

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования
**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Школа инженерного предпринимательства
Направление подготовки: 38.03.01 «Экономика»

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

Тема работы
Комплексное развитие системы медицинского страхования в современных условиях

УДК 368.9:005.52:349.3

Студент

Группа	ФИО	Подпись	Дата
Д-3Б5Б1	Кузьмин Борис Николаевич		

Руководитель

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
доц.	Корнева Ольга Юрьевна	к.э.н.		

КОНСУЛЬТАНТЫ:

По разделу «Социальная ответственность»

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
доц.	Черепанова Наталья Владимировна	к.филос.н.		

Нормоконтроль

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
	Долматова Анна Валерьевна			

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ:

Руководитель ООП	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
проф.	Барышева Галина Анзельмовна	д.э.н.		

Запланированные результаты обучения по программе

38.03.01 Экономика

Код	Результат обучения
<i>Универсальные компетенции</i>	
P1	Осуществлять коммуникации в профессиональной среде и в обществе в целом, в том числе на иностранном языке, разрабатывать документацию, презентовать и защищать результаты комплексной экономической деятельности.
P2	Эффективно работать индивидуально, в качестве <i>члена команды</i> , состоящей из специалистов различных направлений и квалификаций, с делением ответственности и полномочий за результаты работы и готовность <i>следовать корпоративной культуре</i> организации
P3	Демонстрировать <i>знания</i> правовых, социальных, этических и культурных аспектов хозяйственной деятельности, осведомленность в вопросах охраны здоровья и безопасности жизнедеятельности.
P4	<i>Самостоятельно учиться</i> и непрерывно <i>повышать квалификацию</i> в течение всего периода профессиональной деятельности
P5	Активно пользоваться основными методами, способами и средствами получения, хранения, переработки информации, навыками работы с компьютером как средством управления информацией, работать с информацией в глобальных компьютерных сетях
<i>Профессиональные компетенции</i>	
P6	Применять знания математических дисциплин, статистики, бухгалтерского учета и анализа для подготовки исходных данных и проведения расчетов экономических и социально-экономических показателей, характеризующих деятельность хозяйствующих субъектов на основе типовых методик с учетом действующей нормативно-правовой базы;
P7	принимать участие в выработке и реализации для конкретного предприятия рациональной системы организации учета и отчетности на основе выбора эффективной учетной политики, базирующейся на соблюдении действующего законодательства, требований международных стандартов и принципах укрепления экономики хозяйствующего субъекта;
P8	Применять глубокие знания основ функционирования экономической системы на разных уровнях, истории экономики и экономической науки для анализа социально-значимых проблем и процессов, происходящих в обществе, и прогнозировать возможное их развитие в будущем
P9	Строить стандартные теоретические и эконометрические модели исследуемых процессов, явлений и объектов, относящихся к области профессиональной деятельности, прогнозировать, анализировать и интерпретировать полученные результаты с целью принятия эффективных решений.
P10	На основе аналитической обработки учетной, статистической и отчетной информации готовить информационные обзоры, аналитические отчеты, в соответствии с поставленной задачей, давать оценку и интерпретацию полученных результатов и обосновывать управленческие решения.
P11	Внедрять современные методы бухгалтерского учета, анализа и аудита на основе знания информационных технологий, международных стандартов учета и финансовой отчетности

Код	Результат обучения
P12	осуществлять преподавание экономических дисциплин в общеобразовательных учреждениях, образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального, высшего профессионального и дополнительного профессионального образования.
P13	Принимать участие в разработке проектных решений в области профессиональной и инновационной деятельности предприятий и организаций, подготовке предложений и мероприятий по реализации разработанных проектов и программ с учетом критериев социально-экономической эффективности, рисков и возможных социально-экономических последствий
P14	Проводить теоретические и прикладные исследования в области современных достижений экономической науки в России и за рубежом, ориентированные на достижение практического результата в условиях инновационной модели российской экономики
P15	организовывать операционную (производственную) и коммерческую деятельность предприятия, осуществлять комплексный анализ его финансово-хозяйственной деятельности использовать полученные результаты для обеспечения принятия оптимальных управленческих решений и повышения эффективности.

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации

федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

**«НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ТОМСКИЙ ПОЛИТЕХНИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Школа инженерного предпринимательства
Направление подготовки

УТВЕРЖДАЮ:
Руководитель ООП

(Подпись) (Дата) (Ф.И.О.)

ЗАДАНИЕ

на выполнение выпускной квалификационной работы

В форме:

Бакалаврской работы

(бакалаврской работы/магистерской диссертации)

Студенту:

Группа	ФИО
Д-3Б5Б1	Кузьмину Б. Н.

Тема работы:

Комплексное развитие системы медицинского страхования РФ в современных условиях

Утверждена приказом директора (дата, номер)

№ 59-59/С от 28.02.2020

Срок сдачи студентом выполненной работы: 08.06.2020

ТЕХНИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Исходные данные к работе <i>(наименование объекта исследования или проектирования; производительность или нагрузка; режим работы (непрерывный, периодический, циклический и т. д.); вид сырья или материал изделия; требования к продукту, изделию или процессу; особые требования к особенностям функционирования (эксплуатации) объекта или изделия в плане безопасности эксплуатации, влияния на окружающую среду, энергозатратам; экономический анализ и т. д.).</i>	Учебная литература и периодические издания в области экономических и медицинских наук, результаты консалтинговых исследований, федеральные законы и отчеты правительства РФ, отчеты ФФОМС, материалы преддипломной практики, формы бухгалтерской отчетности ООО «СМП - Страхование».
Перечень подлежащих исследованию, проектированию и разработке вопросов <i>(аналитический обзор по литературным источникам с целью выяснения достижений мировой науки техники в рассматриваемой области; постановка задачи исследования, проектирования, конструирования; содержание процедуры исследования, проектирования, конструирования; обсуждение результатов</i>	1. Рынок медицинских услуг в аспекте медицинского страхования в РФ. 1.1. Организация ОМС в РФ. 1.2. Организация ДМС в РФ. 2. Преимущества страховой медицины в Германии и возможности для РФ. 2.1. Организация медицинского страхования в Германии.

<i>выполненной работы; наименование дополнительных разделов, подлежащих разработке; заключение по работе).</i>	2.2. Основные проблемы медицинского страхования в РФ и предложения по её усовершенствованию.
Перечень графического материала <i>(с точным указанием обязательных чертежей)</i>	Графики и рисунки, отражающие организацию страхования, расходы на здравоохранение в РФ и Германии
Консультанты по разделам выпускной квалификационной работы <i>(с указанием разделов)</i>	
Раздел	Консультант
Основная часть	Корнева О.Ю.
Социальная ответственность	Черепанова Н.В.
Названия разделов, которые должны быть написаны на русском и иностранном языках:	

Дата выдачи задания на выполнение выпускной квалификационной работы по линейному графику	18.02.2020
---	------------

Задание выдал руководитель:

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
доц.	Корнева О.Ю.	к.э.н.		

Задание принял к исполнению студент:

Группа	ФИО	Подпись	Дата
Д – 3Б5Б1	Кузьмин Б. Н.		

Реферат

Выпускная квалификационная работа содержит 83 страницы, 12 рисунков, 6 таблиц, 43 источника литературы.

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование, расходы на здравоохранение, рынок страховых услуг, компания, социальная ответственность.

Объект исследования – медицинское страхование в РФ. Цель исследования: выявлении основных проблем медицинского страхования в РФ и предложение путей их решения.

В процессе исследования применялись следующие методы научного познания: институциональный, логический, исторический, системный, методы анализа и синтеза, сравнительно-аналитический и математический.

Информационной базой исследования послужили законодательные и нормативно-правовые акты, информация из научной и периодической литературы, консалтинговые исследования, данные статистической отчетности правительства РФ и ФФОМС за 2017-2019 гг., а также отчетность министерства здравоохранения Германии за 2014-2019 гг.

В результате исследования достигнута цель: выявлены проблемы в области медицинского страхования РФ и предложены пути их решения.

Степень внедрения: результаты исследования могут быть использованы в рамках программы по реформированию медицинского страхования в РФ.

Область применения: деятельность страховых компаний РФ, институт медицинского страхования РФ. Экономическая значимость работы состоит в оптимизации медицинского страхования РФ, которое приведет к улучшению уровня медицинского обслуживания населения РФ.

Определения, обозначения, сокращения, нормативные ссылки

Страхование – это система экономических отношений, включающая образование специальных фондов, используемых для возмещения имущественного ущерба, обусловленного воздействием непредвиденных природных, хозяйственных или социальных явлений, а также для оказания помощи гражданам и их семьям при наступлении различных событий в их жизни (болезнь, утрата трудоспособности, смерть).

Страховой взнос – платежи граждан и юридических лиц страховщику, согласно договору страхования.

Страхователь – юридическое или дееспособное физическое лицо, заключившее договор страхования со страховщиком или являющееся страхователем в силу закона.

Страховщик – это юридическое лицо организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации (страховая компания), имеющее право (лицензию) на проведение страховой деятельности.

Застрахованный – лицо, в пользу которого страхователем заключен договор страхования со страховщиком (страховой компанией).

Обязательное медицинское страхование (ОМС) — вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования.

Объект обязательного медицинского страхования — страховой риск,

связанный с возникновением страхового случая.

Страховой риск — предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи.

Страховой случай — совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию.

Базовая программа обязательного медицинского страхования — составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им за счет средств обязательного медицинского страхования на всей территории Российской Федерации медицинской помощи и устанавливающая единые требования к территориальным программам обязательного медицинского страхования [1].

Территориальная программа обязательного медицинского страхования — составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации и соответствующая единым требованиям базовой программы обязательного медицинского страхования [2].

Субвенции (из ФФОМС) — это форма денежной помощи местным бюджетам из государственного бюджета, которая предназначена для определенной цели как страховая сумма.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование — обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является

обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

НК РФ – Налоговый кодекс Российской Федерации.

ВМП – высокотехнологичная медицинская помощь.

СМО – страховые медицинские организации.

ФФОМС – федеральный фонд ОМС.

ТФОМС – территориальный фонд ОМС.

ЧМС – частное медицинское страхование.

Оглавление

Введение.....	11
1 Рынок медицинского страхования в РФ.....	16
1.1 Организация ОМС в РФ	16
1.2 Организация ДМС в РФ.....	29
2 Преимущества страховой медицины в Германии и возможности для РФ	35
2.1 Организация медицинского страхования в Германии	35
2.2 Основные проблемы медицинского страхования в РФ и меры по их преодолению	42
3 Социальная ответственность	55
Заключение.....	66
Список использованных источников.....	70
Приложение А Страховые взносы в 2020 году с пониженными тарифами согласно НК РФ	76
Приложение Б Общая схема организации и финансирования ОМС в РФ	77
Приложение В Динамика расходов на лекарственные препараты в амбулаторных условиях в текущих ценах в 2005-2017 гг.	78
Приложение Г Распределение квот ВМП по профилям в 2018-2019 гг.	79
Приложение Д Процесс получения ВМП для пациента в РФ	80
Приложение Е Крупнейшие по доле рынка страховые компании Германии в 2014-2017 гг., млн чел.	81
Приложение Ж Предлагаемая модель социального лекарственного страхования, дополняющего систему ОМС	82
Приложение И Отчет о проверке ВКР на плагиат	83

Введение

Актуальность темы исследования обусловлена тем, что страховая медицина в РФ после ее восстановления в 1991 г. еще находится в стадии развития. Задача повышения качества и доступности медицинской помощи во всем мире признана одной из важнейших проблем. Решение этой задачи в России предполагает существенную модернизацию здравоохранения.

Медицинское страхование в современном мире представляет собой новые экономические отношения в условиях рынка, где в качестве товара выступает конкретная медицинская услуга, а пациент является покупателем. Развитые страны стремятся создать такую систему охраны здоровья и социального обеспечения, которая обеспечивает всем гражданам доступную квалифицированную медицинскую помощь независимо от социального положения и уровня доходов. Цель медицинского страхования - гарантирование гражданам страны при наступлении страхового случая получения медицинской помощи за счет накопленных целевых средств страхового фонда. В РФ гарантированный объем бесплатного базового пакета ОМС не предоставляет весь спектр медицинского обслуживания, что требует от населения дополнительных личных расходов на получение высококачественной медицинской помощи.

В России социальное страхование и страховая медицина зародились XVIII - начале XIX вв., когда на предприятиях впервые появились первые кассы взаимопомощи. Формирование бюджета происходило из регулярных взносов участников общества взаимопомощи. В случае утраты трудоспособности денежную компенсацию получал рабочий, а в случае гибели выплаты получала семья участника общества. Развитие страхования происходило медленно, принцип взаимопомощи лег в основу первых больничных касс, которые появились лишь во второй половине XIX века. С отменой крепостного права в 1861 г. происходит становления элементов

социального страхования отдельных категорий рабочих. После революции 1917 г. страхование распространяется на все категории рабочих. С 1926 по 1937 год происходит ликвидация фондов по защите интересов работника, связанных с затратами на получение медицинской помощи, формирование единого бюджета социального страхования и его консолидация с бюджетной системой. С 1937 по 1991 год медицинская помощь граждан перестала осуществляться за счет страховых взносов и была заменена полностью бюджетным финансированием [3]. С распадом СССР в 1991 г. происходит новое становление медицинского страхования в Российской Федерации (РФ), которое связано с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. [4]. Таким образом, система страхования в здравоохранении РФ является молодой, опыта накоплено мало, а усовершенствования идут медленными темпами и в основном в виде оптимизации и экономии средств.

На сегодняшний день в рейтинге стран мира по эффективности систем здравоохранения, который составляется ежегодно аналитиками агентства Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка РФ занимает 53 место, между Сербией (52) и Казахстаном (54) из 56 стран с лучшей экономикой, которые были включены в рейтинг [5]. В основу рейтинга заложены три ключевых показателя, которые определяют эффективность системы здравоохранения в странах: средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении, государственные затраты на здравоохранение в виде процента от ВВП на душу населения, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения.

В ТОП-10 стран с лучшей системой здравоохранения в мире входят такие страны как Гонконг, Сингапур, Испания, Италия, Южная Корея, Израиль, Япония. Также стоит отметить, что такие страны, как Австралия, страны Скандинавии, Великобритания, Канада и Германия также имеют

высокий уровень эффективности системы здравоохранения и медицинского обслуживания [5].

Нахождение РФ в конце списка обусловлено невысоким уровнем эффективности (31,3 %) и низким средним показателем продолжительности жизни – до 70 лет. Несмотря на увеличение расходов (правительство инвестировало 460 млрд рублей на медицину в 2018 году), количество больниц с каждым годом становится все меньше. На сегодняшний день в стране около 5 400 больниц, а еще в 2000-х годах цифра достигала 10 000 [5].

Чтобы разобраться в причинах низкого уровня медицинского обеспечения в РФ в данной работе производится сравнение со страховой медицинской системой Германии. В Германии действует универсальное медицинское страхование, поэтому 100% граждан имеют медицинскую страховку, из которых большинство обратилось к государственному страхованию, и лишь 10 % – к частному. Медицинская практика связана с постоянными научными исследованиями, которые проводятся в многочисленных медицинских университетах. Государство финансирует данные исследования, что позволяет стране развиваться во всех медицинских направлениях.

Объект исследования – медицинское страхование в РФ.

Предметом исследования являются институты медицинского страхования, а также показатели, характеризующие результаты деятельности в сфере здравоохранения, подходы и методы их оценки.

Цель данной работы – разработка мер по решению выявленных проблем медицинского страхования в РФ.

Задачи:

1. проанализировать страховую медицину и принципы ее организации в Российской Федерации;
2. выявить проблемы развития обязательного медицинского страхования РФ;

3. исследовать страховую медицину и принципы ее организации в Германии;
4. разработать методы решения проблем для эффективного развития системы страховой медицины.

Цель и задачи исследования определили структуру данной работы, она состоит из введения, трех разделов, заключения, списка используемых источников.

При написании работы были применены следующие методы исследования – изучение и анализ научной литературы, изучение и обобщение отечественной и зарубежной практики, моделирование, сравнение и синтез. Информационной базой исследования послужили законодательные и нормативно-правовые акты, а также информация, содержащаяся в научной и периодической литературе, в материалах консалтинговых исследований, данные статистической отчетности правительства РФ и ФФОМС за 2017-2019 гг., а также отчетность министерства здравоохранения Германии за 2014-2019 гг..

Научная или практическая новизна заключается в том, что в работе предлагаются новые возможности по организации медицинского страхования в РФ. Результаты ВКР могут быть практически значимыми в области организации здравоохранения. Сравнительный анализ с системой медицинского страхования Германии позволяет выявить ее преимущества, которые могли бы быть внедрены в практической деятельности системы медицинского страхования в РФ.

В первом разделе рассмотрены теоретические основы медицинского страхования в России и выделены основные ее проблемы.

Во втором разделе рассмотрено медицинское страхование в Германии, а также рассмотрены перспективы развития страховой медицины в РФ на современном этапе.

В третьем разделе выполнено задание по социальной ответственности

на примере компании, в которой проходила преддипломная практика.

В заключение представлены основные выводы по результатам выпускной квалификационной работы.

1. Рынок медицинского страхования в РФ

1.1 Организация ОМС в РФ

Система ОМС создана с целью обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации [6].

Важнейшим нормативным правовым актом, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный Закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 года №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Закон устанавливает правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации, определяет средства обязательного медицинского страхования в качестве одного из источников финансирования медицинских учреждений и закладывает основы системы страховой модели финансирования здравоохранения в стране [1].

Социальное страхование и медицинское страхование, в частности, являются важнейшими экономическими институтами, которые решают проблему взаимодействия между людьми, способствуют уменьшению неопределенностей в обществе, создают возможности для удовлетворения потребностей человека и устойчивости общественной жизни [7].

Структурные элементы института социального страхования представлены на рисунке 1. Основная задача институтов социального страхования состоит в том, чтобы объединить интересы социальных объектов, создать нормативно-правовую базу, сформировать эффективные финансовые механизмы, а также социальную и медицинскую инфраструктуру [8].

