеймана и др.

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

Указанная цель достигается постановкой и решением следующих задач:

- исследовать социально-экономическое содержание, структуру рынка медицинского страхования;
- исследовать историю развития, финансово-правовое регулирование российского медицинского страхования
- исследовать зарубежный опыт организации медицинского страхования;
- проанализировать роль медицинского страхования в отечественной системе здравоохранения.

- проанализировать современного состояния и эффективности функционирования системы медицинского страхования в Российской Федерации

- исследовать проблемы функционирования обязательного и добровольного медицинского страхования, определить направления его развития.

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

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.

Научная новизна исследования. Наиболее существенными научными результатами, полученными магистранткой, и определяющими научную новизну исследования, являются следующие:

- определены, посредством обобщения текущей практики основные проблемы отечественной системы обязательного медицинского страхования, сдерживающие ее развитие;

- выявлены и классифицированы тенденции функционирования и развития добровольного медицинского страхования в России;

- сформулированы предложения по развитию обязательного и добровольного медицинского страхования.

Структура выпускной квалификационной (магистерской) 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 «Теоретические основы организации медицинского страхования» посвящена исследованию теоретических аспектов организации медицинского страхования, его содержания, истории развития, финансово-правового регулирования.

Вторая глава работы «Исследование современного состояния организации и функционирования российской системы медицинского страхования» носит практический характер и содержит исследование роли медицинского страхования в отечественной системе здравоохранения, а также анализ современного состояния медицинского страхования в Российской Федерации.

Третья глава работы «Основные проблемы и направления развития медицинского страхования в Российской Федерации» содержит рекомендации (направления) по дальнейшему развитию отечественного обязательного и добровольного медицинского страхования

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

Основные положения работы

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 в России и за рубежом 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.

- причиной развития медицинского страхования в большинстве стран являются экономические кризисы и связанное с ними желание государства сократить расходы на социальные нужды, в том числе и здравоохранение.

Исследование современного состояния российской системы медицинского страхования проводилось нами в двух аспектах: определении ее роли в отечественном здравоохранении и анализе современного состояния рынка медицинского страхования.

Изучение роли медицинского страхования в отечественной системе здравоохранения позволило сделать следующие выводы:

- несмотря на отдельные позитивные изменения в отечественной системе здравоохранения, наблюдаемые в последние годы, продолжительность жизни в России все же ниже среднемировой и в значительной степени уступает продолжительности жизни в наиболее развитых странах;

- государственные расходы на здравоохранение растут постоянно, за анализируемый период они в абсолютном выражении увеличились почти вдвое или на 79,4%. Отмечается и рост относительного показателя, а именно, их доли в ВВП страны. Она за период 2017-2021годы увеличилась на 1,0 пункт. В доле общих затрат на здравоохранение в ВВП Россия сегодня занимает 118-е место в мире;

- в настоящее время Россия занимает по расходам на душу населения 80-е место в мире со значением \$0,61 тыс. Ведущее место рэнкинга в свою очередь занимают наиболее богатые страны с наилучшими показателями в сфере здравоохранения, в основном европейские, замыкают список главным образом беднейшие африканские страны;

- медицинское страхование играет значительную роль в поддержании отрасли. На долю средств бюджета ОМС приходится почти половина всех средств, выделяемых государством на финансирование российского здравоохранения. Обязательное медицинское страхование обеспечивает гарантированный источник финансирования здравоохранения, независимый от бюджетных приоритетов. Повышает прозрачность системы финансирования и возможности контроля, распределение средств стало более объективным, позволяет усилить возможности пациентов по защите

своих прав в системе ОМС, стимулирует развитие конкуренции между медицинскими организациями, вовлечение частных клиник в систему ОМС;

- в современных условиях Россия должна увеличить затраты на здравоохранение хотя бы на 2 п. п. по доле в ВВП и минимум в два раза - в расчете на душу населения. Речь идет в первую очередь о государственных инвестициях в публичную инфраструктуру - первичное звено здравоохранения и медицинское оборудование для него, наиболее загруженные стационары, геронтологическую инфраструктуру. Все это позволит приблизить страну к наиболее успешным по состоянию здоровья населения странам. По нашему мнению, такие вложения могут иметь значительный эффект и обеспечить соответствующий уровень медицинского обслуживания россиян.

