

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет
«Экономика и управление»

Кафедра
«Государственное управление и
социология региона»

Направление подготовки

38.03.04
Государственное и муниципальное
управление

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА
на тему

**«Совершенствование системы медицинского страхования в
Российской Федерации»**

Студент гр.133ЭГ31

Е.А. Чернышева

Руководитель
д.с.н., профессор

В.П. Воробьев

Нормоконтролер
к.с.н., доцент

И.А. Мурзина

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № _____)

Заведующий кафедрой _____ С.И. Неделько

Работа защищена с оценкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ № _____)

Секретарь ГЭК _____ И.А. Мурзина

ПЕНЗА 2017

Содержание

Введение.....	3
1 Основы функционирования системы медицинского страхования Российской Федерации.....	8
1.1 Становление системы медицинского страхования России.....	8
1.2 Понятие, задачи и цели правового регулирования медицинского страхования.....	14
2 Анализ и динамика развития современной системы медицинского страхования России.....	25
2.1 Развитие обязательного медицинского страхования как одного из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения.....	25
2.2 Добровольное медицинское страхование в России: на пути к здоровому рынку.....	37
3 Проблемы системы медицинского страхования России и возможные пути их решения.....	42
3.1 Актуальные проблемы функционирования системы медицинского страхования в России.....	42
3.2 "Пути совершенствованию системы медицинского страхования в РФ	50
3.3 Первоочередные мероприятия по созданию условий для эффективной конкуренции на рынке медицинского страхования.....	58
Заключение.....	69
Список использованных источников.....	72
Приложения.....	77

Введение

Страхование в России - это развивающаяся отрасль, опирающаяся на огромный, практически неосвоенный рынок, имеющий большое будущее. Составной частью сложившейся инфраструктуры страхования, являющегося, в свою очередь, частью макроэкономической системы государства, является медицинское страхование.

Медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по осуществлению страховых выплат (выплат страхового обеспечения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

Формирование системы социального страхования представляет собой комплексную проблему, решение которой будет зависеть от уровня экономического развития страны и ее социальной политики, от роли государства в экономике и его взаимоотношений с гражданами.

Личное страхование, так же как и имущественное, может осуществляться в форме обязательного и добровольного страхования.

В обязательном порядке страхуется жизнь и здоровье военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел РФ, государственной противопожарной службы, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы.

В настоящее время российский рынок медицинского страхования претерпевает значительные изменения. Принятый 01 января 2011 года ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании (ОМС)», существенно изменил систему здравоохранения в стране: поменялась модель

финансирования ОМС; каждому гражданину предоставлено право выбора лечебного учреждения и врача.

В то же время развитие и сам рынок добровольного медицинского страхования (ДМС) в условиях модернизации обязательного медицинского страхования оказался не обеспечен новым законом об ОМС.

В настоящий момент в Российской Федерации имеет место ситуация, когда государственные обязательства по оказанию населению бесплатной медицинской помощи необходимого объема и качества не обеспечены в полной мере финансовыми ресурсами. Имеется возможность получения более широкого спектра качественных медицинских услуг, как напрямую в лечебно-профилактических учреждениях, так и через систему добровольного медицинского страхования.

В современных условиях добровольное медицинское страхование служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами. Однако вопрос о рациональном соотношении ОМС и ДМС на сегодняшний момент является не разработанным. Развитие ДМС дает значительные возможности для совершенствования здравоохранения, выступая по своей сути цивилизованной формой развития российской системы медицинского страхования. Так как, финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата, то это обстоятельство открывает широкие перспективы для развития ДМС.

Система добровольного медицинского страхования в России еще окончательно не сформировалась, что обусловлено не только внутренними факторами её развития, но и является прямым следствием макроэкономических процессов. Обусловлено это, с одной стороны, вовлечением в систему ДМС большого числа субъектов рынка, заинтересованных в ее интенсивном развитии, и, с другой стороны, отсутствием готового механизма для преодоления ряда социальных, экономических и законодательных ограничений, не позволяющих системе перейти на следующий этап развития.

В этой связи всесторонний анализ особенностей медицинского страхования в современных условиях с целью выявления его тенденций и перспектив развития, а также разработка методов совершенствования деятельности страховщиков является актуальным направлением современной науки.

В российской действительности процесс сочетания обязательного (ОМС) и добровольного (ДМС) медицинского страхования происходит в значительной степени стихийно.

В настоящее время нет опубликованных научных работ, посвященных комплексному изучению проблем регулирования обязательного медицинского страхования и поиску путей их решения для дальнейшей оптимизации системы медицинского страхования. Проведение такого исследования и является целью настоящей бакалаврской работы.

Цель и основные задачи исследования. Цель работы состоит в обосновании предложений по модификации существующей модели медицинского страхования, отвечающей современным рыночным требованиям развития в стране.

Реализация цели потребовала решения следующих задач:

- систематизировать концептуальные подходы к понятию медицинского страхования, проанализировать существующие трактовки и уточнить трактовку понятия медицинского страхования;
- изучить отличительные особенности обязательного и добровольного медицинского страхования в российской системе здравоохранения;
- проанализировать динамику рынка медицинского страхования и систематизировать основные факторы, влияющие на развитие рынка медицинского страхования Российской Федерации на современном этапе;
- исследовать существующие модели ДМС и ОМС на российском рынке медицинского страхования и определить возможность их развития;

— определить основные направления развития рынка добровольного медицинского страхования и выработать комплекс предложений по совершенствованию организации и оптимизации функционирования системы медицинского страхования.

Объектом исследования является система медицинского страхования Российской Федерации.

Предмет исследования составляют экономические и юридические отношения, возникающие в процессе взаимодействия субъектов системы медицинского страхования.

Теоретическую основу бакалаврской работы составили работы отечественных и зарубежных авторов по вопросам добровольного медицинского страхования, а также материалы дискуссий, научно-практических конференций, многочисленные теоретические труды, публицистические материалы и информация официальных сайтов органов государственной власти Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сети Интернет.

Методологическую основу составляют различные методы научного познания, используемые в исследовании как теоретических, так и практических вопросов. В работе использованы такие методы познания, как сравнение и обобщение, анализ и синтез, определение общего и частного. Наряду с основными общенаучными методами исследования использованы и такие частнонаучные методы, как статистический, системно-структурный, сравнительно-правовой, обобщение экономических и статистических данных.

Научной базой исследования явились труды ученых, внесших вклад в правовую и экономическую науки. Большое значение при написании настоящей работы имели труды Н.Г. Александрова, В. С. Андреева, К.С. Батыгина, С.Н. Братуся, Н.А. Вигдорчика, Ж.А. Горбачевой, К.Н. Гусова, А.И. Денисова, В.М. Дурденевского, Л.В. Забелина, М.Л. Захарова, Р.И. Ивановой, Р.З. Лившица, М.Н. Марченко, Е.Е. Мачульской, В.Г. Павлюченко, В.Д. Ройка, В.А. Тарасовой, Э.Г. Тучковой, М.Ю. Федоровой, В.Ш. Шайхатдинова и др.

Эмпирическую основу исследования составили Конституция РФ, Основы законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации, Гражданский, Трудовой, Налоговый, Бюджетный кодексы РФ, федеральные законы, акты Президента и Правительства РФ, ведомственные нормативные акты.

Научная новизна работы предопределена тем, что она является первым комплексным исследованием большого круга теоретических и практических проблем регулирования медицинского страхования в России, как части системы социального страхования.

1 Основы функционирования системы медицинского страхования Российской Федерации

1.1 Становление системы медицинского страхования России

В литературе достаточно подробно освещены положительные и отрицательные стороны внедрения новых хозяйственных механизмов здравоохранения. Представляется, что в целом сделанные в этом направлении шаги были правильными, однако резкая смена приоритетов в концептуальном развитии страны, переход на рыночные рельсы, принятие закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в значительной степени усложнили обстановку и потребовали новых подходов к дальнейшему развитию всей системы охраны здоровья населения.