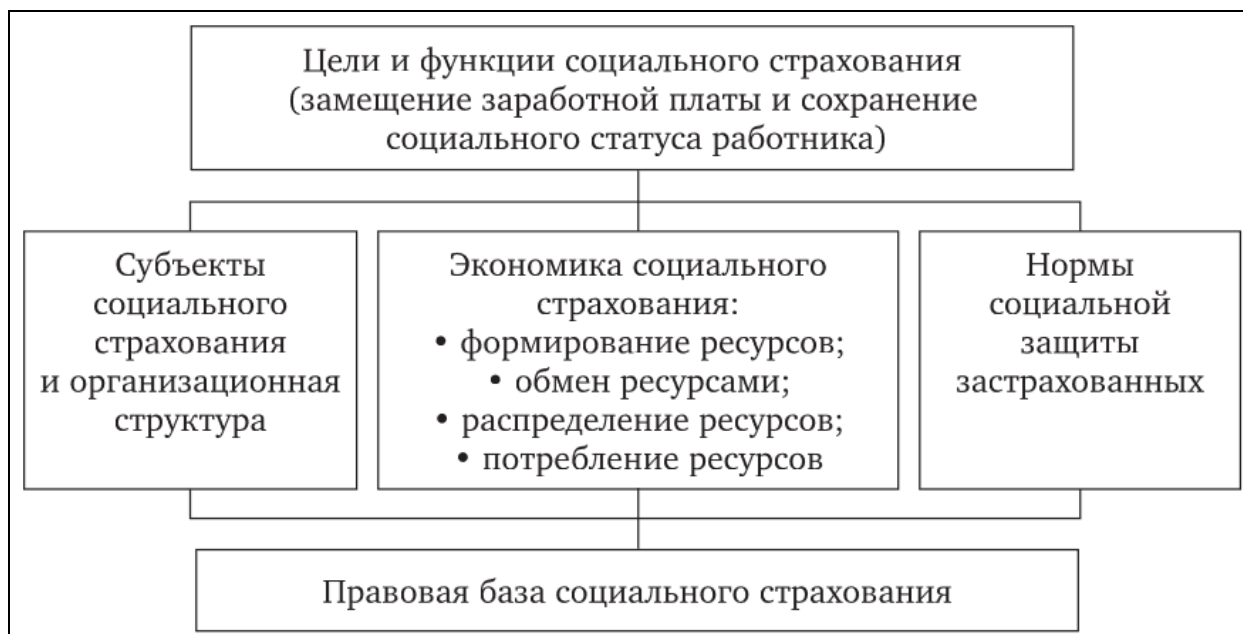


Рисунок 1 – Структурные элементы института социального страхования

ОМС является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равный доступ к медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме базовой программы. В качестве субъектов и участников обязательного медицинского страхования Законом определены: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации. Программа ОМС обеспечивается за счет федерального фонда ОМС и 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

С 1 января 2017 года контроль по оплате страховых взносов на ОМС осуществляет Федеральная налоговая служба. Уплата страховых взносов регулируется Налоговым кодексом Российской Федерации. Плательщиками страховых взносов согласно ст. 419 НК РФ являются [9]:

- лица производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
- организации;
- индивидуальные предприниматели;

- физические лица, не являющиеся индивидуальными предпринимателями;
- индивидуальные предприниматели, адвокаты, нотариусы, занимающиеся частной практикой, арбитражные управляющие, оценщики, медиаторы, патентные поверенные и иные лица, занимающиеся в установленном законодательством Российской Федерации порядке частной практикой (плательщики, не производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам).

Страховые взносы в РФ составляют в сумме 26,9 % от заработной платы [8]. Ст. 425-427 НК РФ определяет тарифы страховых взносов на ОМС для основной категории плательщиков в 5,1 %. Также в НК РФ задан фиксированный размер страховых взносов на ОМС для плательщиков, не производящих выплаты и иные вознаграждения физическим лицам (например, индивидуальные предприниматели) (ст. 430 НК РФ), который в 2019 году составил 6 884 руб. Главы крестьянских фермерских хозяйств уплачивают страховые взносы на ОМС за себя и за каждого члена КФХ [10].

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа страхового взноса в размере 18 864,6 руб., коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг. Указанные коэффициенты определяются согласно приложению к Федеральному закону № 354-ФЗ и ежегодно устанавливаются федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период [11]. Выплаты по ОМС для неработающего населения осуществляются территориальными фондами ОМС [1].

Для целого ряда плательщиков предусмотрены пониженные тарифы от 0 до 4 % (Приложение А): для фармацевтических организаций; коммерческих, благотворительных, научных, спортивных, культурных

организаций вообще установлена нулевая ставка на медицинское страхование [10,11].

Основная часть планируемых доходов (более 60 % от общего объема) обеспечивается поступлениями страховых взносов на ОМС работающего населения [12]. На рисунке 2 представлены данные за 2017 год.

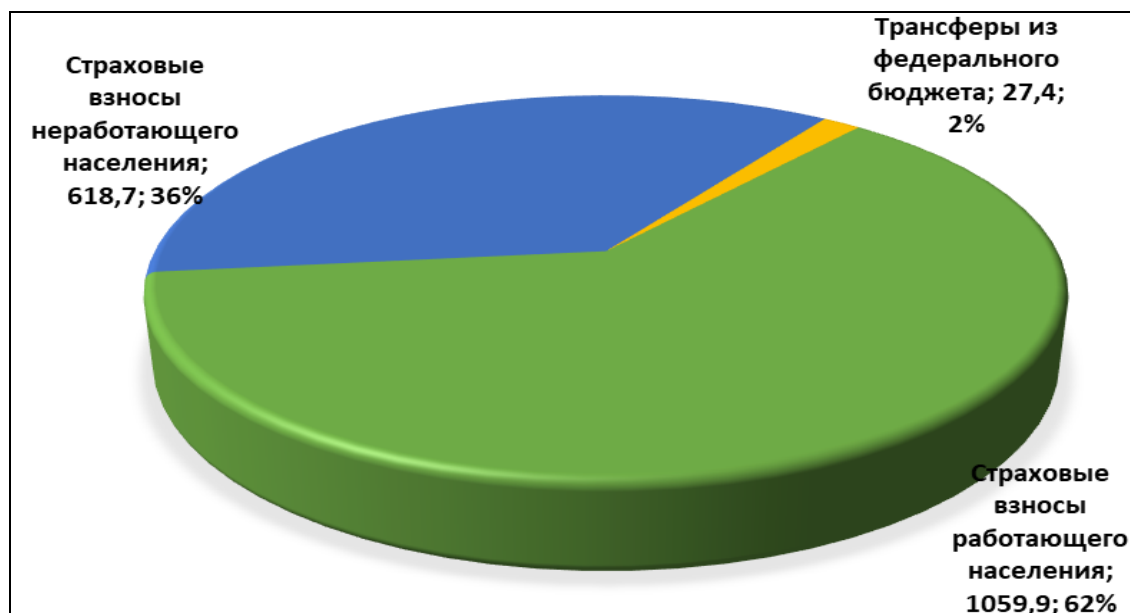


Рисунок 2 – Структура доходов бюджета Фонда ОМС в 2017 году, млрд руб.

В соответствии с постановлением Правительства РФ от 08.12.2017 № 1492 среднедушевые нормативы финансирования базовой программы ОМС составляют в 2018 г. 10,64 тыс. руб., в 2019 г. – 11,15 тыс. руб., в 2020 г. – 11,68 тыс. руб. Эти показатели очень низкие по сравнению с развитыми странами. В настоящее время на территории Российской Федерации по договорам обязательного медицинского страхования застраховано 146 млн чел., что примерно составляет 99,8 % от общей численности населения страны, медицинскую помощь в сфере ОМС оказывают 9 142 медицинских организаций и 43 страховых медицинских организаций [13].

В 2019 году в целом по Российской Федерации в систему ОМС поступило страховых взносов на одного застрахованного по ОМС 13 962,5 рубля, что на 1 240,1 рубля (9,7 %) больше, чем в 2018 году. При этом на 1 работающего, застрахованного по ОМС, поступило страховых взносов на

ОМС 19 929,8 руб., что на 385,7 руб. (2 %) больше, чем в 2018 году, на 1 неработающего - 9 007,8 руб., что на 1 218,7 руб. (15,6 %) больше, чем в 2018 году [10].

Ежегодно правительство РФ утверждает план бюджета Федерального фонда ОМС, который за последние 3 года практически всегда выполнялся на 100 % (таблица 1).

Таблица 1 – Основные характеристики запланированного бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования Российской Федерации в 2018 - 2020 гг., млрд руб.

Показатель	2018	2019	2020 (план)
Доходы	1 887,8	2 098,2	2 349,9
-Страховые взносы на ОМС	1 855,6	2 019,1	2 105,7
-Недоимка по взносам и прочие доходы	29,8	17,2	0,0
-Трансферты из федерального бюджета на компенсацию выпадающих доходов	32,2	79,0	244,2
Расходы	1 994,1	2 190,4	2 350,5
Дефицит/профицит	-106,3	-92,2	-0,5

Фактическое исполнение бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2017 год составило по доходам 1 737 163,7 млн руб., по расходам – 1 654 990,5 млн руб. Бюджет Фонда за 2017 год был выполнен с профицитом 82 173,3 млн руб. В целом страховых взносов на ОМС за 2017 год поступило 1 705 680,5 млн руб. На финансирование организации ОМС в субъектах Федерации в 2017 году в бюджеты территориальных фондов ОМС направлены субвенции в размере 1 537 214,8 млн руб. В 2017 году на оказание ВМП, не включенной в базовую программу ОМС, из бюджета Фонда было направлено 96 729 млн руб. (100 % к утвержденному бюджету, 102,5 % к 2016 году) [14].

В 2018 году фактическое исполнение бюджета Федерального фонда ОМС составило по доходам 1 895 924,3 млн руб., что на 9,1 % больше, чем в 2017 году; по расходам – 1 988 542,2 млн руб., что на 20,2 % больше, чем в 2017 году. Бюджет Фонда за 2017 год был выполнен с дефицитом 92

617,9 млн руб. В целом страховых взносов на ОМС за 2018 год поступило 1 862 204,9 млн руб. На финансирование организации ОМС в субъектах Федерации в 2018 году в бюджеты территориальных фондов ОМС направлены субвенции в размере 1 870 572 млн руб. В 2018 году на оказание ВМП из бюджета Фонда было направлено 100 757,2 млн руб. (100 % к утверждённому бюджету, 104,2 % к 2017 году) [14].

На следующие 2 года правительством были предусмотрены доходы Федерального фонда ОМС в сумме: на 2019 год – 2 098,2 млрд руб., на 2020 год – 2 349,9 млрд руб., а также расходы в сумме: на 2019 год – 2 190,4 млрд руб., на 2020 год – 2 350,5 млрд руб. Дефицит бюджета Фонда в 2019 году составит 92,3 млрд руб., в 2020 году – 0,5 млрд руб. [14]. График роста доходов и расходов представлен на рисунке 3.

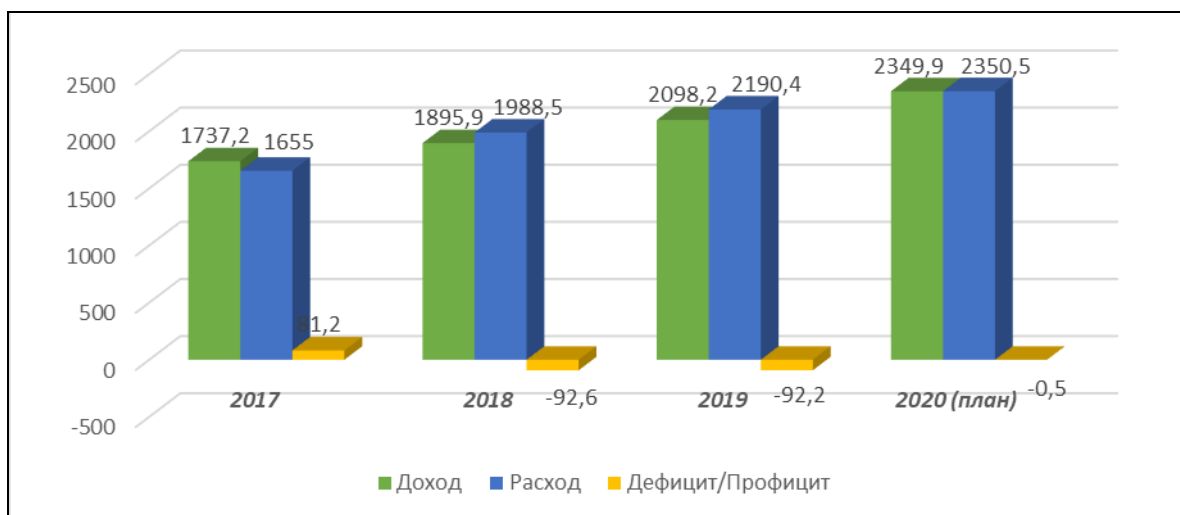


Рисунок 3 – Бюджет федерального фонда ОМС в 2017-2020 гг., млрд руб.

По итогам 2017 года средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, составили 1,545 трлн руб. В том числе на долю средств, поступивших от территориальных фондов обязательного медицинского страхования, пришлось 97,4 % (или 1,5 трлн руб.), на долю средств, поступивших из медицинских организаций, пришлось 2,5 % (или 40 млрд руб.), на долю средств, поступивших от юридических или физических лиц, пришлось 0,002 % (или 27,5 млн руб.) [15].

В 2019 году медицинскую помощь в сфере обязательного

медицинского страхования оказывали 9181 медицинская организация и 34 страховые медицинские организации (СМО) в 85 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур [10].

На долю десятки лидирующих страховых компаний в ОМС в 2017 году пришлось 82,6 % застрахованных россиян (таблица 2). Страховые компании испытывали проблему недофинансирования, но несмотря на это до конца 2016 года страховщикам ОМС потребовалось исполнить требование федерального закона об увеличении минимальных уставных капиталов с 60 млн рублей до 120 млн руб. [15, 16]. В результате этого в сегменте ОМС продолжается рост концентрации в результате ухода с рынка небольших игроков или их поглощения ведущими страховыми медицинскими организациями.

Таблица 2 – Страховые компании-лидеры по ОМС по итогам 2017 года [16]

Наименование организации	Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, тыс. руб.	Доля, %	Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, тыс. руб.	Доля, %	Число застрахованных лиц на конец отчетного периода, чел.	Доля, %
Итого по РФ	1 543 671 847	100,0	1 486 758 093	100,0	146 408 345	100,0
Росгосстрах-медицина	235 390 433	15,2	223 993 888	15,1	22 001 074	15,0
СОГАЗ-Мед	224 607 079	14,6	213 117 765	14,3	18 889 786	12,9
ВТБ МС	213 940 279	13,9	203 492 290	13,7	23 906 560	16,3
МАКС-М	192 148 373	12,4	188 681 960	12,7	18 592 505	12,7
АльфаСтрахование-ОМС	145 842 385	9,4	141 382 262	9,5	14 686 472	10,0
РЕСО-Мед	71 983 026	4,7	70 252 694	4,7	6 546 111	4,5
Ингосстрах-М	62 465 282	4,0	60 738 814	4,1	6 476 087	4,4
Спасские ворота-М	43 151 522	2,8	41 854 400	2,8	3 378 055	2,3
Астрамед-МС	34 115 234	2,2	33 551 795	2,3	3 519 186	2,4
МСК Уралсиб	32 347 308	2,1	31 848 157	2,1	2 884 481	2,0
Итого по 10-ке	1 255 990 921	81,4	1 208 914 025	81,3	120 880 317	82,6

Прежде чем деньги попадут в государственные медицинские организации и пойдут на оплату труда врачей и станут доходами больниц и поликлиник, их надо сначала собрать, а потом обеспечить прохождение по

сложной цепочке. Сначала из средств ФОМС будут вычтены расходы, направляемые на оказание высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП), не входящей в базовую программу ОМС (100,5 млрд руб.). До 2015 г. эти расходы осуществлялись за счет средств федерального бюджета. Затем вычитаются средства на ведение дела ФОМС, выпуск полисов ОМС, на родовые сертификаты и другие статьи. Потом эти ресурсы наконец-то в виде субвенций направляются в территориальные фонды ОМС (ТФОМС). Но, прежде чем попасть в медицинские организации, из них еще вычитают средства на поддержание деятельности ТФОМС и на работу страховых медицинских организаций (СМО). СМО являются посредниками в доведении денежных средств до медицинских организаций. Они фактически предлагают одинаковый набор услуг, и фактически получают деньги не за услуги, которые они оказывают населению, а за факт их существования. Роль СМО заключается в контроле качества медицинского обслуживания. Далее из государственных средств еще вычитают средства, направляемые в частные медицинские организации, которые по действующему законодательству тоже претендуют на свою часть государственных ресурсов. На длинном пути доведения государственных средств до государственных медицинских организаций часть средств задерживается в составе нормированного страхового запаса, за счет которого можно покупать оборудование дороже 100 тыс. руб. Соответственно, эти деньги не участвуют в оплате труда медицинских работников [17].

Субвенции Федерального фонда ОМС, размер которых в 2019 году составил 2 069,9 млрд руб. (90,8 %), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ ОМС. Кроме того, в бюджеты ТФОМС поступали межбюджетные трансферты из бюджетов субъектов Российской Федерации на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в сумме 99,0 млрд руб. (4,3 %).

Численность лиц, застрахованных по ОМС, принятая для формирования бюджета Федерального фонда ОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и бюджетов территориальных фондов обязательного медицинского страхования на 2019 год, составила 146,3 млн. человек, в том числе 66,4 млн. работающих и 79,9 млн. неработающих граждан (на 1 января 2018 года) [10].

Таким образом, в системе ОМС можно выделить 3 организационных уровня [18]:

– 1-й уровень организации системы ОМС представляет Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. ФФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, подотчетен Государственной Думе и Правительству РФ.

– 2-й уровень организации системы ОМС представлен Территориальными фондами ОМС (ТФОМС) и их филиалами. Это уровень – основной в системе, поскольку именно территориальными фондами осуществляется сбор, аккумулирование и распределение финансовых средств ОМС. ТФОМС создаются на территории субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны органам представительной и исполнительной власти регионов. Финансовые средства ТФ ОМС находятся в государственной собственности, не входят в состав бюджетов, других фондов и не подлежат изъятию.