Анализ современного состояния и эффективности функционирования отечественной системы медицинского страхования позволяет констатировать следующее:

- важнейшим источником финансирования российского здравоохранения традиционно являются средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Динамика доходов и расходов бюджета в течение последнего пятилетия демонстрирует тенденцию устойчивого роста. Темпы прироста доходов составили за пять лет 51,5%, что в абсолютном выражении сложилось в 894,2 млрд. руб. За пятилетку расходы выросли соответственно на 55,2% или 914,5 млрд. руб.;

- основным источником формирования бюджета ФОМС являются поступления страховых взносов, на долю которых приходится 88% всех средств. При этом на страховые взносы работающего населения приходится 58,2%, неработающего населения соответственно 29,8 %. За пять лет в абсолютном выражении страховые взносы на ОМС работающего населения выросли на 445,8 млрд. руб., неработающего соответственно на 164,6 млрд. руб. При этом темпы роста взносов работающего населения (141,0%) превышают прирост неработающего населения (126,7%);

• основными статьями расходов бюджета ФОМС на протяжении всего анализируемого периода являются предоставление межбюджетных трансфертов бюджетам территориальных фондов ОМС на исполнение их обязанностей и предоставление субсидий на финансовое обеспечение высокотехнологической медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС. За пять лет (2017-2021гг.) в абсолютном выражении эти расходы увеличились соответственно на 779,3 млрд. руб. и 17,4 млрд. руб. Темпы роста за пятилетие составили 150,7% и 118,9%;

• важным негосударственным источником финансирования отечественного здравоохранения является добровольное медицинское страхование. Динамика страховых взносов по ДМС за пятилетие относительно стабильна. Темпы роста составили 42,9%. Исключением является лишь 2020 год, где наблюдается некоторое снижение поступления страховых премий (-2,0%). Причиной спада стал сектор физических лиц – за год его оборот снизился на 39,3% с 35,9 млрд. руб. в 2019 году до 21,8 млрд. руб. в 2020 году. В свою очередь это было обусловлено сокращением объемов международного туризма, уменьшением численности временного населения (трудовых мигрантов), падением доходов части потребителей;

• за период 2017-2021гг. основные показатели, характеризующие состояние российского рынка добровольного страхования, демонстрируют устойчивый рост. Так, размер среднего страхового взноса вырос с 12,6 тыс. руб. в 2017 году до 15,6 тыс. руб. в 2021 году, то есть на 23,8%. Рост страховых выплат по сравнению с началом периода составил 36,6 млрд. руб. (34,6%) по сравнению с 2020 годом соответственно 23,8 млрд. руб. (20,1 %). Уровень выплат поднялся по сравнению с 2020 годом на 4,2 %, остановившись на отметке в 71,2%.;

• полисы ДМС наиболее распространены в двух крупнейших городах России - Москве и Санкт-Петербурге. Так, на Москву в 2021 году приходится 113,6 млрд. руб. собранной страховой премии. Это на 14% больше чем годом ранее. В Санкт-Петербурге было собрано 42,3 млрд.

руб., что на 7,7% больше, чем в 2020 году. Также в ТОП-5 регионов с высоким уровнем обеспечения полисами ДМС попали Ханты-Мансийский автономный округ со сборами в 4,9 млрд. руб. (+6,3%), Екатеринбург - 3,4 млрд. руб. (+21,2%) и Челябинск с 2,3 млрд. руб., увеличивший сборы вдвое (+104,3%). При этом российский рынок ДМС крайне монополизирован. На долю ТОП-10 страховщиков в этом секторе страхового рынка приходится в 2021 году 86,0% всех собранных премий. Лидером в сегменте добровольного медицинского страхования является страховая компания АО «СОГАЗ», на долю которой в 2021 году приходилось более трети (35,6%) всех собранных премий по ДМС.