В связи с этим в последнее время появилось значительное количество публикаций, в которых анализируется в основном необходимость перехода к медицинскому страхованию. Медицинское страхование, как отмечают многие авторы, в широком смысле - это новые экономические отношения в здравоохранении в условиях рынка, то есть создание такой системы охраны здоровья и социального обеспечения, которая реально гарантировала бы всем жителям Российской Федерации свободно доступную квалифицированную медицинскую помощь, независимо от их социального положения.

Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

1 этап. С марта 1861 по июнь 1903 года

В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах - вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по

временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2-3 процентов заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.[15, с. 362]

2 этап. С июня 1903 - по июнь 1912 года

Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел принятый в 1903 г. Закон "О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности". По данному Закону работодатель несет ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждение потерпевшим или членам их семей в виде пособий и пенсий.

3 этап. С июня 1912 по июль 1917 года

В 1912 г. III Государственной Думой было сделано немало для социального обновления страны, в том числе 23.06.1912 г. был принят Закон о страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев. В декабре 1912 г. был учрежден Совет по делам страхования. В январе 1913 г. в Москве и Санкт-Петербурге открылись Присутствия по делам страхования. С июня-июля 1913 г. были созданы больничные кассы на многих территориях Российской Империи. В январе 1914 г. начали появляться страховые товарищества по обеспечению рабочих при несчастных случаях. По Закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.

Амбулаторное лечение.

Родовспоможение.

Больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

4 этап. С июля 1917 по октябрь 1917 года

После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского страхования (Новелла от 25.07.1917 г), включающие следующие основные концептуальные положения:

Расширение круга застрахованных, но не на все категории работающих (поскольку одномоментно это технически было сделать невозможно, были выделены категории застрахованных).

Предоставление права больничным кассам объединяться, при необходимости, в общие кассы без согласия предпринимателей и Страхового присутствия (окружные, общегородские больничные кассы).

Повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек.

Полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей.

Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьёзно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

5 этап. С октября 1917 по ноябрь 1921 года

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России \"полного социального страхования\". Основные положения Декларации были следующие:

- распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту;
- распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы);
- возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство;
- возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы.

Проводимые Советским Правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации. Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10 1918 г., которым было утверждено "Положение о социальном обеспечении трудящихся". В новом Положении термин "страхование" был заменен на термин "обеспечение". Это соответствовало концепции Советского Правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала "социалистической" и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. Содержание Декрета от 31.10 1918 г. полностью этому соответствовало. 19.02.1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет "О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения", в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах. Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д. [25, с. 194]

6 этап. С ноября 1921 по 1929 год

С 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика, и Правительство вновь обратилось к элементам страховой медицины, о чем свидетельствуют постановления Совета Народных Комиссаров и ВЦИК за период с 1921 по 1929 г. 15.11.1921 г. издается Декрет "О социальном страховании лиц, занятых наемным трудом", в соответствии с которым вновь вводится социальное страхование, распространяющееся на все случаи временной и стойкой утраты трудоспособности. Для организации социального страхования на случай болезни были установлены страховые взносы, ставки которых определялись Советом Народных Комиссаров и дифференцировались в зависимости от числа занятых на предприятии лиц и условий труда. Впервые этим Декретом устанавливался порядок взимания взносов, при этом основными сборщиками стали комиссии по охране труда и социального обеспечения.

7 этап. С 1929 по июнь 1991 года

Этот этап можно охарактеризовать как период государственного здравоохранения, в течение которого в силу объективной политической и экономической ситуации сформировался остаточный принцип финансирования системы охраны здоровья.

8 этап. С июня 1991 года по настоящее время

И лишь с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" 28 июня 1991 г. можно начать говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране. Данный закон утратил силу в 2003 году в настоящее время действует Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (действующая редакция, 2016).

Наряду с обязательным медицинским страхованием существует другая форма – добровольное медицинское страхование, которая является дополнением к системе ОМС.

Добровольное медицинское страхование – это программа обеспечивающая получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх программ обязательного медицинского страхования, гарантированного государством. Страхователем могут выступать дееспособные физические лица без существенных проблем со здоровьем (инвалидность, серьезные хронические болезни), а также юридические лица, которые страхуют сотрудников своей организации.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. В качестве страхователей могут выступать физические лица и юридические лица, заключающие договоры медицинского страхования для своих сотрудников.

Здоровье - это самое дорогое, что у нас есть. Поэтому, чтобы защитить себя от непредвиденных расходов, связанных с недоброкачественными услугами, предоставляемыми государством, в рамках программы ОМС следует приобрести полис добровольного медицинского страхования.

Программа ДМС предусматривает ряд медицинских услуг, прописанных в договоре, учреждение, где вы можете получить эту медицинскую помощь, и сумму, на которую вы хотите застраховаться.

ДМС вновь появилось на российском рынке страховых услуг только в 1991 г.

Сначала рассмотрим развитие договоров ДМС и вносимые в них изменения.

В период 1991-1993 гг. основу ДМС составляли договора, предусматривающие:

- уплату страхователем страховой премии, включающей в себя стоимость гарантированного договором лечения, а также расходы на ведение дела;
- прикрепление застрахованного контингента к выбранному страхователем лечебному учреждению или учреждениям;
- оплату фактически оказанных в рамках программы услуг;

— возврат страхователю (застрахованным) неизрасходованного на оплату лечения страхового взноса.

В указанных договорах ответственность страховщика ограничивалась размером уплаченного взноса, иногда за минусом расходов на ведение дела. В силу специфики налогообложения договоры ДМС стали использоваться страхователями - юридическими лицами не столько для обеспечения застрахованным гарантий получения предусмотренной договором медицинской помощи, сколько в основном для выплат дополнительных средств своим сотрудникам через возврат неизрасходованного взноса.[32, с. 98]

В период с 1993 по 1994 г. появляются договора ДМС, предусматривающие предел ответственности страховщика по оплате застрахованным медицинских в размере страховой суммы, превышающей величину страхового взноса. Эти виды договоров появились в силу постепенного развития страхового рынка и в результате усиления требований в отношении соблюдения принципов страхования со стороны Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью. Данные виды страхования возврат страховых взносов уже не предусматривают, достаточно распространенными становятся варианты, предусматривающие страхование на предоставление медицинской помощи по моно полису в виде оказания услуг по госпитализации или разового оказания медицинской услуги. Однако размер страхового взноса зависит в большей степени от стоимости медицинской услуги и не отражает реальной стоимости риска.

Третий этап развития ДМС начался с 1995г., когда страховщикам было запрещено проводить операции ДМС по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату лечения части страхового взноса по окончании срока страхования. С этого момента становится актуальным вопрос о необходимости проведения медицинского страхования как одного из классических рисков видов страхования, позволяющего страховой компании брать на себя обязательства по предоставлению медицинской помощи без лимита.

1.2 Понятие, задачи и цели правового регулирования медицинского страхования

Одним из важных составляющих системы государственного социального обеспечения является медицинское страхование.

Медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты населения в области охраны здоровья [12, с. 195]. Оно нацелено на обеспечение гражданам возможности получения медицинской помощи за счет накопленных средств, финансирование профилактических мероприятий, обеспечение максимальной доступности медицинских услуг для широкого круга населения и, по возможности, полную компенсацию расходов страхователей [7, с. 98–99].

В большинстве стран с развитым платным здравоохранением медицинское страхование получило широкое распространение [9, с.14]. Услуги по страхованию в России развиваются поступательными темпами, но нормативно-правовая база, регулирующая соответствующие общественные отношения, не настолько широка [13, с. 47].

Фундаментом государственного регулирования охраны здоровья населения и медицинского страхования в России является, в первую очередь, Конституция Российской Федерации. Конкретно, статья 41 Конституции закрепляет право каждого гражданина на медицинскую помощь. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ (ред. от 30.12.2015, с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Федеральный закон от 24 июля 2009 года № 212-ФЗ (ред. от 29.12.2014) «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования» и Закон РФ от 27.11.1992 № 4015–1 (ред. от 28.11.2015, с изм. от 30.12.2015) «Об организации страхового дела в

Российской Федерации» в свою очередь закрепляют основные принципы и механизм медицинского страхования в России.