– 3-й уровень в организации системы ОМС представлен страховыми медицинскими организациями (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от численности и половозрастной структуры застрахованного

ими контингента населения и выполняют страховые выплаты медицинским учреждениям за услуги застрахованным гражданам.

Механизм функционирования ОМС представлен схематично в приложении Б.

Свою страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров:

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией, иными словами, со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется контингент застрахованных в данной СМО, подтверждением чего является страховой медицинский полис.

2. Договоры с ТФОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с численностью и категориями застрахованных. Финансирование осуществляется по дифференцированному среднестатистическому нормативу, который отражает стоимость территориальной программы ОМС на одного жителя и половозрастную структуру застрахованного контингента.

3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых застрахованным данной СМО гражданам.

4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, которым так же выдается страховой медицинский полис, в соответствии с которым предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

Обеспечение лекарственными препаратами населения происходит в РФ с помощью бюджетно-страховой системы. На данный момент за счет средств федерального бюджета финансируется основная часть расходов по лекарственному обеспечению граждан РФ. Несмотря на это преобладает доля личных расходов граждан на лекарства. Расходы на них в 2017 г. в амбулаторных и стационарных условиях составили для населения – 67 % (1021,4 млрд руб.), а для государства – 33 % (492,6 млрд руб.) (рисунок 4).

Расходы государства на лекарства в поликлиниках и стационарах примерно одинаковы – 47 % (232,7 млрд руб.) и 53 % (259,9 млрд руб.) соответственно. Таким образом, в амбулаторных и стационарных условиях население РФ несет в 2 раза большие расходы на лекарства, чем государство. Несмотря на принимаемые в течение последних 15 лет меры, доля личных расходов на лекарства в РФ остается высокой (Приложение В) [19].

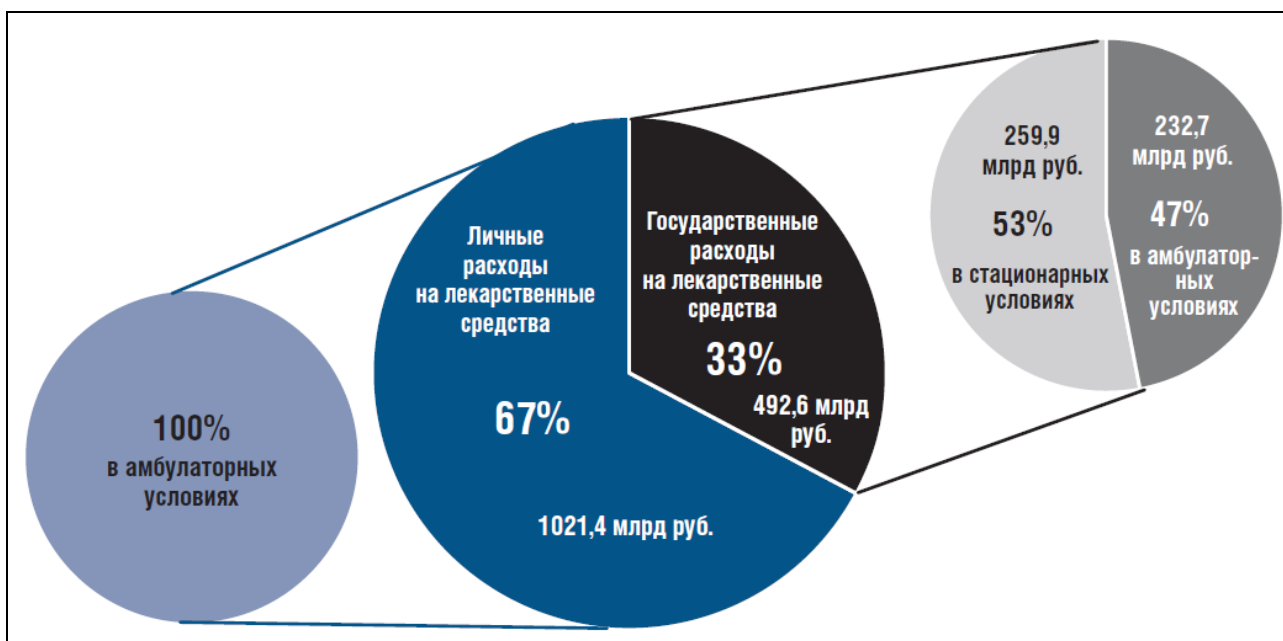


Рисунок 4 – Личные и государственные расходы на лекарственные препараты в России в 2017 г.

Невозможность осуществления финансирования лекарственного обеспечения населения только за счет средств федерального фонда ОМС возникает из-за низкой собираемости налогов и страховых выплат в процентах от фонда заработной платы в результате низкой средней заработной платы населения РФ, а также растущей тенденции теневых зарплат и сокрытия доходов [20].

В РФ не вся стационарная медицинская помощь оказывается в рамках программы ОМС. Целый ряд методов лечения включен в программу ВМП. До 2014 года медицинские учреждения, оказывавшие помощь по ВМП, финансировались в основном из средств федерального бюджета. Закон «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (2011) и дальнейшие постановления

правительства обозначили постепенный перевод финансового обеспечения ВМП в полном объеме на систему ОМС. К 2018 году всю высокотехнологичную помощь стали финансировать только из средств бюджета ФОМС, однако сохранился принцип двухканального финансирования:

- ВМП, включенная в базовую программу ОМС, финансируется посредством перечисления территориальным фондам средств в составе субвенций;

- ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, финансируется напрямую федеральными государственными учреждениями в рамках выполнения государственного задания по проведению лечения.

На определенные виды лечения выделяются также средства из регионального бюджета субъектов РФ. Министерством здравоохранения РФ ежегодно определяется перечень клиник, оказывающих медицинскую помощь по ВМП, количество человек, которые могут получить высокотехнологичную медицинскую помощь, расчет базовой стоимости лечения. ВМП, не включенная в базовую программу ОМС, предоставляется частными центрами и государственными учреждениями Минздрава. На ВМП из базовой программы деньги поступают в виде части субвенций в территориальные фонды, а на ВМП, не относящуюся к государственной программе, средства начисляются от федеральных учреждений напрямую.

В 2019 году структура ВМП претерпела заметные изменения. Часть операций было погружено в базовую программу ОМС: стентирование коронарных сосудов, имплантации кардиовертера-дефибриллятора, реконструктивно-пластические, микрохирургические, расширенно-комбинированные хирургические вмешательства при злокачественных новообразованиях, эндопротезирование суставов конечностей, применение генно-инженерных биологических лекарственных препаратов при лечении ревматоидных артритов, комплексное хирургическое лечение глаукомы и

другие [21]. Данная корректировка привела к сокращению объема сегмента ВМП вне системы ОМС (рисунок 5) [17].

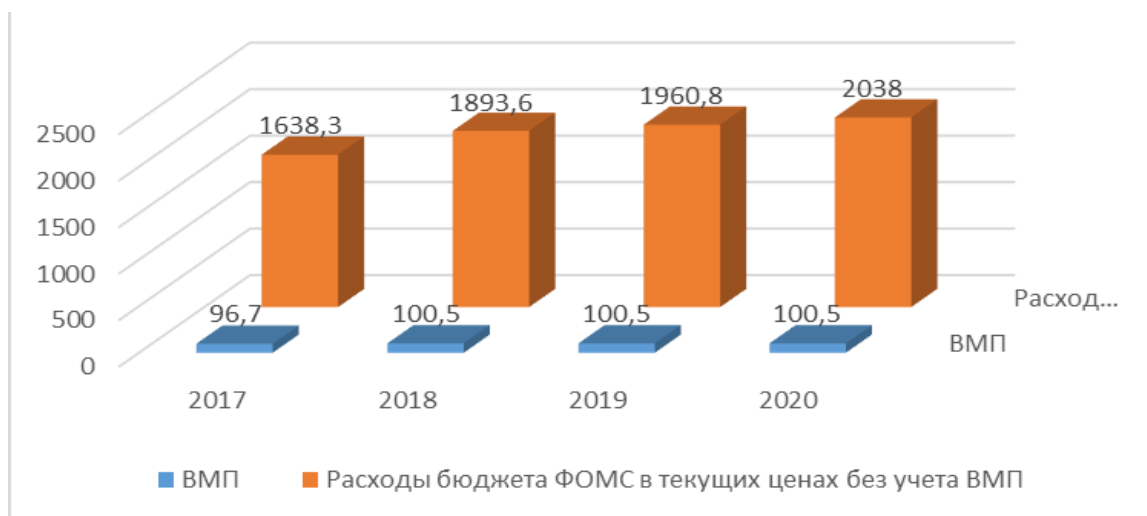


Рисунок 5 – Выполненные и запланированные расходы ФОМС в 2017-2020 гг., млрд руб.

Тарифы на ВМП по базовой программе ОМС по непонятным причинам в среднем ниже, чем на ВМП, не включенную в базовую программу ОМС. Например, по профилю «абдоминальная хирургия» большинство видов лечения уже погружено в ОМС с тарифом 148–158 тысяч руб., тогда как ВМП, оказываемая вне базовой программы, тарифицируется в 184,6–240 тысяч руб. Многие считают, что разделение ВМП по источникам финансирования – системная ошибка, которую необходимо исправлять. Расходы на ВМП по различным областям медицины представлены в приложении Г.

Сама система оказания ВМП выстроена с бюрократическими издержками для пациентов, которым необходимо получить направление на ВМП, пройти местную и районную комиссию и получить талон на оказание ВМП в региональном Минздраве (схема представлена в Приложении Д). С точки зрения пациента, все организационные процедуры закрытые и неконтролируемые. Ему будто бы намекают, что можно ускорить процесс, но за деньги. Не выстроена маршрутизация пациентов из одного региона в другой, нет возможности бесплатно и качественно пройти диагностику,

результаты которой примет комиссия, выносящая решение о необходимости ВМП [22].

1.2 Организация ДМС в РФ

В последние два десятилетия в РФ активно развивается программа добровольного медицинского страхования (ДМС). $\frac{3}{4}$ страховых компаний имеют лицензию на оказание услуг по ДМС, большинство страховых фирм обслуживают страховые интересы лишь одного или нескольких аффилированных предприятий. Одной из главных причин активного развития ДМС в настоящее время является неудовлетворительный уровень государственной бесплатной медицины. В частности, граждане по-прежнему не могут выбирать врача и медицинское учреждение, в котором они хотели бы получать медицинскую помощь, потому что действует разделение застрахованных по территориальному признаку. Тот факт, что некоторые фирмы предлагают своим сотрудникам программы ДМС, указывает на социальную ответственность бизнеса, когда собственник заинтересован в здоровье своих сотрудников. Поэтому ДМС востребовано в основном корпоративными клиентами. На них приходится около 90 % взносов, собранных по программам ДМС (итоги 2017 года 85,9 %). Низкий спрос со стороны частных клиентов обусловлен низкими доходами населения и высокой стоимостью полиса ДМС (в зависимости от программы полис ДМС стоит от 10 000 рублей/год). В России на протяжении многих лет наблюдается увеличение доли населения с доходом ниже прожиточного минимума. Рост такой доли населения составил, например, от 10,8 % в 2013 году до 15 % в 2017 году уже. По данным Росстата, в настоящее время 75 % наемных работников предприятий и организаций в стране находятся у черты бедности [23]. Данный факт влечет за собой дефицит спроса на коммерческое медицинское страхование. В настоящее время за счет ДМС оплачивается 6–7 % оказанных медицинских услуг на территории РФ [24].

С 2015 года стало обязательным наличие полиса ДМС у трудовых мигрантов, что вызвало рост рынка ДМС с 2015 года. Из-за частых обращений в медицинские учреждения застрахованных мигрантов с весьма серьезными заболеваниями в 2017 году была повышена стоимость полиса ДМС для трудовых мигрантов на 9 % в Москве и на 7 % в регионах [24].

Однако, в 2019 г. темпы прироста взносов по ДМС были рекордными за всю историю наблюдений. Объем взносов в этом сегменте увеличился на 19,0 %, до 180,8 млрд руб. [25]. Этому способствовало распространение недорогих продуктов страхования от опасных заболеваний, программ с франшизой. Дальнейшая работа страховщиков над развитием сегмента может способствовать его росту в долгосрочной перспективе в случае, если страховые услуги не будут продаваться по заниженным ценам. Ускорению роста сегмента на данный момент способствовало изменение его структуры: классическое ДМС «от всех рисков» уступает место более доступным программам с усеченным набором услуг. Рост популярности недорогих продуктов медицинского страхования способствовал увеличению спроса на ДМС и снижению средней страховой премии. Средняя премия по ДМС с юридическими лицами в 2019 году сократилась почти на 20 %, до 53,1 тыс. руб., а количество заключенных договоров за тот же период увеличилось на 40,6 %. Быстрый рост числа заключенных договоров с юридическими лицами свидетельствует о расширении клиентской базы – спрос на новые продукты предъявляют не только крупные компании, но и малые и средние предприятия, которые раньше редко могли себе позволить приобрести полный пакет услуг по ДМС для сотрудников. Кроме того, страховщики активно выводят на рынок продукты, интересные не только корпоративным клиентам, но и физическим лицам: страхование от критических заболеваний, программы для прохождения диспансеризации и другие. В результате доля физических лиц во взносах по ДМС достигла 19,9 % (+3,9 % за год). Вместе с тем средняя страховая выплата не превышала 3,0 тыс. руб. (43 Евро), что

является очень низким показателем по сравнению с развитыми странами [25].

Реальным медицинским страхованием, когда страхователь вносит статистически рассчитанную плату за лечение, необходимое "среднему" человеку его возраста за год, а получает те услуги, которые потребуются ему по медицинским показаниям, занимаются преимущественно лидеры рынка ДМС - ведущие универсальные страховщики федерального уровня: эти 10 страховых компаний охватывали в 2019 году 86,7 % полученных страховых премий (таблица 3) [26].

Таблица 3 – Доля рынка ДМС в РФ по итогам 2019 года

Место	Наименование компании	Сумма полученных страховых премий за 2019 год, млн руб.	Доля рынка	Сумма страховых выплат за 2019 год, млн руб.	Уровень выплат
1	АО "СОГАЗ"	60 242.12	33.3 %	52 630.41	87.4 %
2	ПАО СК "Росгосстрах"	19 699.92	10.9 %	6 084.33	30.9 %
3	СПАО "РЕСО-Гарантия"	17 554.64	9.7 %	13 597.27	77.5 %
4	АО "АльфаСтрахование"	15 357.44	8.5 %	11 203.78	73.0 %
5	СПАО "Ингосстрах"	10 891.12	6.0 %	8 375.97	76.9 %
6	ООО СК "Альянс Жизнь"	8 006.54	4.4 %	5 766.51	72.0 %
7	ООО СК "ВТБ Страхование"	7 324.13	4.1 %	3 568.86	48.7 %
8	САО "ВСК"	7 181.92	4.0 %	3 790.68	52.8 %
9	АО "Группа Ренессанс Страхование"	6 852.74	3.8 %	4 669.70	68.1 %
10	ООО "СК "Согласие"	3 654.65	2.0 %	2 280.50	62.4 %
	ВСЕГО	156765,22	86,7 %		

Численность страховых компаний, оказывающих услуги в области ДМС, постоянно сокращается вследствие капитализации рынка: по итогам 2017 года их насчитывалось 150 и, по прогнозам экспертов, и их число составит 129 организаций к 2021 г. Также следует отметить, что рынок ДМС

очень неоднороден по географическому признаку: большая часть сборов приходится на Москву (в среднем 65 %) и Санкт-Петербург (в среднем 8,5 %). Доля каждого остальных субъекта федерации не превышает 2–3 % [24].

Вместе с тем, на рынке ДМС в 2018-2019 годах прослеживались следующие тенденции (рисунок 6).

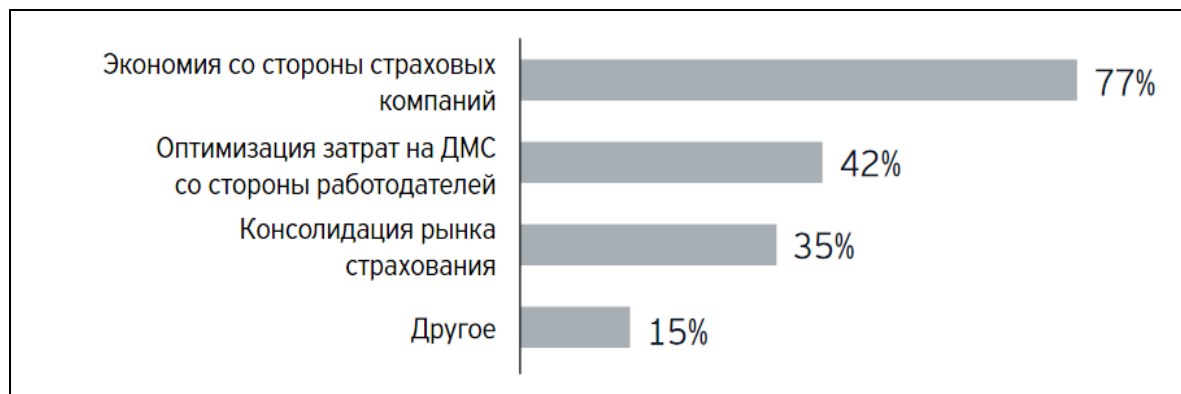


Рисунок 6 – Тенденции на рынке ДМС в 2018-2019 гг.

Вследствие уменьшения бюджетов со стороны работодателей страховые компании вынуждены предлагать более экономичные условия ДМС-обслуживания. В результате, по словам большинства участников опроса, главной задачей страховщиков в последние годы стало урегулирование своих расходов и сохранение маржинальности на приемлемом уровне. Также происходит сокращение наполнения и удешевление программ страхования: в течение последних лет страховые компании уменьшают объем медицинских услуг, которые клиники могут оказывать в рамках ДМС-программ, что влечет к уменьшению выплат в ЛПУ. оказывают определенное давление на МО при ежегодном пересмотре тарифов и в ходе медицинского обслуживания застрахованных. При этом застрахованные уточняли, что при ограниченных программах приходится доплачивать за необходимые в процессе лечения процедуры и услуги [27].

Для сокращения расходов страховые компании, согласно опросам, использовали следующие инструменты (рисунок 7).