Проведенные нами исследования позволили определить некоторые направления развития обязательного медицинского страхования в России, в частности:

1. Совершенствование механизма финансирования ОМС:

- установление минимального размера страхового взноса для работающих, включая меры по привлечению к финансовому участию в ОМС самих работающих (1,5–2,0% от заработной платы и иных доходов)
- введение сбора для финансирования расходов на здравоохранение для граждан трудоспособных, но официально не работающих, что позволит снизить финансовую нагрузку на региональные бюджеты.
- повышение размеров страховых взносов субъектов Российской Федерации за неработающее население
- введение накопительных счетов населения в рамках ОМС.

2. Совершенствование механизма предоставления медицинских услуг посредством ОМС:

- развитие профилактической медицины в рамках ОМС
- введение в практику медицинского страхования старших возрастных групп населения, риски заболеваний которых значительно выше

среднестатистических показателей, для чего ввести страхование по уходу за длительно болеющими гражданами

- внесение изменений в порядок проведения диспансеризации с целью перехода от количественных показателей всеобщего охвата к оценке уровня выявления заболеваний, обуславливающих основные причины смертности, инвалидности населения, а также результативность проведенных мероприятий

- совершенствование государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи предполагает их конкретизацию по видам, объемам, порядку и условиям оказания медицинской помощи.

3. Развитие медицинской инфраструктуры в рамках ОМС:

- развитие цифровой трансформации ОМС: цифровизация процессов организации защиты прав потребителей в системе ОМС, информационное сопровождение застрахованных лиц; обеспечение персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам; повышение качества финансового управления в системе ОМС и т.д.

- развитие системы оценки экономико-клинической эффективности технологий в здравоохранении, открытие центров для оценки экономико-социальных последствий применения медицинских технологий, формирование критериев для сравнительной оценки медикаментов, закупаемых за счет средств соответствующего бюджета.

Важным аспектом регионального планирования развития здравоохранения в целом и медицинского страхования в частности является на наш взгляд использование современных технологий и инструментов для анализа эффективности, качества исполнения государственных социальных программ.

Один из методов оценки управления государственными программами в области здравоохранения, основанный на использовании системного экономического анализа и математической статистики разработан к.э.н. Хансуваровой Е.А.

Расчеты, проведенные нами на основе программно-целевого метода, предложенного Хансуваровой Е.А., наглядно демонстрируют возможности решения задач по совершенствованию системы здравоохранения и достижению основных стратегических показателей ресурсного и социального развития региона.

В процессе выполнения магистерской работы нами сформулированы перспективные на наш взгляд, направления развития добровольного медицинского страхования на ближайшую перспективу:

- развитие продуктов страхования от критических заболеваний. Эта страховая услуга оформляется отдельным договором. В России данный вид страхования представлен сегодня двумя программами: с единовременной выплатой страховой суммы при выявлении заболевания и программы организации сопровождения и лечения заболевшего сотрудника, включая оплату медикаментов;

- расширение спектра комплексных долгосрочных страховых программ (чек-ап - индивидуальное обследование, программы по формированию и поддержанию здорового образа жизни сотрудников) позволяющих годами вести медицинское наблюдение коллектива. Благодаря им, ДМС становится не просто частью социального пакета, а инструментом в руках HR-менеджеров по повышению производительности и рентабельности. Такие программы предполагают углубленную работу с заболеваемостью и потерей трудоспособности, анализ факторов риска коллектива и влияния вредных привычек. Они включают в себя большой комплекс медицинских и медико-профилактических мероприятий, коучинг, работу с эмоциональным, психическим здоровьем и мотивацией коллектива;

- дальнейшее совершенствование страховых инструментов, в частности инструмента соплатежей, систем «среднего чека», франшизы;

- дальнейшее развитие цифровизации сегмента добровольного медицинского страхования. В последнее время отечественными страховщиками были созданы мобильные приложения с широким

функционалом и личные кабинеты для застрахованных на сайтах компаний. В числе цифровых решений также можно отметить создание HR порталов для сотрудников кадровых служб и ответственных за администрирование договоров ДМС, введение электронного документооборота и паспорта здоровья коллектива;

- интегрирование (имплементация) современных технологий, в том числе телемедицинских в процесс андеррайтинга добровольного медицинского страхования.