Сегодня в Российской Федерации существует два вида медицинского страхования: обязательное и добровольное [8, с. 23]. Большинство россиян имеют представление о том, что такое обязательное медицинское страхование (ОМС). В российской правовой науке под обязательным медицинским страхованием понимают гарантированный государством комплекс мер материального обеспечения граждан и членов их семей при болезни, а также мер по охране здоровья матерей с детьми и т. п. [11, с. 40]. Услуги по программе обязательного медицинского страхования предоставляются на основе полиса. В соответствии с пунктом 1 статьи 45 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», полис обязательного медицинского страхования является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой обязательного медицинского страхования.

В базовую программу ОМС, согласно пункту 6 статье 35 данного Федерального закона, включены первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь. То есть в рамках обязательного медицинского страхования можно получить минимальные гарантии предоставления медицинской помощи. Если же гражданин желает лично участвовать в формировании необходимой ему страховой программы, определять виды и объем медицинских услуг, он может стать участником добровольного медицинского страхования [7, с. 104].

Добровольное медицинское страхование проводится на базе договора, порядок заключения которого и общие условия устанавливаются страховой

компанией самостоятельно, но в рамках положений Закона РФ от 27.11.1992 № 4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Формирование средств ОМС, согласно статье 21 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», происходит в основном за счет страховых взносов на обязательное медицинское страхование, средств федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ. За счет средств обязательного медицинского страхования, формируемых страховыми взносами, оплачивается предоставление первичной медико-санитарной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи, а также обеспечение необходимыми лекарственными препаратами, в случаях, предусмотренных законодательством [11, с. 116].

За счет бюджетных ассигнований федерального бюджета предоставляется специализированная и высокотехнологичная медицинская помощь, оказываемая в федеральных медицинских учреждениях, и медицинская помощь, предусмотренная федеральными законами для определенных категорий граждан, и дополнительная медицинская помощь. Так же организуются дополнительные мероприятия по развитию профилактического направления медицинской помощи (диспансеризация, иммунизация граждан, ранняя диагностика отдельных заболеваний) [11, с. 117]. Внедрение системы ОМС расширяет права граждан на выбор лечебных учреждений и врача, позволяет более эффективно использовать средства здравоохранения [10, с. 72]. Но, несмотря на это, в настоящее время система ОМС сталкивается с большим числом проблем, основными из которых являются недостаточный тариф страховых взносов; неполнота сборов страховых взносов с работодателей вследствие неплатежей, а также сокрытие доходов физических, юридических лиц; прямые и косвенные попытки изъятия средств ОМС (включение страховых взносов в систему федеральных налогов, изъятие средств фондов в бюджет или их консолидация в бюджеты); неудовлетворительная координация деятельности государственных внебюджетных фондов; задержка с принятием

профессиональных медицинских стандартов, порядка взаиморасчетов между субъектами РФ в системе ОМС.

Это мнение подтверждает мнение экспертов, считающих, что на протяжении 2015 года на страховом рынке России наблюдались негативные тенденции. В условиях неблагоприятной экономической обстановки рост рынка отставал от темпов инфляции, а по добровольным видам страхования наблюдалась даже отрицательная динамика.

По всем видам страхования в 2015 году было собрано 768,6 миллиарда рублей страховых премий, то есть эта цифра увеличилась на всего 3,6 % по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года, а выплаты составили 364,2 миллиарда рублей, увеличившись на 9,3 %.

В рамках добровольного страхования наблюдалось сокращение собранных страховыми компаниями премий на 3,6 % до 587,3 миллиарда рублей, при этом выплаты выросли на 3,3 % и составили 264,3 миллиарда рублей [6]. Данный факт можно подтвердить и частным примером. Так, в Республике Мордовия основным поставщиком страховых услуг является Мордовский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед». По итогам 2014 года объем поступивших средств в распоряжение компании по ОМС составил 130,6 млрд. рублей. При этом страховые выплаты составили 123,1 млрд. рублей. Для сравнения, в 2013 году было собрано 52,24 млрд. рублей, а выплаты произведены на сумму 67,82 млрд. рублей.

Эти и другие проблемы ставят вопрос о целесообразности реформирования финансовой системы здравоохранения [10, с. 154]. Вопрос реформирования системы обязательного медицинского страхования изучался специалистами на протяжении долгого времени. Сравнительная характеристика ОМС и ДМС представлена в приложении «А».

Таким образом, здоровье каждого человека и общества в целом зависит от качества медицинских услуг, которое в немалой степени определяется условиями финансирования здравоохранения. Обязательное медицинское страхование затрагивает самую чувствительную сферу социальных интересов

общества — здоровье нации. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья.

Проводимая в России реформа здравоохранения, введение обязательного медицинского страхования предполагает структурную, инвестиционную перестройку отрасли, направленную на повышение экономической и клинической эффективности ее функционирования, улучшения качества оказания медицинской помощи и обеспечение конституционных прав населения РФ на гарантированный государством объем медицинской помощи.

.

2 Анализ и динамика развития современной системы медицинского страхования России

2.1 Развитие обязательного медицинского страхования как одного из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения

Обязательное медицинское страхование – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. Обязательное (социальное) страхование возникло 110 лет назад в Германии и теперь во многих странах составляет основу финансирования здравоохранения. Обязательная форма медицинского страхования используется, как правило, в тех странах, где большое значение имеет общественная охрана здоровья. Выбор формы медицинского страхования зависит от особенностей развития охраны здоровья и страны в целом. Принцип обязательного медицинского страхования преобладает во Франции, Канаде, Германии, Нидерландах.

В России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для взносов на ОМС. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.[16, с. 59]

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, которая гарантирует гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств, и финансировать профилактические

мероприятия, установленных Федеральным законом, в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине – это дополнительный источник финансирования медицинских затрат. При медицинском страховании интересом застрахованного лица выступает возможность компенсации затрат на медицинское обслуживание за счет денежных средств страховой компании.

Перед системой ОМС стоят три основные задачи:

- ☐ Обеспечение равных возможностей получения медицинской помощи для всех жителей территории РФ;
- ☐ Обеспечение финансовой устойчивости;
- ☐ Полный охват страхованием населения Российской Федерации.

По общемировым стандартам медицинское страхование покрывает две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием:

- ☐ затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу;
- ☐ потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

Страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние застрахованного лица от внезапно возникающих расходов.

Как всякая система, страховая медицина должна быть основана на определенных принципах. К важнейшим следует отнести следующие:

- ☐ Медицинскому страхованию подлежит все население: работающие и неработающие.[11, с. 217] Охват застрахованных лиц должен быть всесторонним и универсальным, включающим профилактику, лечение, реабилитацию.

- ☐ Всем застрахованным по данной программе должна быть обеспечена равная медицинская помощь самого высокого уровня. Это означает, что каждый вид медицинской помощи должен быть оказан на основании

медико-экономических стандартов, включающих определенный объем и качество медицинских услуг. Все, что выходит за рамки программы, должно дополнительно оплачиваться самим пациентом при предварительном его уведомлении.

□ Система обязательного медицинского страхования базируется на безвозвратной основе. Застрахованный и имеющий страховой полис гражданин имеет право получить медицинскую помощь на любой территории страны, независимо от места проживания, а также выбора лечебного учреждения и лечащего врача (в пределах лечебных учреждений, с которыми страховая компания заключила договор).

□ Каждый гражданин имеет право на добровольное медицинское страхование, даже на такие медицинские услуги, которые выходят за пределы установленного минимума.

□ Страховая медицина – это медицина, не признающая дефицитов. Больному гарантируется предоставление высококвалифицированной медицинской помощи.

□ Страховая медицина требует высокой медицинской культуры и профессионализма. Каждый врач должен пройти лицензирование и получить разрешение на определенный вид деятельности.

Услуги по страхованию в России развиваются поступательными темпами. Большинство россиян уже знают, что такое ОМС, и являются владельцами медицинского полиса. При этом далеко не все располагают полной информацией о добровольном медицинском страховании и его преимуществах. Оба эти вида при кажущемся сходстве имеют массу различий.

Как и в любом предмете экономического исследования, в страховании, в том числе и в медицинском, имеют место объекты и субъекты.