Рисунок 7 – Инструменты снижения расходов страховых компаний

Как уже отмечалось, это прежде всего сокращения страховых программ. Кроме того, ужесточение контроля за страховыми случаями и снижение выплат клиникам, ужесточение медико-экономической экспертизы при проверке выставленных счетов за обслуживание в рамках ДМС и снижение оплаты медицинским организациям в случаях, когда страховая компания считает назначения необоснованными. За последние два года стало больше страховых программ с элементами франшизы, при которой определенная часть стоимости медицинских услуг по ДМС доплачивается самим сотрудником.

Заключение договоров с медицинскими организациями «по среднему чеку» говорит о самой негативной тенденции в работе страховых компаний – попытку заключить договор с медицинским учреждением по авансовой схеме, при которой клиника получает фиксированную сумму на лечение прикрепляемых пациентов и должна сама контролировать, чтобы стоимость оказанных медицинских услуг ДМС-пациенту не превышала размер среднего чека по договору. Страховщики таким образом снимают с себя значительный объем операционной работы, как в случае с оплатой клиникам по факту оказания услуг, и перекладывают ответственность за финансовый риск на

ЛПУ. Больше всего в этой ситуации страдают пациенты, потому что падает уровень обслуживания.

С 2015 года компании-страхователи стали сокращать бюджеты на медицинское обеспечение сотрудников. В связи с этим работодатели уменьшают страховые взносы (или оставляют их на прежнем уровне при растущих ценах на медицинские услуги), урезают программы страхования (в частности, ограничивают планы страхования родственников и детей), чаще соглашаются на программы ДМС с использованием франшизы, а иногда и вовсе отказываются от страхования сотрудников. Также некоторые работодатели начали монетизировать страховые взносы в социальный пакет и выплачивать его сотрудникам в виде денег, чтобы они самостоятельно занимались организацией своего медицинского обслуживания.

Проблемы развития ДМС в РФ эксперты видят в дублировании программ ОМС и ДМС, нестраховом характере многих программ, когда лечение проводится только на сумму страховой премии, в несогласованности в ценообразовании между СМО и руководителями медицинских организаций, недоверии граждан к институту медицинского страхования, активном развитии платной медицины [28].

2. Преимущества страховой медицины в Германии и возможности для РФ

2.1 Организация медицинского страхования в Германии

Закон о медицинском страховании Бисмарка от 1883 года создал первую в мире систему социального медицинского страхования. Прагматичный стиль формирования политики Германии с ее ограниченным государственным контролем над системой здравоохранения означает, что законодатель поручает самим субъектам решать проблемы, которые они определяют.

Система здравоохранения Германии характеризуется прежде всего центральным положением об ОМС. ОМС обеспечивается компаниями медицинского страхования, в которых застраховано около 87 % населения. Около 11 % населения покрывается частным медицинским страхованием и около 2 % - специальными системами безопасности, такими как бесплатное медицинское обслуживание для солдат и полицейских. Количество незастрахованных не доступно точной оценке и составляет менее 0,2% населения [29].

Все страховые взносы в Германии, как и в большинстве развитых стран, вносятся в большом объеме и составляют в сумме 41 % от заработной платы [8]. ОМС обеспечивается 109 конкурирующими некоммерческими страховыми компаниями (доля рынка крупнейших страховых компаний представлена на рисунке в приложении Е) [30]. Все работающие граждане и другие группы, такие как пенсионеры либо лица, зарабатывающие меньше порога отказа от участия (57600 евро в год в 2019 году), имеют обязательное медицинское страхование, а их неработающие иждивенцы застрахованы бесплатно. Лица с валовым доходом, превышающим пороговое значение, и лица, работающие не по найму, могут на добровольной основе иметь ОМС или приобретать заместительное частное медицинское страхование. ОМС

финансируется в основном за счет взноса от заработной платы в 14,6 %, который делится поровну между работником и работодателем [29]. То есть при условии, что средняя зарплата в Германии в 2017 составила до вычета налогов 3880 евро, сотрудник той или иной фирмы в среднем перечисляет в фонд здравоохранения 283,24 евро в месяц, и такую же сумму перечисляет работодатель. Таким образом, в год в фонд здравоохранения Германии поступает за одного работающего около 6 800 евро, при условии годового заработка более 57 600 евро. Все взносы собираются в фонде здравоохранения (Gesundheitsfonds) и дополняются относительно скромной налоговой субсидией в размере 14,5 млрд евро (около 7 % объединенных денег). Объединенные фонды перераспределяются в больничные кассы в соответствии со схемой корректировки риска на основе заболеваемости. Каждый больничный фонд взимает дополнительный взнос непосредственно со своих членов для покрытия общих расходов; в настоящее время эти дополнительные взносы составляют в среднем 1,1 % от заработной платы и варьируются от 0,3 % до 1,8 % [31]. На рисунке 8 подробно показаны финансовые потоки в системе ОМС в 2014 году [32].

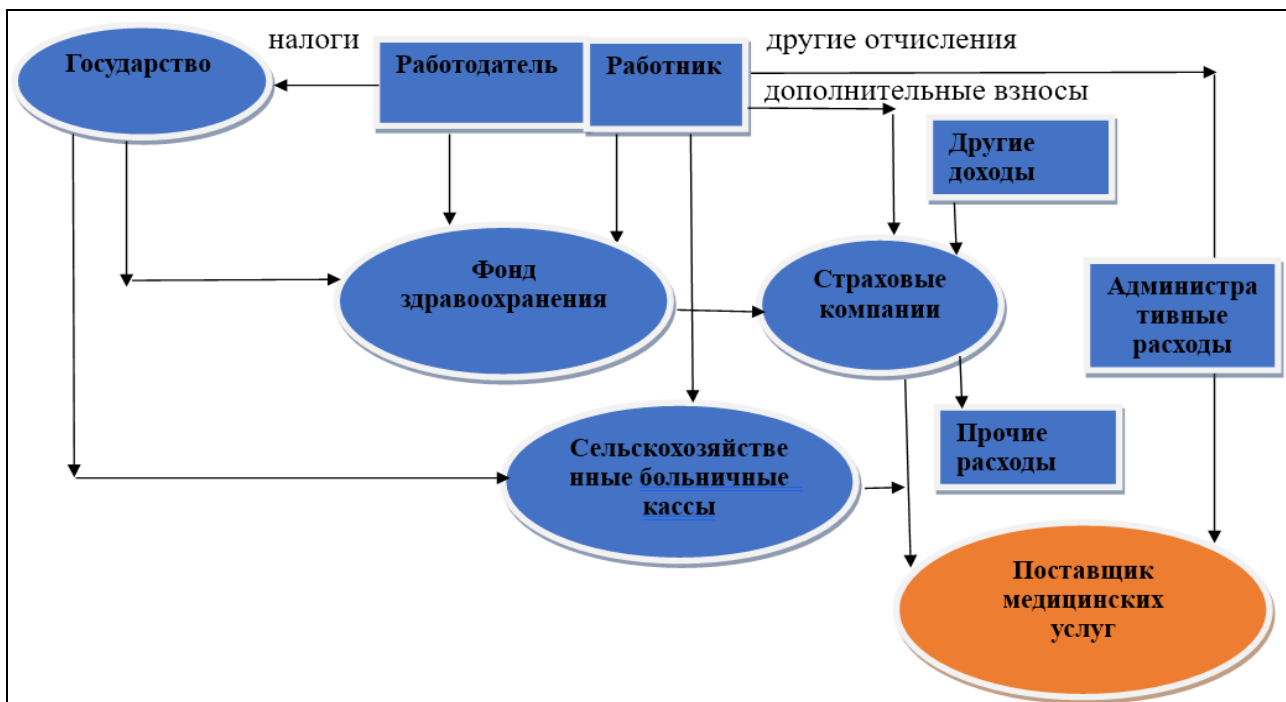


Рисунок 8 – Финансовые потоки в системе ОМС Германии

Германия тратит значительные средства на здравоохранение: общие расходы на здравоохранение в Германии в 2017 году составили 365,061 млрд евро (11,25 % от ВВП) или 4 300 евро на одного жителя. Это соответствует увеличению на 4,7 % по сравнению с 2016 годом [30].

Система здравоохранения Германии обладает относительно большими людскими, инфраструктурными и технологическими ресурсами как для амбулаторного, так и для стационарного лечения [33].

Хотя ОМС доминирует в дискуссии Германии о расходах и реформах здравоохранения, их фактический вклад в общие расходы на здравоохранение в 2017 году составил всего 57,4 %. На остальные три компонента социального страхования пришлось дополнительно 10,7 % от общих расходов на здравоохранение: обязательное пенсионное страхование – 1,4 % (в основном для медицинской реабилитации), обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний - на 1,6% и обязательное страхование на случай длительного ухода - 7,7 %. Налоговые источники внесли еще 4,8 %. В целом на государственные источники пришлось 72,9 % всех расходов на здравоохранение. Частные источники составили 27,1 % от общих расходов. Среди них частные домохозяйства профинансированы на 13,5 % (цифры включают расходы неправительственных организаций, что незначительно). Частные страховщики профинансировали 9,3 %, включая расходы на комплексное медицинское страхование, дополнительное медицинское страхование, а также страхование на случай длительного ухода. Работодатели заплатили 4,3 %: по иронии судьбы эти «частные» расходы в основном относятся к расходам, возмещаемым государственными работодателями за своих гражданских служащих, и могут объяснять расхождения между немецкими и международными источниками в отношении размера частной доли в общих расходах на здравоохранение (рисунок 9) [32, 30].

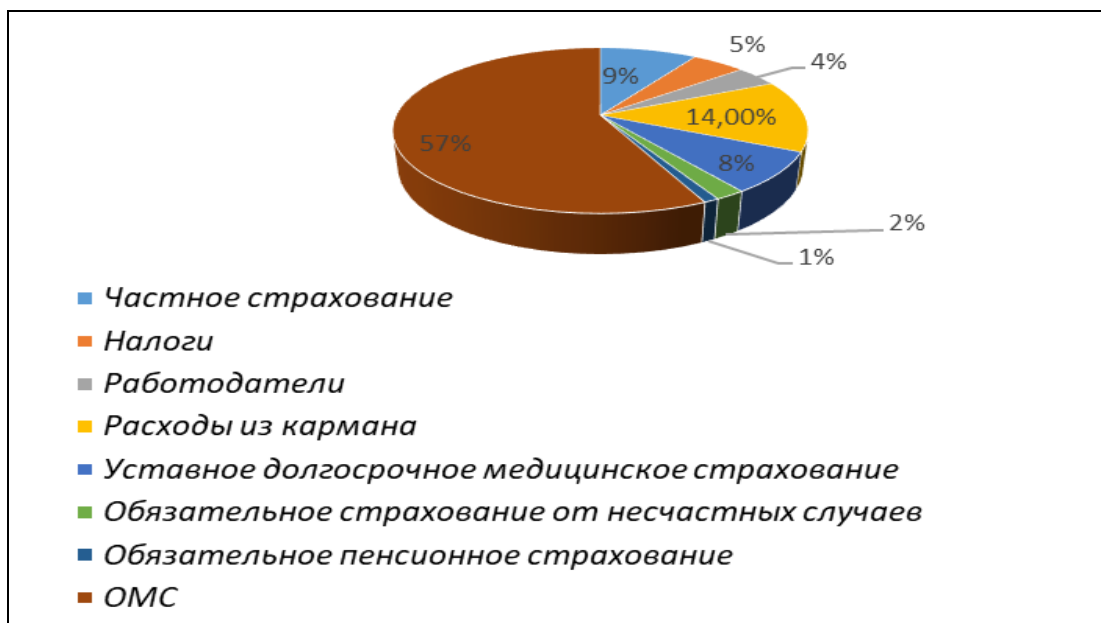


Рисунок 9 – Источники финансирования в системе здравоохранения Германии

Из 14 % расходов из собственных средств основная часть тратилась на долгосрочный уход за больными - 4,2 %, на стационарное лечение тратилось только 0,4 %, на лекарственные средства 2,2 %, на зубоврачебное лечение 1,7%.

В 2017 году только 2,4 % немцев понесли катастрофические расходы на здравоохранение (катастрофические расходы определяются как расходы домашних хозяйств, которые составляют более 40 % от общих чистых расходов домашних хозяйств на основные нужды), что является относительно небольшим показателем по сравнению с другими странами ЕС. Кроме того, в Германии есть несколько систем социальной защиты населения от катастрофических расходов. Дети в возрасте до 18 лет обычно освобождаются от оплаты. Для взрослых ОМС предусматривает ежегодный потолок обязательных дополнительных выплат в размере 2 % от дохода домохозяйства. Около 0,4 % всех участников ОМС превысили лимит в 2 % в 2018 году и были освобождены от дополнительных выплат. Для людей с тяжелыми формами инвалидности или хроническими заболеваниями, которые нуждаются в длительном уходе, существует еще более низкий

предел: 1 % дохода домохозяйства [34].

Обслуживание застрахованных лиц, на которых распространяется обязательное медицинское страхование, предоставляются в виде натуральных продуктов. Застрахованные лица получают пособия в натуральной форме (особенно лекарства, бинты, вспомогательные средства, слуховые аппараты или инвалидные кресла) и в виде медицинских услуг (например, медицинское лечение) от соответствующих поставщиков. Медицинские страховые компании платят напрямую поставщикам услуг. Размер вознаграждения обычно согласовывается в прямых переговорах между компаниями медицинского страхования и отдельными поставщиками услуг или ассоциациями поставщиков услуг.

В зависимости от вида медицинского страхования амбулаторное лечение оплачивается в двух принципиально разных системах оплаты труда. Услуги в рамках контрактного медицинского лечения оплачиваются из так называемого общего вознаграждения, согласованного между компаниями медицинского страхования. Индивидуальные контрактные врачи направляют свои иски о компенсации в соответствующие медицинские страховые компании. Затем Ассоциация врачей ОМС выдает распоряжение о распределении общего вознаграждения между отдельными контрактными врачами в соответствии с индивидуальными услугами, которые они фактически предоставляют. Распределение в основном основано на общенациональной единой шкале взносов, едином стандарте оценки и других внутренних нормативных актах и правилах медицинского страхования.

Вознаграждение за частное медицинское лечение основывается на шкале оплаты услуг врачей. Ими являются юридические постановления, изданные Федеральным правительством с согласия Федерального совета. Врачи, работающие в частной медицине, выставляют счет своим пациентам за плату. Обеспеченное частное медицинское страхование возмещает затраты на лечение, но часть суммы счета-фактуры согласована в индивидуальном

договоре страхования (принцип возмещения затрат).

Выплаты за лекарства обеспечиваются на государственном фармацевтическом рынке. Однако цены на оптовую и розничную торговлю подлежат государственному регулированию. Для большей части лекарственных средств установлены фиксированные суммы, которые страховые компании покрывают расходы. В значительной степени они также действуют как ограниченные цены, поскольку разница между фиксированной суммой и более высокой ценой производителя оплачивается пациентами [29].

Стационарное лечение оплачивается в двух частях как часть так называемого двойного больничного финансирования. Федеральные земли несут ответственность за финансирование инвестиционных затрат. Расходы на текущую больничную деятельность должны финансироваться за счет сборов от государственных и частных страховых компаний. С 2004 года действует система фиксированных ставок на каждый страховой случай. В общенациональном каталоге содержатся диагнозы и процедуры для каждой группы страховых случаев и показаны так называемые оценочные отношения. Для этой цели на уровне земли согласовывается так называемое национальное базовое значение между компаниями медицинского страхования и соответствующей государственной больничной компанией. Оценка производится на соответствующую фиксированную ставку для группы заболеваний, определенной умножением отношения оценки, показанного в каталоге, на значение базового случая для каждой федеральной земли. Например, коэффициент оценки 1,5 вместе со значением базового варианта страны в 3000 евро приводит к единой ставке для случая 4500 евро [29].

Амбулаторное долгосрочное обслуживание оплачивается на основе так называемых сервисных каталогов, которые показывают коэффициенты оценки для сервисных комплексов, которые соответствуют одному. Соответствующие цены умножаются на услугу. Несколько отдельных услуг

объединены в сервисные комплексы, которые функционально связаны между собой.

Система ОМС Германии включает:

- диагностику и профилактику заболеваний;
- амбулаторное и стационарное лечение с правом выбора врача (в т. ч. все виды ВМП);
- обеспечение лекарствами с частичной доплатой застрахованного лица;
- реабилитацию с компенсацией издержек (расходы на проезд);
- пособие по материнству;
- оплату больничных листов временной нетрудоспособности;
- стоматологию (кроме зубопротезирования);
- ограниченный объем медицинской помощи в странах ЕС [28, 33].

Любой работник может перейти на частное полное медицинское страхование (ЧМС), как только его заработная плата превысила годовой лимит заработной платы в 62 550 евро (данные за 2020 год). Самозанятые, фрилансеры и государственные служащие могут оформить ЧМС независимо от дохода [33].

Преимущества ЧМС заключаются в меньших ежемесячных взносах, в более высоких льготах на зубные протезы, в выборе лучшего врача в больнице, а также размещении в одноместной палате и других преимуществ в зависимости от выбора тарифа.

Взнос зависит от возраста (чем моложе, тем дешевле) и состояния здоровья и как правило несколько ниже, чем взнос по ОМС. В отличие от ОМС, ЧМС взимает страховые взносы, не связанные с доходами. Однако, гражданин с частной страховкой после получения лечения получает счет непосредственно от больницы или поликлиник. Затем счет-фактуру, а также рецепты и счета на лекарства предоставляются в свою страховую компанию, и после проверки гражданин получает возмещение согласованной (неполной)

суммы [29].

2.2 Основные проблемы медицинского страхования в РФ и меры по их преодолению

В условиях кризиса экономика России накладывает отпечаток на деятельность системы здравоохранения. Необходимым условием эффективной работы страховых систем здравоохранения является высокий уровень доходов населения. Сегодня объем заработной платы в структуре ВВП России составляет около 30%, тогда как развитых странах — не менее 60%. Для существующей сегодня в России смешанной бюджетно-страховой модели здравоохранения характерно хроническое недофинансирование. В отличие от классической модели ОМС, в ее российском варианте между фондом ОМС и медицинским учреждением нет прямой связи, а оплата медицинских услуг осуществляется ТФОМС через посредника — страховую медицинскую организацию [35].

В последние годы доля государственных расходов на здравоохранение в РФ не превышает 3,5 % ВВП. Для сравнения приведены данные по развитым странам, где расходы на здравоохранение составляют 10-11,25 % (рисунок 10).

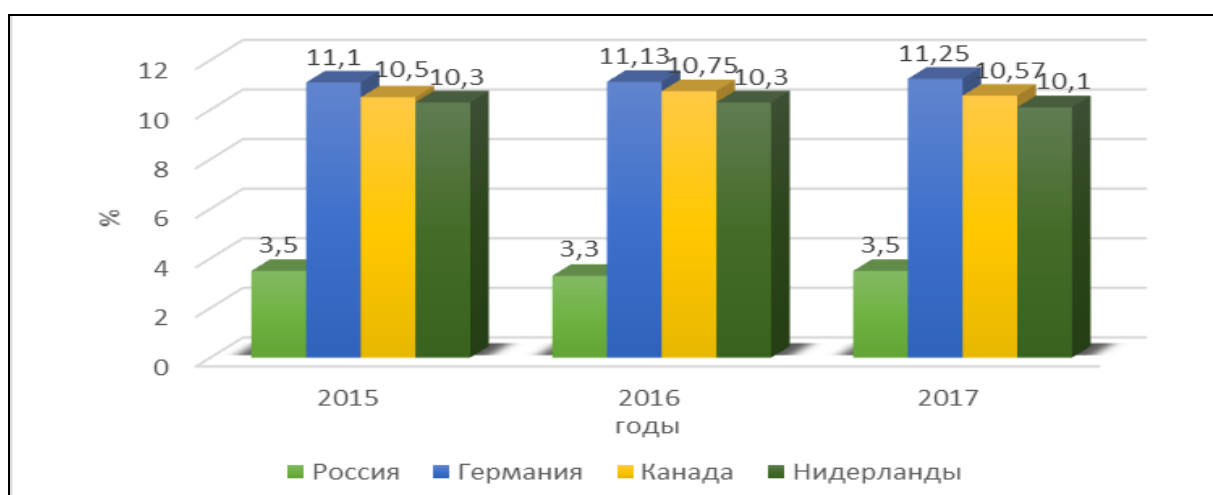


Рисунок 10 – Текущие расходы на здравоохранение в некоторых странах в % к ВВП за 2015-2017 гг.

Далее, рассмотрим расходы на здравоохранение в абсолютных значениях в РФ и Германии. По данным за 2017 г. Германия потратила на здравоохранение 365,061 млрд евро (11,25 % от ВВП) или 4300 евро на душу населения. Расходы на душу населения самыми высокими в ЕС, причем значительно выше, чем средний показатель по ЕС (2884 евро) (рисунок 11) [34]. РФ потратила на здравоохранение в 2017 г. 3035,4 млрд руб. или 20 660 руб. на душу населения. При переводе этих показателей в евро по курсу 70 руб./евро мы видим, что расходы на здравоохранение на 1 человека в Германии превышают подобные расходы в РФ в 14,5 раз. При таком уровне финансирования добиться удовлетворения базовых потребностей населения в медицинских услугах, лекарственных препаратах и медицинских изделиях, не говоря уже о расширении доступа к передовым методам лечения и медицинским технологиям, представляется крайне затруднительным. Неэффективная трата значительной части ресурсов (от 20 % до 40 % по экспертным оценкам), выделяемых на здравоохранение, только усугубляет ситуацию [36].



Рисунок 11 – Расходы на здравоохранение в РФ, Германии и ЕС в 2017 г.

Выделенные государством средства составляют примерно 68 % годовых расходов на здравоохранение в РФ. Используя оглашенные выше данные, а также данные исследований аудиторско-консалтинговых агентств

представим структуру рынка медицинских услуг в РФ [37].

Тенденция рынка медицинских услуг такова, что неизменно высоким остается процент теневой медицины, а также нарастает доля платной медицины и ДМС. В условиях, когда правительство РФ постоянно проводит оптимизацию здравоохранения, граждане должны все больше платить за себя сами (рисунок 12).

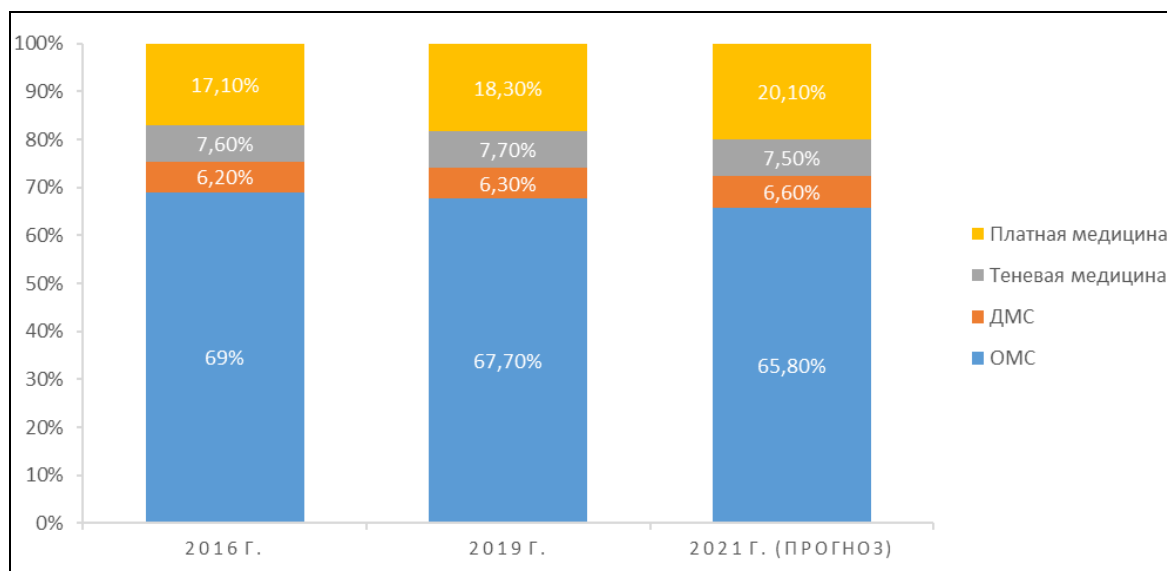


Рисунок 12 – Структура рынка медицинских услуг в РФ

В РФ гарантированный объем бесплатного базового пакета ОМС не предоставляет весь спектр медицинского обслуживания, что требует от населения дополнительных личных расходов на получение высококачественной медицинской помощи. Поэтому анализ личных расходов домохозяйств также является индикатором доступности медицинской помощи. Статистическими данные показывают постоянное увеличение личных расходов граждан на здравоохранение в последние 15 лет. Данная тенденция ведет к неравенству в доступности медицинских услуг, снижая их доступность для низких слоев общества [38]. Этому также способствует усиливающееся социальное расслоение: доходы 10 % богатейших жителей РФ превышают доходы 10 % наиболее бедных в 40-45 раз, а странах ЕС (в т. ч. Германии) этот коэффициент равен 5-7.

Далее негативное воздействие оказывает тот факт, что существующая

многоканальность финансирования медицинских услуг (государственный бюджет/ОМС) становится причиной отсутствия существенного контроля за использованием денежных средств. Побочные расходы (содержание ФОМС, ТФОМС, СМО и коррупционная составляющая) сокращают количество денег, необходимых реальному здравоохранению. Сама организационная структура ОМС в РФ способствует неэффективному функционированию:

- использование СМО дохода от инвестирования средств ОМС в целях, не связанных с основной деятельностью;
- сложность взаиморасчетов СМО с ТФОМС при получении застрахованными лицами услуг в лечебных учреждениях [35].

В Германии страховые взносы за неработающих, пенсионеров и детей могут перечислять различные организации:

- пенсионные фонды (взносы за неработающих пенсионеров);
- службы занятости (взносы за безработных).

Кроме того, в немецком здравоохранении для оплаты медицинской помощи пенсионерам, детям, инвалидам и безработным часто используется совместное страхование неработающих членов семьи. Данный опыт в дальнейшем по мере развития ОМС и усиления страхового принципа финансирования медицинской помощи мог бы применяться в РФ.

В РФ пакет медицинских услуг, финансируемой за счет средств базовой ОМС, включает ограниченный объем оказания медицинской помощи по сравнению с более широким перечнем услуг в рамках программ ОМС в Германии. Например, в Германии страховыми компаниями оплачиваются медикаменты при стационарном и амбулаторном лечении, уход за больным на дому, обусловленный необходимостью обеспечения врачебного и сестринского ухода за хроническими больными. Также перечень дорогостоящих операций, который в РФ включен в ВМП (нейрохирургия, ортопедия, кардиохирургия и др.), относится в немецком здравоохранении к базовой программе.

Хотя с 2014 года в РФ наблюдается устойчивый рост совокупных расходов из федерального бюджета на лекарственные средства, личные расходы россиян на лекарственные средства находятся на постоянно высоком уровне. Осуществление государственных гарантий в системе лекарственного обеспечения за счет средств ОМС невозможно в полной мере в результате ограничений страховых поступлений [39]. Для повышения обеспечения населения лекарственными средствами наиболее эффективной моделью была бы модель задействования всех финансовых потоков, а именно использование средств федерального бюджета, ОМС, ДМС с применением механизмов со-платежей и накопительной системы. В настоящее время со-оплата возможна только для льготных групп населения. Во многих развитых странах действуют механизмы со-оплаты лекарственных средств, которые представлены в таблице 4 [39].

Таблица 4 – Особенности оплаты лекарственных средств в РФ и в некоторых странах ЕС

Страна	Механизм оплаты	Со-оплата	Предел сбора с пациента
Германия	Фиксированный	1,56; 2,60; 3,64 евро	2 % ежегодного дохода
Финляндия	Фиксированный + Дифференцированный	0 %, 25 %, 50 %	Свыше франшизы 553 евро в год
Италия	Фиксированный + Дифференцированный	50 % стоимости ЛС + 1,57 евро за упаковку	нет
РФ	Отсутствует	50 % и 100 % для льготных групп населения	нет

Доступ к бесплатным лекарствам в амбулаторных условиях имеют ограниченное число граждан РФ – около 9 млн чел., имеющих социальную льготу или определенное заболевание.

При рассмотрении института социального страхования в РФ,

немаловажным является факт того, что до 44 % (около 44 млн. человек) россиян от общего количества занятого населения, получают зарплаты в конвертах, что также ведет к снижению наполнения регионов налогами и в том числе к недофинансированию фондов ОМС [40]. Это ведет к социальной несправедливости, потому что человек работает неофициально, не оплачивает страховые взносы, а лечение по ОМС в случае возникновения страхового случая происходит за счет бюджета региона. С другой стороны, люди, которые оплачивают страховые взносы, также не могут получить качественное медицинское обслуживание (например, получить дорогостоящие препараты), потому что имеется дефицит регионального бюджета.

Исходя из данных, изложенных в первом разделе данной работы, мы можем прийти к выводу, что в последние годы финансовое положение системы ОМС несколько улучшилось, но серьезных институциональных преобразований не было выполнено. Развитие системы ОМС ограничено следующими факторами:

- Программы ОМС недостаточно сбалансированы с имеющимися финансовыми ресурсами;
- Низкий уровень финансового планирования и общий низкий уровень финансового обеспечения при невысоких доходах населения, что не позволяет повысить структурную эффективность здравоохранения;
- Переход на страховые принципы финансирования идет низкими темпами;
- Существенное различие в уровне финансового обеспечения региональных систем ОМС, при этом ресурсы ФФОМС не позволяют выполнить эффективное выравнивание, что вызывает и фактически различный уровень качества медицинского обслуживания по регионам [28];
- Тарифы в системе ОМС сильно различаются по регионам ещё и в результате отсутствия единого подхода к их формированию, что способствует

неэффективной деятельности многих учреждений и ограничивает развитие межтерриториальной медицинской помощи [39].

На территориях со слабой экономикой дефицит средств перерастает в хроническое недофинансирование территориальных фондов ОМС, что приводит к задержкам выплат заработной платы персоналу медицинских учреждений, и как результат к падению уровня медицинского обслуживания либо ограничению доступности медицинской помощи [28].

Для повышения вклада системы ОМС в развитие здравоохранения необходимы реформы в области организации финансирования: объединение средств, эффективное финансовое планирование, способы ценообразования и оплаты медицинской помощи.

Пока этого не происходит население (только у кого есть возможность), вынуждено доплачивать за свое здоровье самостоятельно: легально (18,3 %), либо теневыми методами (7,7 % (цифры могут быть выше, так как невозможно точно оценить теневой сектор)). Таким образом доля личных платежей в здравоохранении достигает в РФ более 26 %, при этом доля личных платежей от общего финансирования здравоохранения в развитых странах ЕС составляет от 5,2 %, а в Германии 14 %. Финансовая политика государств ЕС на протяжении длительного отрезка времени (2000–2014 гг.) была направлена на снижение личных трат домохозяйств на медицинскую помощь: 15 стран за эти годы уменьшили прямые расходы семей на здравоохранение на 10–20 %. В РФ за последние 15 лет наблюдается значительный и постоянный рост личных расходов граждан РФ в общем объеме затрат на здоровье, что также указывает на недостаточность базового пакета медицинских услуг по ОМС. Кроме того, 5,6 % домохозяйств несут катастрофические расходы, при которых тратится на медицинские услуги более 40 % семейного бюджета [38].

В частности, расходы государства на лекарственное обеспечение населения в амбулаторных условиях в РФ крайне низкие – они в 2,8 раза

ниже в расчете на душу населения, чем в странах ЕС, близких к РФ по уровню экономического развития. Население РФ несет в 4 раза большую финансовую нагрузку по расходам на лекарства, чем государство [19].

Совершенно ясно, что в системе медицинского страхования РФ назрела необходимость реформирования и совершенствования. Более оптимальным, учитывая опыт Германии, было бы совмещение ОМС, ВМП и ДМС, что должно быть закреплено законодательно. Необходимо сформировать переход на одноканальную систему финансирования, что создаст стимулы к более рациональному использованию имеющихся мощностей медицинских учреждений, сокращению расходов на их содержание. Это даст возможность сконцентрировать основные ресурсы на тех статьях расходов, которые напрямую влияют на качество медицинской помощи, прежде всего на повышении оплаты труда медицинского персонала и лекарственном обеспечении больных [36].

Следующее предложение касается реформирование самого ФФОМС. Фонд не должен играть роль посредника при перекачке денег из бюджета в территориальные фонды ОМС. Необходимо, по примеру Германии создать единый фонд для РФ, который бы распределял средства напрямую в СМО. Роль самих страховых компаний должна быть повышена в управлении ресурсами здравоохранения. Для этого должны быть созданы специальные нормативно-правовые акты, составленные по принципам прозрачности финансовых потоков и препятствующие нецелевому расходованию средств.

Страховые компании должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. Необходимо также стимулировать участие СМО в организации и планировании медицинской помощи, управлении ее объемами, обеспечении ее качества.

Для завершения перехода на страховые принципы финансирования здравоохранения необходимо законодательное регулирование на федеральном уровне размеров взносов на ОМС неработающего населения из бюджетов

субъектов РФ. Кроме того, взнос на ОМС в 5,1 % является очень маленьким. Необходимо, по меньшей мере увеличить его вдвое, при чем дополнительные 5,1 % должны официально вноситься как вклад самого сотрудника предприятия. Тогда у работающего населения возникнет понятие социальной ответственности здравоохранение в собственной стране, потому что они вносят взносы из собственного кармана. Данные нововведения способствовали бы увеличению бюджета ОМС минимум в 2 раза. В условиях, когда расходы на здравоохранение вырастают минимум до такого уровня, можно постепенно включать весь спектр ВМП, а также лекарственное обеспечение в базовую программу ОМС.

Что касается обеспечения лекарственными средствами, то в РФ необходимо хотя бы реализовать программу всеобщего лекарственного обеспечения населения в амбулаторных условиях с источниками финансирования: государственные средства (50 %) и со-доплаты населения (50 %). В рамках программы всеобщего лекарственного обеспечения должны быть произведены расчеты прогнозных потребностей населения в лекарствах по отдельным нозологиям, определены единые для РФ перечни лекарств, установлены предельные цены компенсации на них. Погружение в программу отдельных категорий населения должно быть поэтапным по мере увеличения объемов финансирования программы [19]. Предлагаются различные оптимальные механизмы финансирования (например, через систему ОМС). Возможная схема реализации предлагаемой модели лекарственного страхования в РФ представлена в приложении Ж [39].

Для повышения сбалансированности территориальных программ ОМС с имеющимися финансовыми ресурсами необходимо в условиях кризиса в политике выравнивания делать акцент на группу регионов с низкой бюджетной обеспеченностью с постепенным улучшением финансирования всех регионов.

Для построения рациональной системы оплаты медицинской помощи

необходимо обеспечить переход от преимущественно ретроспективных к преимущественно предварительным методам оплаты медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения должны быть заинтересованы в уменьшении числа больных людей, расширении функций организации и координации оказания медицинской помощи на всех этапах ее оказания, повышении на этой основе ответственности за здоровье постоянно обслуживаемого населения.

Одним из факторов решения проблемы взаимодействия лечебно-профилактического учреждения и СМО является введение в практику единого показателя, так называемого рейтинга медицинского учреждения, который позволил бы стандартизировать критерии оценки, что, несомненно, положительно сказалось бы на формировании доступного и прозрачного рынка медицинских услуг. Необходимо, чтобы заработал принцип свободы выбора врача и медицинской организации для повышения качества медицинских услуг.

Мы уже объясняли выше низкий спрос на ДМС обусловлен низкими доходами граждан. Вариантом решения проблемы низких доходов граждан являются субсидии государства малоимущим гражданам для предоставления им возможности использования программ ДМС. В таком случае страховые компании являлись бы мощным инструментом финансирования здравоохранения за счет создания собственной инфраструктуры или инвестиций в существующие лечебные учреждения [24].

На взгляд автора данной работы, наиболее эффективным для развития системы страхования в РФ было бы увеличение расходов на здравоохранение из общественных средств на первом этапе до 5–6 % от ВВП, а затем до 8-10 % от ВВП. Чтобы достичь этой цели, необходимо также решение других глобальных задач на государственном уровне: увеличение доходов населения, борьба с «черными зарплатами», а также стойкий рост ВВП и др.