В качестве субъектов медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение.

Страховщик – это специальная организация (государственная или негосударственная), ведающая созданием и использованием денежного фонда. В медицинском страховании – это страховые медицинские организации – юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие право заниматься медицинским страхованием.

Страхователь – юридическое или физическое лицо, вносящее в названный фонд установленные платежи. В добровольном и обязательном медицинском страховании страхователи отличаются. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются: для неработающего населения – органы государственного управления республик, краев, областей, городов, местная администрация; для работающего населения – предприятия, учреждения, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью. Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или предприятия и организации, представляющие интересы граждан.[23, с. 294]

Медицинскими учреждениями в системе страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом обязательного медицинского страхования являются медицинские услуги, предусмотренные программами ОМС. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

Каждому застрахованному или страхователю в порядке, установленном договором ОМС, страховой медицинской организацией выдается страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования. На территории РФ действует страховой полис обязательного медицинского страхования единого образца.

Страховой полис – это документ, гарантирующий человеку предоставление медицинской помощи в рамках ОМС или ДМС. Если человек по какой-либо причине не может получить полис лично, он может быть получен другим лицом по доверенности, заверенной по месту жительства. При утере полиса бесплатно выдается дубликат.

При получении полиса граждан обязаны ознакомить с программой ОМС, ее условиями, обязанностями страховых компаний, медицинских учреждений, их ответственностью, а также с правами и обязанностями граждан по сохранению и укреплению здоровья.

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты граждан в условиях перехода экономики страны к рыночным отношениям и призвано обеспечить доступную и бесплатную медицинскую помощь гарантированного объема и качества при рациональном использовании имеющихся ресурсов здравоохранения.

Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ.

Медицинское обслуживание в рамках ОМС предоставляется в соответствии с базовыми и территориальными программами обязательного медицинского страхования, разрабатываемыми на уровне Федерации в целом и в субъектах Федерации. Базовая программа ОМС граждан России содержит основные гарантии, предоставляемые в рамках ОМС.

Состав правления Федерального фонда ОМС утверждается органом законодательной власти Российской Федерации. Состав правления территориального фонда ОМС утверждается органом представительной власти территории. Председатель правления избирается членами правления Федерального (территориального) фондов обязательного медицинского страхования.

В составе правления Федерального (территориального) фондов обязательного медицинского страхования предусмотрено участие двух представителей страхователей.

Правление фонда обязательного медицинского страхования работает на общественных началах. Страхователи в составе правления фонда участвуют в определении направлений развития обязательного медицинского страхования на территории субъекта РФ и контролируют правильность использования средств ОМС.[21, с. 356]

Для сбора обязательных страховых взносов в системе ОМС созданы Федеральный и территориальный фонды обязательного медицинского страхования – Федеральный фонд ОМС (ФФОМС) и территориальный фонд ОМС (ТФОМС). Финансовые средства ФФОМС являются государственной собственностью. Страхователи передают взносы в ФФОМС и ТФОМС. ТФОМС передает средства в руки страховых медицинских организаций (СМО). СМО выплачивают медицинским учреждениям деньги за лечение граждан. Рисунок 1.



Рисунок 1 – Система обязательного медицинского страхования[18, с. 357]

Общеизвестно, что в Российской Федерации медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Путем

обязательной формы страхования обеспечивается минимум защиты имущественных интересов. При этом обязательное медицинское страхование дает право гражданину получать стандартную, гарантированную бесплатную медицинскую помощь. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, установленных государственными программами. Финансовая основа медицинского страхования поддерживается предоставлением за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно устанавливаемых условиях и в гарантированных размерах.

Теоретическим обоснованием сформировавшегося мнения служит определение того, что ОМС не может быть ни чем иным, как отраслью обязательного страхования. Такая теоретическая позиция была характерной при переходе отечественной экономики на рыночные условия хозяйствования.

В соответствии с законодательным подходом ОМС рассматривается как составная часть государственного социального страхования. Законодательством определяются правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования населения в Российской Федерации.

Законодательные позиции направлены на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в рыночных экономических условиях и должны обеспечивать конституционное право граждан Российской Федерации на медицинскую помощь.

В проектной законодательной инициативе ОМС представляется системой отношений, обеспечивающих защиту материального и социального положения застрахованных лиц и гарантирующих оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая. Последний определяется как событие, обуславливающее необходимость получения застрахованным лицом медицинской помощи, при наступлении которого страховщик обязуется

обеспечить ее предоставление и оплату в порядке и на условиях, определенных действующим законодательством.[10, с. 118]

Основная цель ОМС состоит в сборе и капитализации страховых взносов и предоставления за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. ОМС является частью государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием и страхованием по безработице. Необходимо отметить, что возмещение заработка, потерянного за время болезни осуществляется уже в рамках другой государственной системы – социального страхования и не является предметом ОМС.

В большинстве стран с развитым платным здравоохранением медицинское страхование получило широкое распространение. Основная его цель – максимальная доступность медицинских услуг для широкого круга населения и по возможности, полная компенсация расходов страхователей.

В теоретико-методологическом плане ОМС отвечает признакам государственности и институционального закрепления, социального назначения и функционирования соответствующего финансового механизма. Раскрытие содержания государственной значимости ОМС демонстрирует систему правовых, организационных и экономико-финансовых мероприятий, призванную в практической плоскости обеспечивать гарантии получения каждым гражданином медицинской помощи за счет страховых взносов. Государством обеспечивается единство основных положений порядка и условий проведения обязательного страхования, непосредственно направленного на защиту прав и свобод человека, гарантированных Конституцией Российской Федерации.

В составе финансовой политики государства разрабатывается инструментарий, и регламентируются источники функционирования ОМС. Государством контролируются договорные отношения, обеспечивающие всем гражданам равноценные возможности в получении медицинской помощи,

предоставляемой за счет страховых средств в объеме и на условиях соответствующих программ медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование допустимо рассматривать в двойном значении. Первоначально представление ОМС в качестве составного элемента государственной системы социальной защиты граждан. Аналогично с пенсионным и социальным страхованием. Последовательно ОМС – это финансовый механизм обеспечения здравоохранения, функционирующий в дополнение к бюджетным ассигнованиям и денежным средствам, полученным по платным медицинским услугам.

Основополагающим принципом следует признать законодательно обоснованный и обязательный характер. Как форма обязательного страхования ОМС действует через законодательную базу. Все граждане РФ, независимо от пола, возраста, места жительства, уровня личного дохода, состояния здоровья имеют право на получение медицинских услуг, включенных в государственную программу ОМС.[15, с. 94]

Принцип государственной гарантии бесплатной медицинской помощи при ОМС реализуется посредством функционирования фондов ОМС. Создание федерального и территориальных фондов ОМС обосновано необходимостью воплощения государственных решений по ОМС. Функционирование фондов ОМС осуществляется в качестве самостоятельных некоммерческих финансовых институтов.

Принцип общественной солидарности и социальной справедливости имеет большое значение при функционировании ОМС. Граждане РФ имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС. Страховые взносы по ОМС перечисляются за всех граждан. Востребование финансовых ресурсов осуществляется при обращении за медицинской помощью. Объем медицинской помощи не зависит от абсолютного размера взносов по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и соответственно с разным объемом начислений на заработную плату по ОМС имеют одинаковые права на получение медицинской помощи, входящей в программу ОМС.

В обобщенном представлении обязательное медицинское страхование является эффективным средством реализации социальной функции государства, осуществляющем материальную защиту граждан. Комплексное решение правовых, экономических, финансовых и организационных проблем позволит обязательному медицинскому страхованию в полной мере воплощать важнейшие социально-экономические задачи с максимальной результативностью.

В настоящее время в России, в условиях экономических преобразований страхование играет все возрастающую роль (доля страхования в ВВП РФ в 2016 году составила около 2,5%) [9, с. 135].

Медицинское страхование это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, основной целью которого является гарантировать гражданам при возникновении риска получение медицинской помощи [11, с. 261].

При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования системы здравоохранения.

Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с финансовыми затратами на оказание медицинских услуг при наступлении риска.