ЗАДАНИЕ ДЛЯ РАЗДЕЛА «СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ»

Студенту:

Группа	ФИО
Д-3Б5Б1	Кузьмину Борису Николаевичу

Школа	инженерного предпринимательства	Направление 38.03.01	Экономика
Уровень образования	Бакалавр		

Исходные данные к разделу «Социальная ответственность»:	
<p><i>1. Описание рабочего места (рабочей зоны, технологического процесса, используемого оборудования) на предмет возникновения:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – вредных проявлений факторов производственной среды (метеоусловия, вредные вещества, освещение, шумы, вибрации, электромагнитные поля, ионизирующие излучения и т.д.) – опасных проявлений факторов производственной среды (механической природы, термического характера, электрической, пожарной природы) – чрезвычайных ситуаций социального характера 	<p>Рабочее место является комфортным и полностью соответствует требованиям безопасности для выполнения работы. Освещение общее и местное выполнено с оптимальной мощностью. В рабочем помещении имеется кондиционер воздуха, который обеспечивает комфортный микроклимат. Полностью отсутствуют источники шума и вибрации. Все находящиеся электроприборы отвечают требованиям пожарной безопасности.</p>
<p><i>2. Список законодательных и нормативных документов по теме</i></p>	<p>1. Трудовой кодекс РФ; 2. ГОСТ Р ИСО 26000-2010 «Руководство по социальной</p>

	<p>ответственности»;</p> <p>3. Федеральный закон от 28.12.2013 № 426-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «О специальной оценке условий труда».</p>
<p>Перечень вопросов, подлежащих исследованию, проектированию и разработке:</p>	
<p>1. Анализ факторов внутренней социальной ответственности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>принципы корпоративной культуры исследуемой организации;</i> – <i>системы организации труда и его безопасности;</i> – <i>развитие человеческих ресурсов через обучающие программы и программы подготовки и повышения квалификации;</i> – <i>системы социальных гарантий организации;</i> – <i>оказание помощи работникам в критических ситуациях.</i> 	<p>Проанализирована политика предприятия в области корпоративно-социальной ответственности – её принципы, соответствие законодательной баз РФ, программы корпоративного развития, система социальных гарантий</p>
<p>1. Анализ факторов внешней социальной ответственности:</p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>содействие охране окружающей среды;</i> – <i>взаимодействие с местным сообществом и местной властью;</i> – <i>спонсорство и корпоративная благотворительность;</i> – <i>ответственность перед потребителями товаров и услуг (выпуск качественных товаров),</i> – <i>готовность участвовать в кризисных ситуациях и т.д.</i> 	<p>Проанализирована политика предприятия в области корпоративно-социальной ответственности направленная на внешнюю социальную ответственность – взаимодействие с органами местного самоуправления, оказание содействия в области развития медицинского страхования.</p>

<p>2. <i>Правовые и организационные вопросы обеспечения социальной ответственности:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Анализ правовых норм трудового законодательства; – Анализ специальных (характерные для исследуемой области деятельности) правовых и нормативных законодательных актов. – Анализ внутренних нормативных документов и регламентов организации в области исследуемой деятельности. 	<p>Проанализированы правовые и организационные вопросы в области корпоративной-социальной ответственности –соответствие нормам труда.</p>
<p>Перечень графического материала:</p>	
<p><i>При необходимости представить эскизные графические материалы к расчётному заданию (обязательно для специалистов и магистров)</i></p>	

<p>Дата выдачи задания для раздела по линейному графику</p>	
--	--

Задание выдал консультант:

Должность	ФИО	Ученая степень, звание	Подпись	Дата
Доцент ШИП	Черепанова Н. В.	к.филос.н.		

Задание принял к исполнению студент:

Группа	ФИО	Подпись	Дата
Д-3Б5Б1	Кузьмин Б. Н.		

3 Социальная ответственность

Страховая компания ООО «СМП-Страхование» – страховая компания, предлагающая клиентам широкий спектр современных страховых продуктов и услуг: корпоративные программы защиты имущественных и финансовых интересов бизнеса, комплексные решения по защите сотрудников, страховые продукты для частных лиц (ДМС, страхование для выезжающих за рубеж). Основным направлением компании является ДМС. Компания работает на российском рынке с 2003 года и входит в число 100 крупнейших российских страховщиков по объему страховых премий за 2019 г. «СМП-Страхование» является частью крупной российской финансово-промышленной Группы, головной кредитной организацией которой является АО «СМП Банк» [41].

Стейкхолдеры – заинтересованные стороны, на которые деятельность организации оказывает как прямое, так и косвенное влияние. Например, к прямым стейкхолдерам относятся потребители или сотрудники компании, а к косвенным - местное население, экологические организации и т. д. Важным представляется то, что в долгосрочной перспективе для организации важны как прямые, так и косвенные стейкхолдеры. Важнейшими с точки зрения корпоративной социальной ответственности стейкхолдерами являются сотрудники ООО «СМП-Страхование». Структура стейкхолдеров ООО «СМП-Страхование» представлена в таблице 5.

Как видим из таблицы 5, основная часть стейкхолдеров предприятия – прямые. К косвенным стейкхолдерам же относятся органы управления федерального, местного и регионального уровня. Значительное влияние на деятельность компании посредством законодательства оказывают органы государственной власти.

Таблица 5 – Стейкхолдеры ООО «СМП-Страхование»

Прямые стейкхолдеры	Косвенные стейкхолдеры
Сотрудники ООО «СМП-Страхование»	Министерство здравоохранения РФ
Акционеры и инвесторы	Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию России
Потребители (застрахованные компанией лица)	Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития России
Фармацевтические учреждения (организации)	Федеральное медико-биологическое агентство России (ФМБА России)
Научно-исследовательские учреждения. Образовательные медицинские учреждения	ФФОМС, территориальный фонд социального страхования
Лечебно-профилактические учреждения	Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и др.)
Санитарно-профилактические учреждения	Средства массовой информации
Учреждения судебно-медицинской экспертизы	Другие компании

ООО «СМП-Страхование» стремится к формированию эффективной системы взаимодействия со стейкхолдерами, которая базируется на следующих основных принципах:

- уважение интересов и взаимное выгодное сотрудничество;
- своевременное информирование стейкхолдеров обо всех аспектах деятельности ООО «СМП-Страхование»;
- регулярность и последовательность взаимодействия;
- определение ожиданий стейкхолдеров;
- соблюдение обязательств, данных стейкхолдерам;
- стремление к соблюдению баланса интересов всех стейкхолдеров в процессе принятия решений;

– взаимодействие во всех ключевых областях деятельности ООО «СМП-Страхование».

Внутренние элементы программ КСО для персонала:

– коллективный договор, обеспечивающий конкурентоспособную оплату труда;

– система постоянного обучения и повышения квалификации сотрудников;

– выдача абонементов на посещение спортивно-оздоровительных комплексов и бассейнов;

– приобретение бытовой техники для объектов питания, мебели для спортивных залов и комнат досуга;

– охрана труда (согласно требованиям законодательства и корпоративных норм);

– приведение зданий и сооружений в соответствие с требованиями строительных норм, требований пожарной безопасности;

– приведение освещения и микроклимата на рабочих местах в соответствие с требованиями санитарно-гигиенических норм;

– обучения сотрудников по охране труда, пожарной, промышленной и экологической безопасности, реагирования в случае аварийных и чрезвычайных ситуаций;

– осуществление первичных и периодических медосмотров сотрудников;

– автоматизация и компьютеризация производственного оборудования и рабочих мест;

– материальная помощь работникам в сложной жизненной ситуации.

Большинство страховых компаний только в последние годы стали уделять внимание внешним элементам КСО. Пока только несколько страховщиков уже осознали, как целостное стратегическое внедрение внешних элементов КСО способствует успеху компании. Эти страховщики видят преимущества стратегий устойчивого развития в нескольких областях:

- привлекать, удерживать и мотивировать сотрудников;
- снижение затрат за счет эффективности использования ресурсов;
- разработка новых продуктовых подходов и сегментов клиентов;
- репутация и восприятие бренда.

В рамках проведенного компанией анализа были определены шесть ключевых областей, по которым берется на себя ответственность за КСО:

1. Ответственность работодателя;
2. Ориентация на клиента;
3. Региональное участие;
4. Соблюдение требований;
5. Цифровизация;
6. Экологическая ответственность.

КСО-стратегия ООО «СМП-Страхование» включает социальные, предпринимательские и экологические возможности. Предпринимательские и социальные возможности формируются из-за несущественности продуктов в страховой отрасли и связанного с этим низкого воздействия на окружающую среду. Компания выделяет следующие возможности в продолжении стратегии:

- повышение осведомленности сотрудников, клиентов и поставщиков в отношении экологической и социальной ответственности;

- реализация нефинансовой перспективы;
- улучшение имиджа посредством КСО;
- сохранение ресурсов за счет экологически устойчивых действий;
- повышение уровня сотрудников и удовлетворенности клиентов;
- продвижение региональных учреждений с ориентацией на устойчивую деятельность;
- продвижение разнообразия в компании и сервисные инновации;
- укрепление диалога в компании и с внешними заинтересованными сторонами;
- инновации в продуктах и услугах;
- специальные отчеты о рисках: функцию внутреннего аудита / актуарный анализ.

Мы определяем наши цели в области КСО на основе нашего анализа и стратегии. В целом можно сказать, что компания хочет оказать существенное влияние на долгосрочные цели к 2024 году. Компания ориентирует своих сотрудников на тему КСО и тем самым мотивирует их действовать устойчиво. Это делает устойчивость частью корпоративного бренда компании. Аспекты устойчивости постепенно становятся само собой разумеющимся во всех деловых операциях и решениях. Фирма использует экологически чистые материалы и стремится к дальнейшему сокращению потребления ресурсов из года в год. Общение по вопросам устойчивости со всеми заинтересованными сторонами является неотъемлемой частью корпоративного общения фирмы и возможно в любое время через Интернет. Экономическая деятельность фирмы является прозрачной и устойчивой в течение всего года. ООО «СМП-Страхование» принимает во внимание устойчивость при выборе инвестиций, инноваций в продуктах, выборе поставщиков и оценке идей и спонсорства. ООО «СМП-Страхование» также

постоянно демонстрирует высокий коэффициент собственного капитала.

На этом фоне ООО «СМП-Страхование» ориентируется на главную долгосрочную цель - обеспечение долгосрочных и доверительных отношений с клиентами. Компания преследует эту цель также в связи с разработкой новых и дальнейшим развитием существующих страховых продуктов. Интенсивный обмен информацией с клиентами способствует достижению этой цели.

Следующей долгосрочной целью является повышение привлекательности фирмы как работодателя. Ответственность работодателя является важной проблемой для ООО «СМП-Страхование», поэтому компания хочет еще больше повысить свою привлекательность как важного работодателя в регионах как г. Москва, г. Санкт-Петербург, Республика Татарстан, Краснодарский край. Для этого фирма в фоновом режиме, например, постоянно расширяет предложения по укреплению здоровья сотрудников и мер по совмещению работы и семьи. На 2020 год компания поставила перед собой цель дальнейшего расширения предпосылок для работы на дому. ООО «СМП-Страхование» хочет сохранить низкую текучесть кадров и высокий уровень охвата стажеров в будущем.

Безопасные и устойчивые капиталовложения также являются элементами КСО. Есть разные способы сделать инвестиции. В ООО «СМП-Страхование» это делается через специальный фонд, которым управляет управляющий фондом, через прямые инвестиции на рынке капитала или через инвестиции в компании, инвестирующие капитал. Проверка структур корпоративного управления соответствующих целевых управляющих фондами является важной частью их комплексной проверки. Соответствующая политика ESG закреплена за всеми инвестиционными менеджерами в процессе инвестирования или управления рисками. Значительные факторы риска ESG принимаются во внимание и подвергаются

оценке. Цель ООО «СМП-Страхование» - инвестировать страховые взносы клиентов надежно и в то же время устойчиво. Инвестиции компании строго проверяются в соответствии с внутренними инвестиционными рекомендациями. В 2019 году была проведена проверка инвестиционных компаний в соответствии с критериями ESG (ESG составлена из первых букв слов environmental, social и governance). Это три фактора, учитываются при инвестировании в компанию — экологический, социальный и управленческий.

Е-факторы:

- изменение климата из-за деятельности компании
- выбросы парниковых газов
- производство отходов
- истощение природных ресурсов, включая питьевую воду
- сокращение площади лесов.

S-факторы:

- условия труда, в том числе использование детей в качестве рабочих
- гендерный состав компании
- охрана здоровья на предприятии
- взаимоотношения с потребителями и местными сообществами
- связи с поставщиками.

G-факторы:

- долгосрочная стратегия компании
- аудит и внутренний контроль
- состав совета директоров

- вознаграждение менеджмента
- права акционеров.

Учет перечисленных факторов позволяет фонду, занимающемуся ESG-инвестициями, принять взвешенное решение о вложении средств в ценные бумаги той или иной компании. В целом это означает, что отобранные с помощью этого фильтра корпорации ведут социально ориентированный бизнес, отличаются качественным управлением и заботой об экологии [42].

ООО «СМП-Страхование» осознает свою ответственность за состояние окружающей среды и поэтому старается сделать свою бизнес-деятельность не только экономичной, но и максимально ресурсосберегающей. Цель компании - экономия ресурсов, например, за счет использования возобновляемых источников энергии и внедрения решений по устойчивой мобильности. Компания также полагается на возможности оцифровки и работаем, например, на снижение расхода топлива путем расширения таких предложений, как видеоконференции и вебинары. ООО «СМП-Страхование» собирается расширить опцию домашнего офиса. Поэтому в течение 2020 года будут расширяться предпосылки для работы на дому.

Компания следит за целями в области устойчивого развития, сформулированными Организацией Объединенных Наций. Следующие цели, особенно актуальны для ООО «СМП-Страхование»:

- защита и финансовая безопасность наших клиентов с помощью наших страховых продуктов;
- комплексные предложения по укреплению здоровья и совмещению работы и личной жизни наших сотрудников;
- поддержка идеи обучения на протяжении всей жизни с помощью предложений по дальнейшему и повышенному обучению;

– гендерное равенство - оплата и продвижение работников независимо от пола;

– обеспечение рабочих мест в столичном регионе и ряде городов РФ, справедливая заработная плата и социальные пособия для работников выше среднего уровня, социальная активность в регионах.

Сама деятельность ООО «СМП-Страхование» несет в себе элементы социальной ответственности, так как в результате страхования выполняется защита клиентов от повседневных рисков и от непредвиденных событий, от финансовых потерь, а также обеспечивается медицинское обслуживание и безопасность в старости. Устойчивое развитие в этих областях играет для компании важную роль, в конце концов, ООО «СМП-Страхование» несёт ответственность за своих клиентов – как временно, так и долгосрочно. Цель компании - высокий уровень удовлетворенности клиентов продуктами и услугами. В компании убеждены, что многому научиться на основании жалоб отдельных клиентов, чтобы соответствующим образом согласовать действия. Вот почему была создана обширная система управления жалобами. Жалобы, которые квалифицированы в соответствии с определенными критериями, проверяются централизованно специализированной командой для наших клиентов. Это позволяет разработать соответствующее решение, которое учитывает ситуацию отдельного клиента и в то же время соответствует интересам сообщества застрахованных лиц. Было отмечено растущее удовлетворение клиентов продуктами и услугами ООО «СМП-Страхование», о чем свидетельствуют опросы клиентов. В случае каких-либо расхождений клиенты могут получить доступ к установленным процедурам урегулирования споров. Институт омбудсмена предлагает возможность урегулировать разногласия по взаимному согласию без суда.

Помимо стратегии и целей КСО должен осуществляться контроль за их выполнением. Контрольные показатели представлены в таблице 6.

Таблица 6 – Контроль показателей КСО

Показатели	Шкалы/Единицы измерения
Оценка инвестиционных компаний	Принципы ответственного инвестирования ООН/ критерии устойчивости ESG
Ответственные инвестиции	В % от общих инвестиций
Оценка поставщиков	в соответствии с критериями ESG
Клиенты	Средний возраст продаж
Экологические показатели: - Командировки на автомобиле - Командировки на поезде - Воздушные перевозки	Км
Гендерные показатели: - Сотрудники (половая квота) - Квота управления (м / ж)	в %
Число родителей, находящихся в отпуске по уходу за ребенком	Количество
Пожертвования: - Общественные пожертвования и расходы на поддержку - Объем пожертвований через инициативы сотрудников - Общая сумма пожертвований в устойчивые организации	В рублях
Политическое влияние: - Общая стоимость пожертвований в партии - Штрафы за коррупционные инциденты	В рублях

Наконец, заключительным элементов КСО являются средства массовой информации и общественность. Прозрачность является одной главных корпоративных ценностей ООО «СМП-Страхование», поэтому компания предоставляет общественности исчерпывающую информацию о

своей деятельности. В дополнение к домашней интернет-странице, годовому отчету и сопутствующим коммуникационным мероприятиям для общественности, это также включает регулярные надзорные отчеты в соответствии с законодательными актами. ООО «СМП-Страхование» поддерживает диалог с общественностью относительно КСО через область устойчивого развития на домашней интернет-странице.

Заключение

В данной работе проводился анализ медицинского страхования в РФ и ее сравнение с системой медицинского страхования Германии.

В ходе исследования было выявлено, что значительная часть расходов на здравоохранение в РФ формируется за счет средств ФФОМС, а ежегодный незначительный дефицит средств фонда компенсируется за счет финансирования из федерального бюджета РФ. При сравнении расходов на здравоохранение обращает на себя внимание колоссальная разница по данному показателю в РФ и Германии как в процентном значении от ВВП (3,3 % против 11,25 %), так и в абсолютном значении (расходы на здравоохранение на 1 человека в год в Германии превышают подобные расходы в РФ в 14,5 раз). Поэтому неудивительным является тот факт, что базовый пакет медицинских услуг, обеспечиваемый ОМС, не соответствует потребностям населения РФ в медицинской помощи. Это подтверждается статистическими данными, показывающими постоянное увеличение личных расходов граждан на здравоохранение в последние 15 лет.