Экономической основой медицинского страхования является специально создаваемый страховой фонд денежных средств, из которого оплачиваются медицинские услуги.

По состоянию на 01.10.2015 10 крупнейших компаний контролируют 73,9% рынка ОМС в РФ. Данные по долям рынка этих компаний приведены в таблице и на графике ниже (рыночные доли рассчитаны на основе данных по количеству застрахованных лиц) (Приложение В).

В большинстве стран медицинское страхование получило широкое распространение, основная цель, которого является максимальная доступность медицинских услуг для широкого круга населения и по возможности, полная

компенсация расходов граждан [4].

Современной системе медицинского страхования в России присущ ряд существенных недостатков, таких как невысокое качество медицинских услуг, оказываемых населению в рамках программ обязательного медицинского страхования и государственных гарантий в рамках бесплатной медицинской помощи.

Программы ОМС и государственных гарантий в определенной части являются декларативными, а дефицит общественных средств покрывается за счет вынужденных расходов пациентов и ДМС. А для лиц, не имеющих возможности оплачивать медицинские услуги, ряд из них оказывается вообще недоступным.

В структуре российского рынка медицинского страхования в 2015 году доля ОМС составила 86%, доля ДМС – 14% (рисунок 2)[2].

Основной задачей системы ОМС является страхование граждан. Охват населения ОМС в среднем по России составил 96,8% к постоянной численности населения. Объем рынка ОМС по итогам 2015 года достиг 604 млрд. рублей, объем рынка ДМС – 95 млрд. рублей (без учета страхования выезжающих за рубеж).

За 2015 год по сравнению с 2014 годом рынок ОМС увеличился на 24,3%, рынок ДМС – на 13,3% [2].

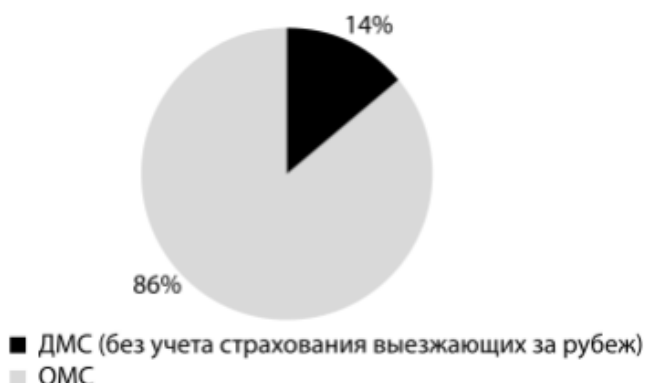


Рисунок 2 - Структура рынка медицинского страхования в 2015 году

Сегодня в России значительно возрос финансовый потенциал фондов ОМС (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика совокупных премий и выплат по ОМС в 2012-2015 гг.[5]

Годы	Премии (млрд. руб.)	% к общей сумме	Темп роста (%)	Выплаты (млрд.руб.)	% к общей сумме	Темп роста (%)	Коэф. Выплат (%)
2012	397,0	41,7	136,0	376,7	60,1	133,7	94,9
2013	464,4	47,5	116,9	449,3	61,2	119,3	96,7
2014	486,1	46,6	104,5	476,2	61,8	105,8	97,9
2015	604,2	47,6	124,5	585,3	65,9	123,2	96,9

Как видно из анализа данных таблицы 1, страховые премии по ОМС в 2015 году составили 604,2 млрд. руб., что на 24,5 % выше, чем в 2014 году (в 2014 году прирост составил 4,7%, в 2013 году – 17%)[7]. Сумма страховых выплат за 2015 год составила 585,3 млрд. руб., что на 23,2% больше, чем выплачено в 2014 году [7, с. 81].

Таким образом, анализируя развитие медицинского страхования в современных условиях, можно отметить, что правильная организация оказания медицинских услуг за счет средств ДМС будет способствовать увеличению финансовых средств, поступающих в систему здравоохранения России, более полному удовлетворению потребностей населения в медицинских услугах, развитию передовых медицинских технологий и сопутствующих им сервисных услуг [5, с. 268]. Достижение всех этих целей возможно при создании благоприятных условий для развития ДМС на законодательной основе. Важно, чтобы при этом законодатели исходили не из противопоставления добровольного медицинского страхования обязательному, а рассматривали эти два сегмента страхового рынка как взаимодополняющие и имеющие цели: полное и качественное удовлетворение потребностей населения в медицинских услугах, а системы здравоохранения – в финансовых ресурсах.

2.2 Добровольное медицинское страхование в России: на пути к здоровому рынку

Добровольное медицинское страхование появилось на российском рынке страховых услуг в 1991 году. В середине 2000-х гг. ДМС в России было одним из самых распространенных видов личного страхования наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев.

Ответственность страховщика ограничивалась размером уплаченного взноса, иногда за минусом расходов на ведение страховых операций. В силу специфики налогообложения юридических лиц (в части уплачиваемых ими страховых взносов) и физических лиц (в части получаемых ими страховых выплат) договоры ДМС использовались работодателями для выплат дополнительных средств сотрудникам через возврат неизрасходованного взноса. Это привело к тому, что основная функция

ДМС – обеспечение застрахованных лиц медицинской помощью – выполнялась не полностью. Правовой основой возвратного медицинского страхования являлись ст. 6 и ст. 15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», декларировавшие право граждан на получение и обязанность страховой медицинской организации по возврату части страхового взноса по ДМС, если это предусмотрено договором.

В 1993-1994 гг. из-за усиления требований Федеральной службы России по надзору за страховой деятельностью появились новые виды ДМС. Новый формат добровольного страхования предусматривал предел ответственности страховщика по оплате оказанных медицинских услуг в размере страховой суммы, соответствующей стоимости программы ДМС. При этом возврат страховых взносов не предполагался.

С 1995 г. страховщикам запретили по окончании срока страхования возвращать страхователю часть взноса, неизрасходованного на оплату лечения.

Возврат был возможен только в случае досрочного прекращения договора страхования. В главе приводятся данные о численности страховщиков ДМС.

Страховщик – юридическое лицо, осуществляющее страховую деятельность в соответствии с выданной органом государственного страхового надзора Российской Федерации лицензией.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств.

Цель ДМС — гарантировать застрахованным лицам при заболеваниях, повреждении здоровья оказание медицинской помощи и услуг, не включенных в программу ОМС, но предусмотренных программами ДМС. При этом гарантируется полная или частичная компенсация страховщиком расходов, которые вынуждено нести физическое лицо при обращении в медицинские учреждения. Однако конкуренция страховщиков побуждает их разрабатывать программы ДМС с более широким перечнем медицинских услуг и разного их состава. Часть из них находит отражение и в программах ОМС.

ДМС включает гораздо больший объём медицинских услуг, нежели ОМС. Если в рамках обязательного медицинского страхования медицинские учреждения, участвующие в территориальной программе ОМС, оказывают определённый перечень медицинских услуг, определённый этой программой и оплачиваемый учреждению по утвержденным тарифным соглашением тарифам, то медицинские услуги, получаемые застрахованным пациентом в рамках добровольного медицинского страхования, могут включать и дорогостоящие сложные медицинские услуги (в области стоматологии, офтальмологии, пластической хирургии и т. п.), и педиатрический патронаж коммерческой клиники, и дорогостоящие анализы, и многое другое. [15, с. 249]

В рамках программы добровольного медицинского страхования застрахованный пациент может получать не только медицинские, но и иные услуги: частью 5 ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в

Российской Федерации» № 1499-1 от 28.06.1991 г. в качестве задачи этого вида медицинского страхования определено обеспечение получения застрахованными гражданами дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС. Иными словами, договором может быть предусмотрено пользование пациентом палатой повышенной комфортности, получение улучшенного питания, сопутствующих услуг и т. п.[16, с. 494]

Отношения добровольного медицинского страхования регулируются договором, форма которого установлена Постановлением Правительства РФ № 41 от 23.01.1992 г.

В добровольном медицинском страховании субъектами страхования являются гражданин, страхователь, страховщик, медицинское учреждение (рисунок 3).