На взгляд автора данной работы, в РФ еще не до конца сформировался институт социального страхования, когда граждане сознательно проводят социальные выплаты из официальной заработной платы, либо готовы сознательно платить больше за дополнительную медицинскую страховку, чтобы быть уверенным в будущем. Институты – это правила поведения в обществе. На данный момент правила в РФ таковы, что довольно большой процент населения получает зарплату неофициально, не оплачивая социальные взносы, но при этом люди готовы платить врачу лично. Это приводит к целому ряду институциональных проблем, например, к росту теневой медицины (коррупционная составляющая). За работающее население сносят отчисления в размере 5,1 % от заработной платы работодателя. Размер отчисления нужно признать небольшим, что обуславливает маленький по

европейским меркам размер бюджета ФФОМС.

Недофинансирование системы ОМС обуславливает отказ от обеспечения всего застрахованного населения лекарственными средствами, которые получают только льготные слои населения численностью около 9 млн человек. Многие дорогостоящие виды лечения лишь частично покрываются ОМС. Человеку, чтобы получить талон на дорогостоящую операцию необходимо доказывать в нескольких инстанциях, что он в ней нуждается. Таким образом, важнейшая функция медицинского страхования как социального института выполняется не в полной мере, так как часто возможности для удовлетворения индивидуума в обществе ограничены, возникают проблемы кооперации между людьми и неопределенности при взаимодействии между ними.

ДМС как программа осознанного социального страхования занимает в РФ небольшую долю медицинского рынка. В условия экономического кризиса последних лет программы ДМС сокращались, потому что до 77 % страховых компаний данного сектора страхования вынуждены были экономить средства, чтобы получать прибыль. В результате чего было отмечено снижение качества обслуживания по программам ДМС. В то же время СМО все чаще предлагают новые страховые продукты, которые являются более доступными не только корпоративным клиентам, но и физическим лицам. В результате этого доля рынка нарастала, но медленными темпами (0,3 % в год).

На взгляд автора данной работы, для решения вышеперечисленных проблем в РФ остро стоит необходимость реформирования системы медицинского страхования.

Во-первых, необходимо создание единого фонда здравоохранения, который работает непосредственно со СМО.

Во-вторых, необходимо ввести институт социальной ответственности населения и работодателей за уровень здравоохранения в РФ с увеличением

доли отчислений на ОМС до 10,2 %, где одну половину взносов сносит работодатель, а другую работающий. Уменьшение процента неофициальных зарплат наряду с увеличением взносов способствовало бы нормальному финансированию здравоохранения. Далее для завершения перехода на страховые принципы финансирования здравоохранения необходимо также изменения размеров взносов на ОМС неработающего населения из бюджетов субъектов РФ.

В-третьих, в условиях достаточного финансирования здравоохранения, стало бы возможным слияние программ ОМС с ВМП, что способствовало бы улучшению качества оказания медицинской помощи и финансированию как небольших больниц, так и многопрофильных медицинских центров. Также в результате улучшенного финансирования появилась бы возможность лекарственного обеспечения.

Программа ДМС может развиваться как аналог частной медицинской страховки в Германии, либо как дополнение к ОМС. Также возможно использование программ ДМС в качестве субсидии государства малоимущим гражданам. В этом случае страховые компании стали бы мощными инвесторами в здравоохранение.

СМО должны принимать участие в организации и планировании медицинской помощи, управлении ее объемами, обеспечении ее качества. Для построения рациональной системы оплаты медицинской помощи требуется переход от ретроспективных к предварительным методам оплаты медицинской помощи.

На взгляд автора данной работы, основной проблемой системы медицинского страхования в РФ является ее недофинансирование, в результате чего существует кризисная экономика социального страхования, которая характеризуется недостаточным формированием ресурсов, неграмотным распределением и потреблением ресурсов. Институт социального страхования должен быть усовершенствован с возложением

ответственности как на население, так и на государство. Необходимо увеличение расходов на здравоохранение из общественных средств на первом этапе до 5–6 % от ВВП, а затем до 8-10 % от ВВП. Для достижения этих целей требуется достижение других макроэкономических целей на государственном уровне: увеличение доходов населения, увеличение страховых взносов, борьба с «черными зарплатами», снижение безработицы и стойкий рост ВВП.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
2. Леонтьев О. В., Назарова В. В. Комментарии и справочные материалы к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» / О. В. Леонтьев, В. В. Назарова. — Санкт-Петербург: СпецЛит, 2015. — 207 с.
3. Бондарь Ю. В. Развитие медицинского страхования в России [Электронный ресурс] // Известия БГУ, №3, 2007. — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/razvitie-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения: 29.03.2020).
4. Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-1 "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации".
5. These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care/ Lee J Miller and Wei Lu [Электронный ресурс] // Bloomberg. – 2018. – URL: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top> (дата обращения 29.03.2020).
6. Конституция РФ по состоянию на 2019 г.
7. Норт Д. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики\ Пер. с англ. А. Н. Нестеренко; предисл. и науч. ред. Б.З. Мильнера. — М.: Фонд экономической книги “Начала”, 1997. — 180 с.
8. Роик В. Д. Социальное страхование: учебник и практикум для академического бакалавриата [Электронный ресурс] / В. Д. Роик. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 418 с. — URL: <https://urait.ru/bcode/432888> (дата обращения: 17.05.2020).

9. Налоговый кодекс Российской Федерации. Части первая и вторая [Электронный ресурс] / Федеральная налоговая служба России: официальный сайт. – Режим доступа: <http://nalog.garant.ru/fns/nk/>, вход свободный.

10. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. – Режим доступа: <http://www.ffoms.ru/>, свободный.

11. Федеральный закон от 28 ноября 2018 г. № 433-ФЗ “О бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов” [Электронный ресурс] // URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_312087/ (дата обращения: 10.04.2020).

12. Улыбина Л. К., Васильченко Е. И, Уревская А. Д. Исследование современного состояния системы медицинского страхования в России [Электронный ресурс] // Вестник науки и образования. 2018. №6 (42). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-sovremennogo-sostoyaniya-sistemy-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения: 10.04.2020).

13. Галимова И. В. Состояние и тенденции развития медицинского страхования в России [Электронный ресурс] // Экономика нового мира. 2019. №3 (15). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sostoyanie-i-tendentsii-razvitiya-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения: 10.04.2020).

14. Правительство РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://government.ru/>, свободный.

15. Финмаркет [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.finmarket.ru/>, свободный.

16. Федеральный закон от 30 декабря 2015 г. № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [Электронный ресурс] // URL:

http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_191478/ (дата обращения: 10.04.2020).

17. Улумбекова Г. Э., Калашникова А. В. Факты о бюджете здравоохранения РФ на 2018-2020 гг. [Электронный ресурс] // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2017. №4 (10). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fakty-o-byudzhete-zdravoohraneniya-rf-na-2018-2020-gg> (дата обращения: 25.04.2020).

18. Решетников, А. В. Экономика и управление в здравоохранении: учебник и практикум для вузов / А. В. Решетников, Н. Г. Шамшурина, В. И. Шамшурин; под общей редакцией А. В. Решетникова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2019. — 328 с. — Текст: электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/429870> (дата обращения: 24.04.2020).

19. Улумбекова Г. Э., Калашникова А. В. Подходы к формированию концепции национальной лекарственной политики. Часть 1. Анализ рынка лекарственных препаратов в РФ [Электронный ресурс] // ОРГЗДРАВ: Новости. Мнения. Обучение. Вестник ВШОУЗ. 2018. №4 (14). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-formirovaniyu-kontseptsii-natsionalnoy-lekarstvennoy-politiki-chast-1-analiz-rynka-lekarstvennyh-preparatov-v-rf> (дата обращения: 26.04.2020).

20. Овод А.И. Финансирование системы лекарственного обеспечения Российской Федерации [Электронный ресурс] // Иннов. электронный научный журнал. 2017. №4 (33). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-sistemy-lekarstvennogo-obespecheniya-rossiyskoj-federatsii> (дата обращения: 26.04.2020).

21. Гончарова О., Жаров В. Крепкая решка: как и в чью пользу Минздрав распределил госзаказ на ВМП в 2019 году [Электронный ресурс] //

VADEMECUM, 2017. — URL: https://vademec.ru/article/krepkaya_reshka/ (дата обращения: 26.04.2020).

22. Шубина Д., Добровольский Т., Юрасов Ф. Как операторы высокотехнологичной медпомощи борются за пациентов и деньги [Электронный ресурс] // VADEMECUM, 2017. — URL: https://vademec.ru/article/glubinnaya_pompa/ (дата обращения: 26.04.2020).

23. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.gks.ru/>, свободный.

24. Сусякова О. Н. Перспективы развития рынка добровольного медицинского страхования в России [Электронный ресурс] // Концепт. 2018. №9 — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perspektivy-razvitiya-rynka-dobrovolnogo-meditsinskogo-strahovaniya-v-rossii> (дата обращения: 10.04.2020).

25. Банк России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.cbr.ru/>, свободный.

26. Страхование [Электронный ресурс] // Эксперт РА, 2019. — Режим доступа: https://raexpert.ru/rankingtable/insurance/insurance_2019/1.1.2.1.2, свободный.

27. Исследование рынка коммерческой медицины в России 2018-2019 годы [Электронный ресурс] // ЕУ. — URL: https://assets.ey.com/content/dam/ey-sites/ey-com/ru_ru/news/2020/03/ey_healthcare_research_2018-2019_24032020.pdf (дата обращения: 10.04.2020).

28. Архипов, А. П. Социальное страхование: учебник и практикум для вузов / А. П. Архипов. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2020. — 295 с. — Текст: электронный // ЭБС Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/447831> (дата обращения: 27.05.2020).

29. Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland: Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Bern: Hogrefe, 6. Aufl. 2017.

30. Statistisches Bundesamt [Электронный ресурс]. URL: https://www.destatis.de/DE/Home/_inhalt.html (дата обращения 10.04.2020).

31. Busse R et al. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition [Электронный ресурс] // Lancet, 2017. – URL: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31280-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31280-1/fulltext) (дата обращения 10.04.2020).

32. Busse R et al. Germany: Health system review [Электронный ресурс] // Health Syst Transit, 2018. – URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1 (дата обращения 10.04.2020).

33. Health system performance: quality, costs, accessibility, equity and reform [Электронный ресурс]. – URL: <https://gateway.euro.who.int/en/themes/health-system-performance-quality-costs-accessibility-equity-and-refor> (дата обращения 12.04.2020).

34. State of Health in the EU. Deutschland [Электронный ресурс] // Länderprofil Gesundheit, 2019. – URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_german.pdf (дата обращения: 12.04.2020).

35. Антропов В. В. Финансирование здравоохранения: европейский опыт и российская практика [Электронный ресурс] // Экономика. Налоги. Право. 2019, №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/finansirovanie-zdravoohraneniya-evropeyskiy-opyt-i-rossiyskaya-praktika> (дата обращения: 10.04.2020).

36. Татаринцов А. П. Подходы к оптимизации модели финансирования и организации здравоохранения в Российской Федерации [Электронный ресурс] // Медицинские технологии. Оценка и выбор. 2015, №2 (20). – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/podhody-k-optimizatsii-modeli-finansirovaniya-i->

organizatsii-zdravoohraneniya-v-rossiyskoy-federatsii (дата обращения: 18.04.2020).

37. Взгляд на перспективы развития рынка частных медицинских услуг в РФ в 2017-2019 гг. [Электронный ресурс] // КПМГ, 2020 – URL: <https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/ru/pdf/2017/03/ru-ru-research-on-development-of-the-private-medical-services-market-v1.pdf> (дата обращения: 18.04.2020).

38. Панова Л. В. Доступность медицинской помощи: Россия в европейском контексте [Электронный ресурс] // ЖИСП. 2019 №2. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dostupnost-meditsinskoy-pomoschi-rossiya-v-evropeyskom-kontekste> (дата обращения: 10.04.2020).

39. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / под ред. И.М. Шеймана, С. В. Шишкина. — М.: Издательский дом «Дело» РАНХиГС, 2015. — 232 с.

40. Петрова Е. Россияне выстроились за конвертами [Электронный ресурс] // ГАЗЕТА.RU, 2017 – URL: <https://www.gazeta.ru/business/2017/08/23/10854458.shtml> (дата обращения: 10.05.2020).

41. Сайт компании ООО «СМП - Страхование» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <https://www.smpins.ru/>, свободный.

42. Три кита. Почему ESG-инвестиции стремительно захватывают мир [Электронный ресурс] // Журнал ТКБ Инвестмент Партнерс, 2019 – URL: <https://journal.tkbip.ru/2019/04/10/esg-2/> (дата обращения: 24.05.2020).

43. СТО ТПУ 2.5.01–2006. Система образовательных стандартов. Работы выпускные, квалификационные, проекты и работы курсовые. Структура и правила оформления [Электронный ресурс] / ТПУ. – Режим доступа: <http://portal.tpu.ru/departments/head/methodic/standart>, свободный.

Приложение А

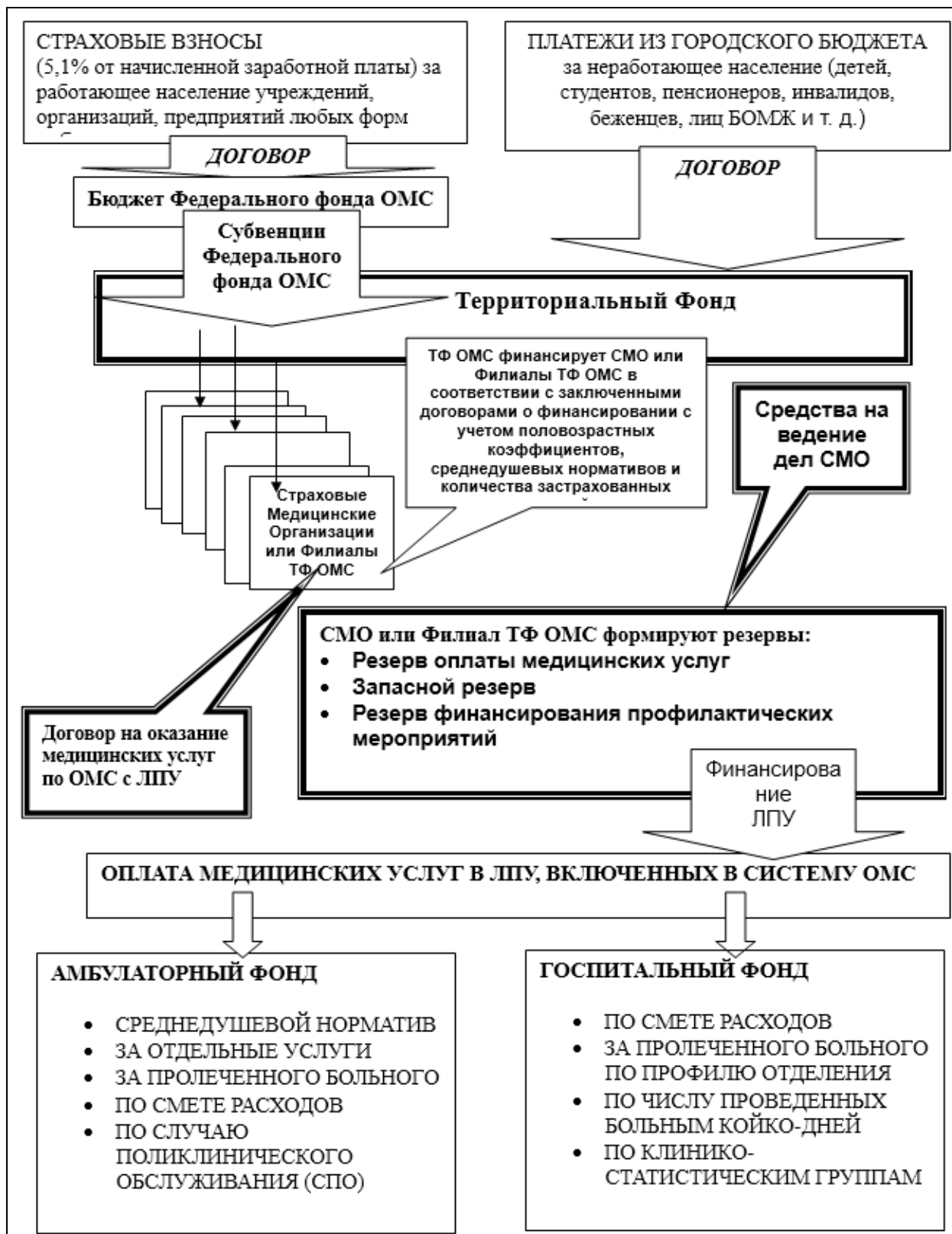
(Справочное)

Страховые взносы в 2020 году с пониженными тарифами согласно НК РФ

Условия, при которых используется пониженная ставка	Тарифы на медицинское страхование, %
Юридические лица, участвующие в проекте «Сколково»	0
Юрлица и ИП на УСН, занимающиеся определенными видами деятельности, при доходе за календарный год менее 79 миллионов рублей	0
Юрлица и ИП на ЕНВД, осуществляющие фармацевтическую деятельность	0
Благотворительные организации на УСН	0
Некоммерческие организации на УСН, занимающиеся научными изысканиями, образованием, организацией массового спорта, действующие в области культуры, искусства, здравоохранения (кроме ГУ и МУ)	0
Юрлица и ИП, имеющие статус резидентов порта Владивосток, территории опережающего социально-экономического развития	0,1
IT-компании	4
Субъекты, работающие на патентной системе налогообложения, за исключением занятых сдачей помещений в аренду и в сфере общепита	0
Субъекты, занимающиеся технико-внедренческой деятельностью	4
Партнерства и хозяйственные общества, применяющие на практике результаты интеллектуальной деятельности, созданные бюджетными образовательными организациями, являющимися их участниками	2
Субъекты, занимающиеся туристско-рекреационной деятельностью	2

Приложение Б
(Обязательное)