Страховщиками, осуществляющими добровольное медицинское страхование, могут являться:

1) страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование (страховая медицинская организация согласно закону, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование);

2) другие страховые организации, имеющие лицензии на осуществление добровольных видов медицинского страхования.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. При признании судом страхователя в период действия договора ДМС недееспособным полностью или частично его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие

государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием.



Рисунок 3 – Схема взаимодействия субъектов ДМС

Типовой полис ДМС не предусматривает выплаты страхового возмещения. Страховая компания оплачивает счета за медицинские услуги, оказанные владельцу полиса ДМС, непосредственно лечебным учреждениям. Таким образом, застрахованный платит только один раз при покупке полиса ДМС, а все расходы за лечение несет страховая компания. При необходимости получения медицинской помощи застрахованное лицо обращается к диспетчерскому пункту страховщика (это может быть врач-координатор) по телефону, который указан в договоре страхования (страховом полисе). Застрахованное лицо сообщает свое имя, фамилию, номер своего полиса и причину обращения, после чего врач-координатор предоставляет всю необходимую информацию относительно дальнейших действий застрахованного лица. При обращении за медицинской помощью или за сопутствующими услугами (транспортировка до медицинского учреждения и т. п.) необходимо предъявить полис ДМС и документ, удостоверяющий личность. При обращении к врачу рекомендуется иметь с собой выписки и справки из других лечебных учреждений, имеющие отношение к заболеванию, по поводу

которого вы обращаетесь за медицинской помощью. Выплата страхового возмещения осуществляется страховщиком путем перечисления средств на счет медицинского учреждения за фактически оказанную медицинскую помощь. Если застрахованное лицо по согласованию с страховщиком оплатило стоимость оказанной медицинской помощи или приобрело медикаменты по выписанным рецептам, ему возвращается потраченная сумма на основании предоставленных документов. Страховщик имеет право отказать в оплате медицинских услуг, если застрахованное лицо получило услуги, которые не были предусмотрены договором страхования, а также не выполняло рекомендации врача, что привело к ухудшению состояния его здоровья. В договоре страхования определены условия, при которых страховщик откажет в выплате страхового возмещения. [17, с. 292]

Договор ДМС, представляет собой договор, заключаемый сторонами добровольно. Добровольность ДМС заключается в том, что договор страхования со страховщиком заключается по собственному желанию, эквивалентность обусловлена выбором программы ДМС, за которую страхователь уплачивает страховую премию, срочность подразумевает наличие определенного времени, на который заключается договор страхования, поскольку в договоре страхования одним из существенных условий является срок договора.

Добровольное медицинское страхование подразделяется на:

1. Индивидуальное – каждый человек, по собственному желанию и за собственный счет оформляет ДМС полис. Выбор страховой компании, перечень услуг и многие другие факторы, он подбирает индивидуально, основываясь на своих потребностях.

2. Коллективное – организация оформляет на своих сотрудников ДМС полис, добавляя его в социальный пакет. То есть пока человек работает на данную организацию, он вправе получать услуги платной медицины бесплатно, это – очень мощное средство мотивации. Именно наличие в социальном пакете хорошего ДМС полиса, является решающим условием, при выборе человеком

его места работы и тем фактором, который удерживает человека на его работе, ведь при увольнении, работник обязан сдать свой ДМС полис. Преимущество коллективного страхования – в более низкой стоимости.

Добровольное медицинское страхование востребовано, в основном, корпоративными клиентами. На них приходится около 90% взносов, собранных по программам ДМС. Объяснений несколько. С одной стороны, это рост социальной ответственности бизнеса, когда страхование сотрудников становится неотъемлемой частью компенсационного пакета во все большем числе компаний. При этом программы ДМС на многих предприятиях, особенно в высокотехнологичных отраслях, рассматриваются уже не только как способ материального стимулирования сотрудников, но и как важный инструмент повышения эффективности бизнеса за счет улучшения здоровья персонала. С другой стороны, гражданам нередко куда проще обращаться в лечебное учреждение напрямую, минуя страховую компанию. Ведь, в отличие от фирм, которые имеют налоговые льготы при использовании программ ДМС, частные лица таких льгот не получают.

Самим страховым компаниям тоже проще работать с корпоративными клиентами, так как при страховании больших коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников, соответственно, отпадает необходимость проведения обследования и оценки рисков по каждому застрахованному. Кроме того, при ДМС физических лиц происходит антиселекция (ухудшающий отбор) рисков, при котором за полисами обращаются преимущественно люди, которые уже знают, что в ближайшем будущем им придется воспользоваться медицинскими услугами. Все это значительно повышает стоимость полисов ДМС физических лиц, и делает их менее привлекательными по сравнению с корпоративным страхованием. [17, с. 243]

Самыми распространёнными программами ДМС в России являются:

— Амбулаторное обслуживание, исключая дорогостоящие методы диагностики.

- Более расширенная программа: услуги специалистов, возможность сдачи анализов на дому и в клинике, лечение в стационаре, стоматология, неотложная помощь, помощь за границей.
- Комплексное страхование для всей семьи.
- Страхование для путешественников: страховка действует в течение всей поездки.
- Стандартный полис: экстренная помощь при травмах или отравлениях, при острых заболеваниях, при обострении одного из хронических заболеваний; экстренная стоматология; консультация врача; госпитализация и пр.
- Помощь на дому. Страховка для тех, кто не в состоянии добраться до клиники. Включает консультацию специалиста на дому, забор анализов, инъекции, кардиограмму и пр.
- Вызов платной скорой помощи. Страхование – как отдельное, так и в составе определенного страхового пакета.
- Личный доктор: консультации, осмотр, направление и рецепты от личного врача широкого профиля.
- Стоматология: экстренная помощь, регулярные осмотры, лечение и пр.
- Экстренная и плановая стационарная помощь. Страхование актуально при наличии хронических заболеваний, при риске попасть в больницу, при наличии показаний к пребыванию в больнице.
- Беременность и роды: сопровождение и наблюдение при беременности, госпитализация и родоразрешение, послеродовое сопровождение.
- Детские программы: профилактический осмотр, консультации специалистов, вакцинация, экстренная помощь и пр.
- Санаторно-реабилитационная программа.
- Лечение за рубежом.

— Программы страхования для пожилых людей. [15, с. 312]

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. Страховым взносом является плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

Тарифы на медицинские и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. Страховой тариф представляет собой ставку страхового взноса с единицы страховой суммы или объекта страхования. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи.

Плюсы ДМС:

— Свобода выбора. Гражданин сам выбирает страховую компанию, программу и медицинское учреждения из тех, что ему предлагают.

— Экономия времени. Толкаться в очередях и мотаться по городу в поисках достойного медучреждения не придется.

— Высокое качество медицинских услуг.

— Возможность получения тех услуг, что недоступны по полису ОМС.

— Защита интересов страховщика страховой компанией при возникновении спорных моментов.

— Широкий список оказываемых услуг и широкий выбор учреждений, где данные услуги оказываются.

— Возможность выбора страхового пакета, в соответствии со своими требованиями и нуждами – минимальный пакет, обслуживание на дому и пр.

— Возможность записи к врачу через интернет, не выходя из дома.

— Отношение персонала к пациентам, учитывая заинтересованность персонала в работе.

Недостатки ДМС:

— Страхование ДМС оплачивается гражданином, и услуги весьма дорогостоящие.

— Риск навязывания гражданину услуг, которые ему не нужны.

— Квалификация специалистов, обслуживающих по ДМС, не всегда соответствует заявленному.

— Исключения из страховых случаев, не оплачиваемые страховкой. Этот момент многие пропускают. Отдельные заболевания (список весьма широкий) страховка ДМС не покрывает.

— По ДМС не проводится лечение отдельных значимых заболеваний (например, туберкулез, диабет, психические и венерические) – только диагностика, и то за отдельную плату.

ДМС в России набирает популярность. Притом если раньше такие полисы приобретались в основном работодателями для своих подчинённых, то сейчас наши граждане обращаются в страховые компании и в индивидуальном порядке. Сами участники рынка страховых услуг связывают это с увеличением уровня достатка у населения, с экономическим ростом в стране, а также с развитием российского страхового рынка. Причины могут быть в не слишком большой эффективности ОМС. [17]

Таблица 2 – Численность страховщиков ДМС, РФ, 2011-2015 гг. (ед.; %)

Параметр	2011	2012	2013	2014	2015
% к предыдущему году	292	256	236	231	192
% к предыдущему году	-	-12,3	-7,8	-2,1	-16,9

Таблица 3 – Прогноз численности страховщиков ДМС, РФ, 2016-2020 гг. (ед.; %)

Параметр	2016	2017	2018	2019	2020
Численность страховщиков ДМС	168	155	146	141	138
% к предыдущему году	-12,5	-7,8	-5,6	-3,2	-2,4

В таблицах приведены данные о численности страховщиков, зарегистрированных в России и ведущих деятельность в сфере ДМС.

В 2011-2015 гг. численность страховщиков ДМС в России сократилась на 34,2%: с 292 организаций в 2011 г до 192 организаций в 2015 г. Численность страховых компаний, оказывающих услуги в области ДМС, сокращается вследствие капитализации рынка. Данный процесс затрагивает, в основном, мелкие и средние организации.

В 2016-2020 гг. численность страховщиков ДМС в России продолжит снижаться и составит 138 организаций в 2020 г. Более высокие темпы спада численности страховых компаний будут отмечаться в 2016-2017 гг., когда показатель уменьшится относительно предыдущего года максимум на 12,5%.

3 Проблемы системы медицинского страхования России и возможные пути их решения

3.1 Актуальные проблемы функционирования системы медицинского страхования в России

Основными проблемами являются проблемы развития медицинского страхования, недостаточное финансирование и организация распределения финансовых ресурсов, так же не совсем точная нормативно-правовая база. Решение проблем возможно лишь точными целенаправленными действиями Правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения. [24, с. 259]

Основные проблемы функционирования современной системы ОМС могут быть условно разделены на финансовые и организационные.

К основным финансовым проблемам можно отнести следующие:

1. Острая нехватка денежных средств в связи с отсутствием ощутимого экономического роста в стране и сохраняющимся остаточным принципом финансирования отрасли здравоохранения.

Доказано, что недостаточные объемы государственного финансирования здравоохранения приводят к ухудшению показателей здоровья населения, усилению неравенства между различными слоями населения в качестве и доступности медицинской помощи, приводит к обнищанию самых незащищенных слоев населения и резко снижает удовлетворенность населения медицинской помощью. Так, по результатам аудита Счетной палаты РФ выявлена зависимость между уровнем финансирования медицинской помощи и основными демографическими показателями (смертность трудоспособного населения, ожидаемая продолжительность жизни, младенческая смертность).

По показателю расходов на медицинскую помощь на душу населения мы существенно отстаем не только от западных стран, но и от большинства стран Центральной и Восточной Европы, которые «стартовали» примерно в равных с нами условиях.

Объем государственных расходов в России на здравоохранение в 2014 году составлял 2,9% в доле ВВП, в 2016 – 3,8%. Примерно на таком уровне приоритетности здравоохранения находятся развивающиеся страны со средним уровнем дохода (Бразилия – 3,4%, Парагвай – 3,0%, Перу – 2,8%).

Но в отличие от России, за эти деньги государство гарантирует там самый минимум – первичную медико-санитарную помощь и меры по обеспечению медико-санитарного благополучия (борьба с инфекционными заболеваниями, санитарные мероприятия и проч.). Хотя бы эти простейшие услуги там более или менее обеспечены средствами. А мы, финансируя здравоохранение, как в Латинской Америке, обещаем за эти деньги западноевропейский набор услуг. В результате человеку без денег фактически не гарантировано ничего.

2. Низкий тариф страховых взносов в ПФР в части средств на обязательное медицинское страхование работающего населения, поскольку величина этих отчислений не увязана со стоимостью «страхового года» работающего населения.

3. Недостаточное финансирование системы ОМС на страхование неработающего населения, которое имеет три основные причины:

- отсутствие законодательной основы по размеру страхового взноса на неработающее население;

- неисполнение закона о медицинском страховании администрациями субъектов РФ в части страховых взносов на неработающее население;

- непогашение сформировавшейся значительной финансовой задолженности по страховым взносам на неработающее население в ряде субъектов РФ.

4. Дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС. Данная причина связана с отсутствием сбалансированных финансовых возможностей системы ОМС и объемов медицинской помощи, включенных в Базовую (а, соответственно и в территориальные) программу обязательного медицинского страхования, ежегодно утверждаемую Правительством РФ. Программа основана на минимальном нормативе на душу населения.

Согласно комплексной экспертной оценке уровня реализации территориальных программ в 2016 году все субъекты РФ были разделены на 4 группы: 1 группа (соответствие показателей нормативам составляло 70-100%) – 9 субъектов РФ; 2 группа (соответствие – 50-69%) – 20 субъектов РФ; 3 группа (соответствие – 40-49%) – 34 субъекта РФ; 4 группа (соответствие менее 40%) – 24 субъекта РФ. Таким образом, доля субъектов Российской Федерации, в которых соответствие показателей реализации программ государственных гарантий в 2015 году было ниже 50% составляла 66,7% (68 субъектов из 87).

5. Многоканальность финансирования медицинских организаций.

Многоканальность финансирования (ОМС, добровольное (дополнительное) медицинское страхование (ДМС), бюджет, платные медицинские услуги и т.д.) существенно снижает возможности контроля за использованием средств в ЛПУ и создает предпосылки для сговора. В такой ситуации личный интерес «медицинского руководителя» начинает превалировать над интересами отрасли, а коммерческие интересы страховщика, работающего в ОМС и ДМС одновременно, - над социальной значимостью «бесплатного» здравоохранения. В результате граждане остаются абсолютно бесправными перед лечебным учреждением и одинаково заинтересованными в получении «живых» денег. Данные нарушения чрезвычайно распространены.

6. Многовариантность и отсутствие унификации способов оплаты медицинской помощи на сегодня, оказываемой как в стационарных, так в амбулаторно-поликлинических учреждениях системы здравоохранения.

Сохраняющиеся затратные способы оплаты и оплата медицинской помощи по смете являются недопустимыми на сегодняшний день.

Многовариантность способов оплаты служит значительным препятствием при проведении межтерриториальных взаиморасчетов между ТФОМС за медицинскую помощь, оказанную гражданам за пределами территории их страхования.

7. Низкие тарифы оплаты медицинских услуг.

Структура тарифов в системе ОМС формируется исходя из планируемого объема и выделяемого финансирования, а не расчетной стоимости лечения законченного случая.

8. Отсутствие динамики в структуре расходов по основным видам медицинской помощи с сохранением наиболее затратных видов ее оказания.

Так, в 2009 и 2015 годах структура расходов (в %) по основным видам медицинской помощи была следующей: скорая помощь – 5,5 и 7,2; амбулаторно-поликлиническая – 29,0 и 31,5; стационарная - 64,0 и 58,6; дневные стационары – 1,5 – 2,7 (соответственно) .

9. Отсутствие позитивных перемен в системе оплаты труда медицинских работников. Данная проблема порождает, в значительной степени, одну из важнейших негативных особенностей российского здравоохранения на сегодня - низкое качество оказания медицинской помощи в российском здравоохранении на сегодня. Прежде всего, это очень низкая заработная плата врачей и медсестер. Врачи в этой ситуации вынуждены набирать себе больше ставок, дежурств, работая на износ (коэффициент совместительства составляет в среднем 1,7). Им некогда думать о качестве услуг и удовлетворенности пациента. Хирург идет на операцию после суточного дежурства – это стало нормой, никто этого не запрещает.

Поступления от платных услуг в ЛПУ часто распределяются не на основе ясных схем материального поощрения, а в зависимости от личных пристрастий главврачей. Врач оказывается в полной зависимости от администратора. Иногда он должен с ним делиться своими теневыми гонорарами. Ясно, что это ограничивает мотивацию к оказанию качественной медицинской помощи, даже за плату.

Современные методы экономической мотивации врачей, провозглашенные реформой обязательного медицинского страхования оказались больше ожиданиями, чем реальностью.