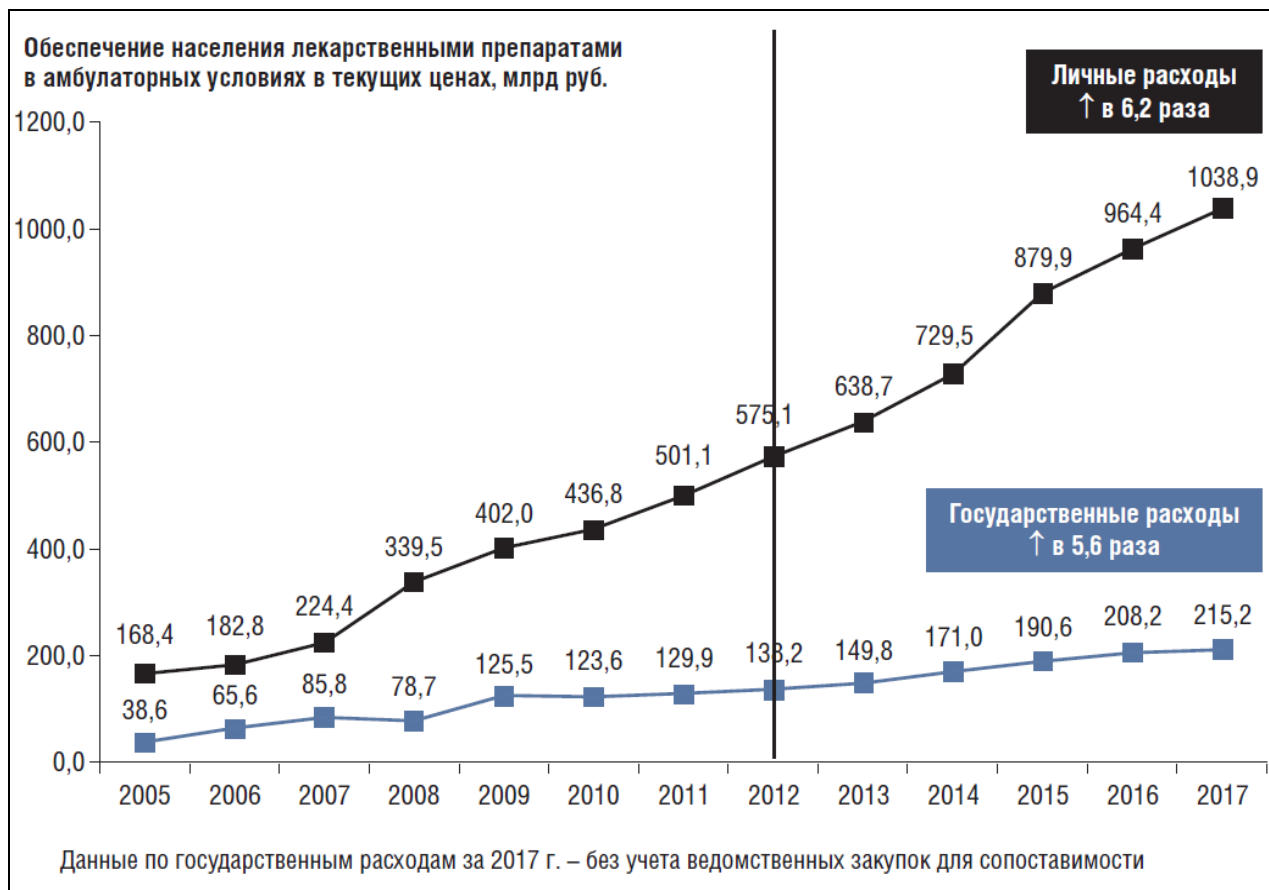
Общая схема организации и финансирования ОМС в РФ



Приложение В

(Справочное)

Динамика расходов на лекарственные препараты в амбулаторных условиях в текущих ценах в 2005-2017 гг.



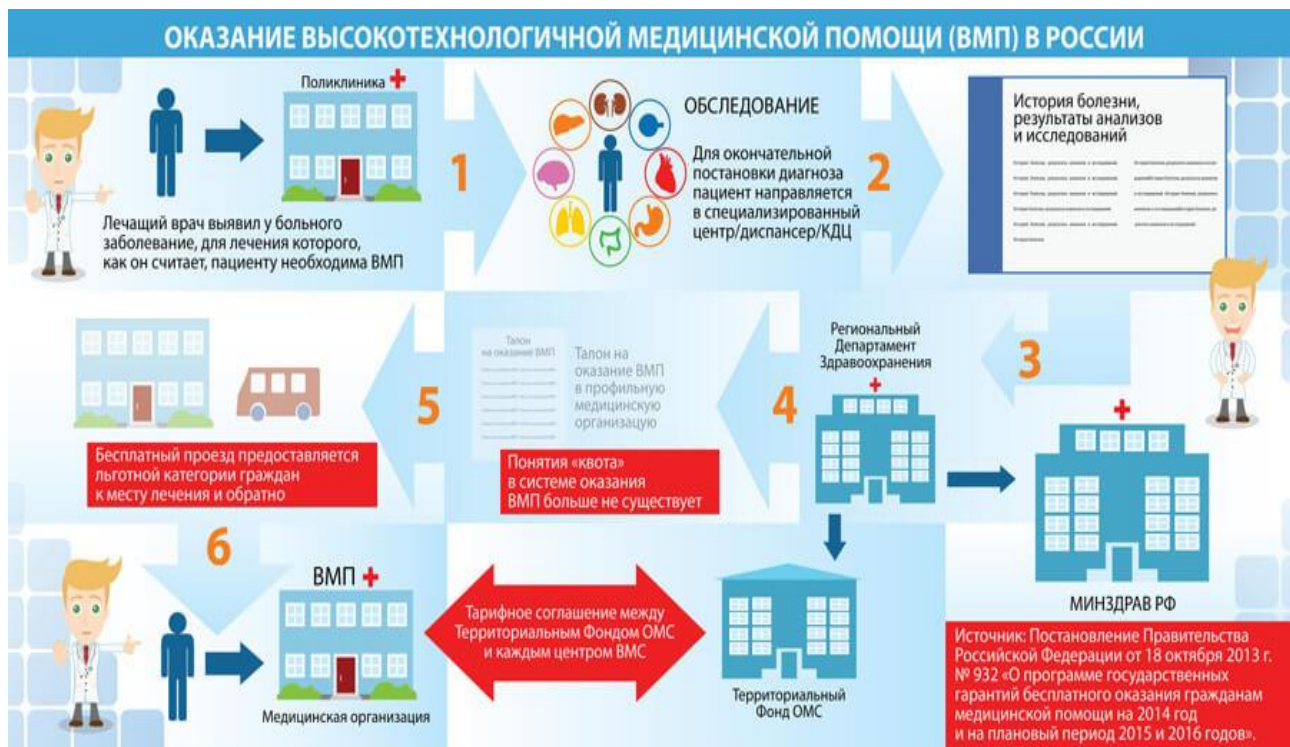
Приложение Г
(Справочное)

Распределение квот ВМП по профилям в 2018-2019 гг.

№	НАПРАВЛЕНИЕ	2019		2018		ДИНАМИКА, %	
		КВОТЫ	СТОИМОСТЬ, МЛН РУБЛЕЙ	КВОТЫ	СТОИМОСТЬ, МЛН РУБЛЕЙ	КВОТЫ	СТОИМОСТЬ
1	Сердечно-сосудистая хирургия	69 014	25 329	88 924	27 862	-22	-9
2	Онкология	58 880	16 737	62 424	17 170	-6	-3
3	Травматология и ортопедия	57 581	11 753	62 180	12 085	-7	-3
4	Нейрохирургия	26 953	10 233	27 437	9 997	-2	2
5	Педиатрия	22 381	4 045	23 998	4 134	-7	-2
6	Офтальмология	20 750	2 702	21 206	2 629	-2	3
7	Урология	6 365	886	6 635	880	-4	1
8	Акушерство и гинекология	5 723	1 097	5 609	1 028	2	7
9	Оториноларингология	4 459	1 887	4 508	1 836	-1	3
10	Эндокринология	4 318	549	4 282	504	1	9
11	Челюстно-лицевая хирургия	3 829	687	4 191	716	-9	-4
12	Торакальная хирургия	3 074	585	3 210	582	-4	1
13	Трансплантация	2 509	4 717	2 539	4 727	-1	0
14	Абдоминальная хирургия	1 613	322	1 854	353	-13	-9
15	Гематология	1 226	510	1 550	585	-21	-13
16	Комбустиология	554	65	473	52	17	23
17	Детская хирургия в период новорожденности	221	78	221	74	0	5

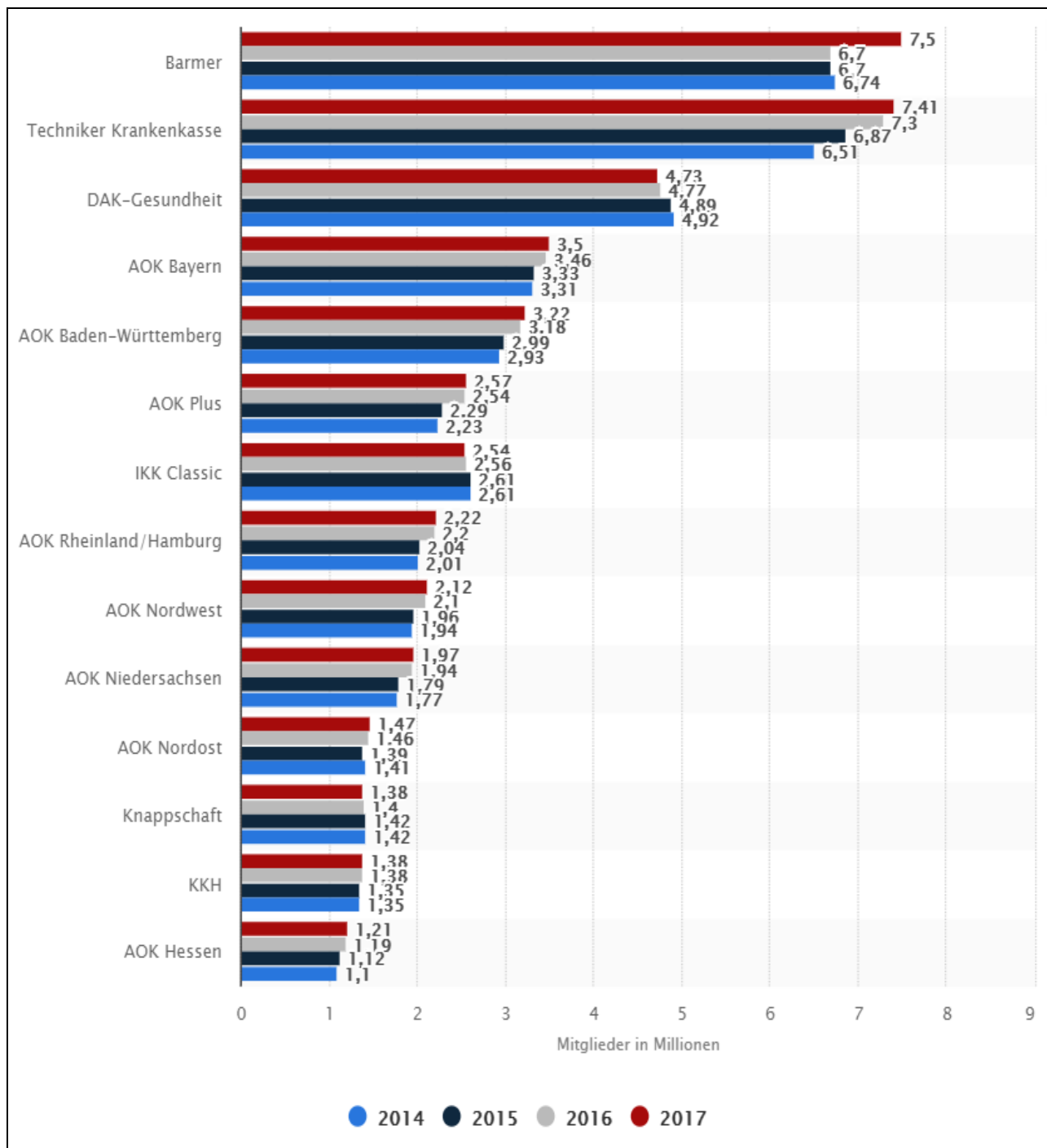
Приложение Д (Рекомендуемое)

Процесс получения ВМП для пациента в РФ



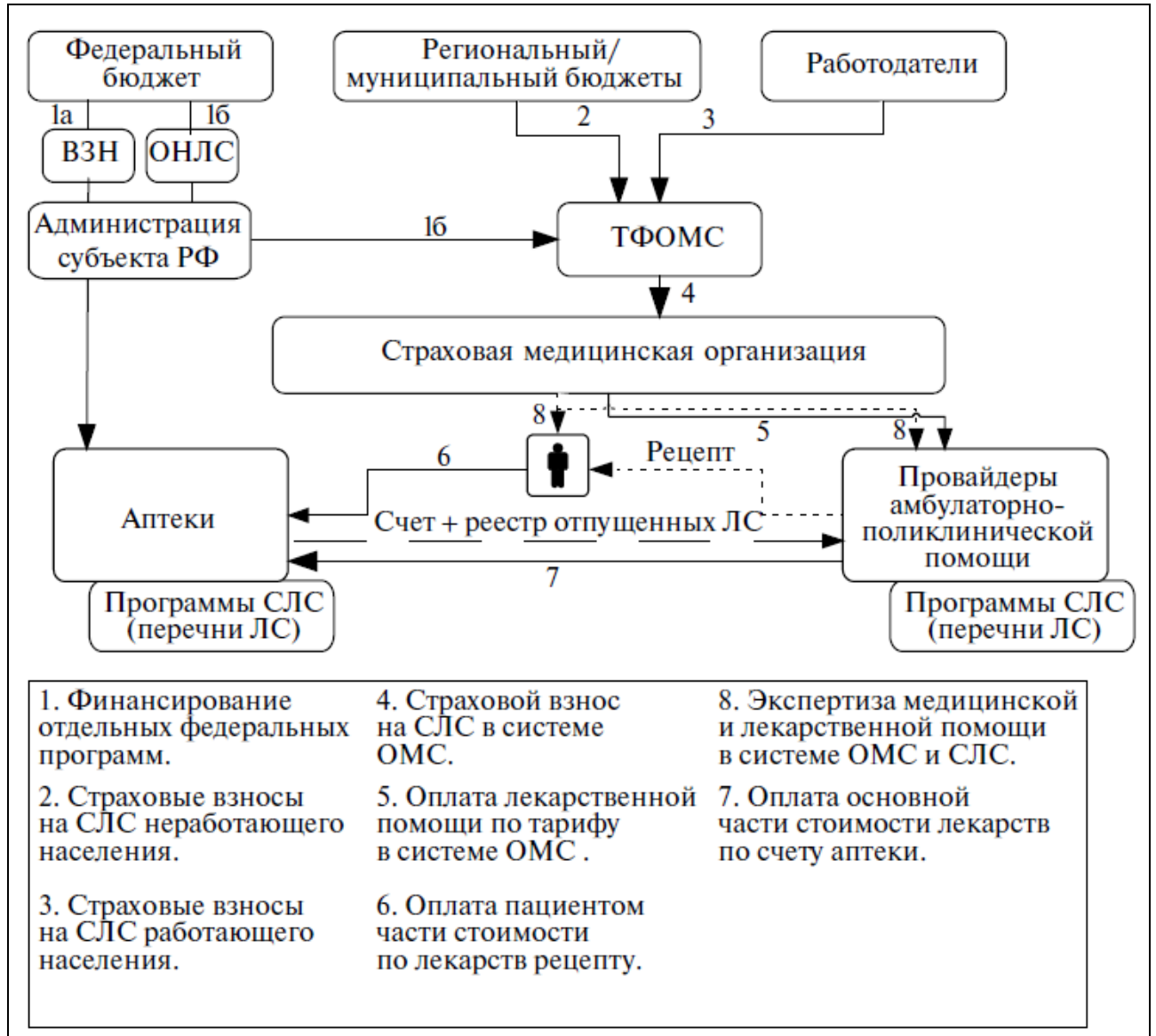
Приложение Е
(Справочное)

Крупнейшие по доле рынка страховые компании Германии в 2014-2017 гг., млн чел.



Приложение Ж
(Рекомендуемое)

**Предлагаемая модель социального лекарственного страхования,
дополняющего систему ОМС**



Приложение И (Обязательное)

Отчет о проверке ВКР на плагиат



Отчет о проверке на заимствования №1



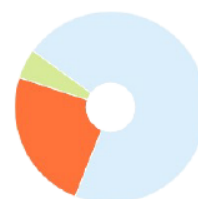
Автор: Кузьмин Борис Николаевич
Проверяющий: ApiCorp (support@tpu.ru / ID: 4)
Организация: Томский политехнический университет
Отчет предоставлен сервисом «Антиплагиат» - <http://tpu.antiplagiat.ru>

ИНФОРМАЦИЯ О ДОКУМЕНТЕ

№ документа: 736847
Начало загрузки: 30.05.2020 14:04:02
Длительность загрузки: 00:00:09
Имя исходного файла: Неизвестно
Название документа: TPU905020.docx
Размер текста: 1 кБ
Символов в тексте: 69581
Слов в тексте: 7977
Число предложений: 351

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТЧЕТЕ

Последний готовый отчет (ред.)
Начало проверки: 30.05.2020 14:04:11
Длительность проверки: 00:00:26
Комментарии: не указано
Модули поиска: Модуль поиска ИПС "Адилет", Модуль выделения библиографических записей, Сводная коллекция ЭБС, Коллекция РГБ, Цитирование, Модуль поиска переводных заимствований, Модуль поиска переводных заимствований по eLibrary (EnRu), Модуль поиска переводных заимствований по интернет (EnRu), Модуль поиска переводных заимствований по Wiley (RuEn), Коллекция eLIBRARY.RU, Коллекция ГАРАНТ, Модуль поиска Интернет, Коллекция Медицина, Модуль поиска перефразирований eLIBRARY.RU, Модуль поиска перефразирований Интернет, Коллекция Патенты, Модуль поиска общепотребительных выражений, Модуль поиска "ТПУ", Кольцо вузов, Коллекция Wiley



ЗАИМСТВОВАНИЯ
23,89%

САМОЦИТИРОВАНИЯ
0%

ЦИТИРОВАНИЯ
4,75%

ОРИГИНАЛЬНОСТЬ
71,36%