Не получили распространения и современные системы обеспечения качества, которые основаны на сотрудничестве страховщиков с врачами в достижении поставленных результатов клинической работы (например, как обеспечить снижение частоты обострения астмы, диабета, как улучшить показатели исхода хирургических вмешательств). Именно так строятся отношения страховщиков с врачами в западных странах с системами ОМС. Не пассивный и слабо ощутимый контроль, а обеспечение качества медицинской помощи.

Основные организационные проблемы в системе ОМС заключаются в следующем.

1. Структурный полиморфизм территориальных систем ОМС, затрудняющий управление обязательным медицинским страхованием, не позволяющий оптимизировать и унифицировать механизмы функционирования системы ОМС на территории Российской Федерации.

2. Отсутствие законодательного решения ряда проблем деятельности системы ОМС:

- определение и законодательное закрепление направлений модернизации системы ОМС на современном этапе;

- отсутствие законодательного закрепления государственных гарантий медицинской помощи населению и определения в сфере здравоохранения публичных обязательств;

- пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС;

- правовое обеспечение деятельности по защите прав застрахованных.

Наряду с указанными проблемами, требуют отдельного законодательного решения такие вопросы как:

— отдельное законодательство о добровольном медицинском страховании и платных медицинских услугах;

— обязательное страхование профессиональной ответственности медицинских работников.

3. Отсутствие надлежащего государственного регулирования по основным направлениям деятельности страховой медицинской организации (СМО). Основные причины назревшей необходимости регулирования деятельности страховщика в системе ОМС следующие:

3.1. Выбор страховщика осуществляется работодателями и органами местной власти, а не самими застрахованными. Вопреки ожиданиям, многочисленные страховщики (сегодня их более 300) не стали информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных и не внесли сколько-нибудь существенного вклада в повышение эффективности использования ресурсов здравоохранения.

3.2. В силу экономической привлекательности и отсутствия законодательного запрета на совмещения деятельности по обязательному (ОМС) и добровольному (ДМС) медицинскому страхованию одним субъектом, все крупнейшие страховщики осуществляют эти виды страхования одновременно. В результате возникает конфликт интересов между решением социальных задач и получением максимальной прибыли.

Следствием сращивания ОМС и ДМС в одной организации является дискредитация всего института независимого страхового контроля качества медицинской помощи в системе ОМС. Дело в том, что зачастую экспертизу обоснованности и правильности оказания тех или иных «платных» и «бесплатных» услуг осуществляет одно и то же лицо. Ясно, что будучи заинтересованным в получении страховой премии по ДМС, страховщик не будет объективно влиять на качество «бюджетных услуг» в лучшую сторону.

Таким образом, совмещение в одном лице услуг по обязательному и добровольному медицинскому страхованию является одной из главных проблем медицинского страхования в целом. А корень этой проблемы — в

единстве правового регулирования диаметрально противоположных видов страхования. Необходимо четкое законодательное разграничение ОМС и ДМС, вплоть до принятия отдельного закона «О добровольном медицинском страховании граждан».

3.3. Противоречиями в действующем законодательстве, а также тем, что законотворческий процесс формируется в пользу наиболее крупных игроков финансового рынка, объясняется следующий парадокс: на некоммерческое, социальное по сути, обязательное медицинское страхование распространяются принципы страховой ответственности, присущие частнопредпринимательской деятельности. Между тем, исходя из особенностей ОМС (социальная значимость, порядок сбора и определение размера страховых платежей, безрисковый характер страхования), повышенные требования к СМО, занимающимся исключительно ОМС, совершенно не оправданы.

Рынок ОМС в России контролируется незначительным числом крупнейших страховых компаний, хотя их участие в организации социальной защиты подчинено целям продажи иных страховых продуктов и обеспечения финансовой устойчивости своего холдинга за счет бюджетных средств. Сложившаяся монополизация явилась следствием мер исключительно административного характера, а не претензий граждан по поводу качества страхования.

4. Существует определенная угроза для самостоятельности национального сектора экономики социальных мероприятий: например, крупнейший медицинский страховщик РОСНО является дочерней компанией немецкого «Allianz». Свыше 38% акций Ингосстраха принадлежит структурам PPF Investments. «Wiener Staedtische» приобрела акции Стандарт-Резерва и Совиты. РЕСО-Гарантия считается проданной французскому страховщику АХА. Этому примеру могут последовать и другие многопрофильные медицинские страховщики. Тогда как в ситуации государственного финансирования системы ОМС речь идет не о привлечении (как иностранных,

так и частных) инвестиций, а о фактическом перераспределении дохода от использования средств программы государственных гарантий.

5. Реализации эффективной модели ОМС препятствует тот факт, что сам гражданин – получатель медицинских услуг и выгодоприобретатель по договору ОМС, лишен возможности влиять на экономическое положение СМО посредством её прямого выбора из ряда других. Право выбора граждан вступает в противоречие с аналогичным правом страхователей и, как водится, проигрывает ему, несмотря на конституционный приоритет. Ведь выбрав СМО, гражданин должен еще суметь заставить своего номинального страхователя – работодателя либо государственный орган, заключить договор страхования в его пользу.

В результате конкурентная борьба между СМО разворачивается в сфере использования административного ресурса путем влияния на страхователей. Этот процесс, имея свои региональные особенности, влечет за собой коррупцию, либо удовлетворение ведомственных интересов, часто отличных от интересов самого гражданина.

Так, выбор страховщика по ОМС зачастую реализуется путем проведения так называемых конкурсов на страхование неработающего населения, что сопровождается разрывом предыдущих договоров страхования и финансирования, массовой заменой полисов ОМС. При этом нарушаются как права потребителей на свободный выбор субъекта страховых услуг, так и права самих СМО на свободное осуществление деятельности. В результате подмена рыночных механизмов конкуренции административными процедурами создает все условия для коррупции и насаждения социального иждивенчества.

Проводимая в настоящий период времени интенсивная деятельность Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации по созданию Концепции развития здравоохранения Российской Федерации на период до 2020 года, направлена на решение основных проблем здравоохраненческой отрасли, включая систему обязательного медицинского страхования. Одним из семи направлений Концепции является внесение

серьезных изменений в Основы законодательства Российской Федерации о здравоохранении и, конечно, в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании».

В связи с вышеизложенными проблемами Министерство здравоохранения и медицинской промышленности РФ считает, что для их решения необходимо неукоснительное исполнение законодательства о медицинском страховании гражданами органами исполнительной власти субъектов РФ. В связи с обеспеченностью финансовыми средствами территориальных программ ОМС, составляющей в среднем по России 40 %, а в некоторых территориях 10–20 %, целесообразно рассмотреть об увеличении тарифа страхового взноса на ОМС. Так же необходимо разработать систему подготовки медицинских кадров к работе в условиях медицинского страхования [13, с. 48].

3.2 Пути совершенствованию системы медицинского страхования в РФ

Перспективы развития ОМС и ДМС планируется реализовать по нескольким основным направлениям.

1. Увеличение финансирования отрасли здравоохранения.

В сценарии инновационного развития в условиях высоких темпов экономического роста ожидается значительное повышение не только государственных, но и частных расходов на здравоохранение. Расходы государства на здравоохранение к 2020 году увеличатся до 4,8% ВВП, частные расходы – до 1,1-1,5% ВВП. При этом дифференциация регионов по уровню финансирования здравоохранения из бюджетов всех уровней на душу населения сократится с 4-5 раз до 2 раз [24].

2. Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

3. Формирование новых подходов для планирующегося значительного вброса денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей – введение накопительных счетов граждан России [23].

4. Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи. При этом, ответственность за финансовое обеспечение финансовых обязательств государства в сфере здравоохранения возлагается на систему ОМС, в которой концентрируется большая часть финансовых ресурсов.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

— государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть:

- а) максимально конкретными,
- б) ясными для населения,
- в) финансово сбалансированными.

Для людей жизненно важно знать, что можно получить на бесплатной основе и за что придется заплатить. Обращаясь в медицинскую организацию, пациент должен иметь ясное представление о мере своих гарантий. И она должна быть единой для всех.

Среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный – конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания. По каждому заболеванию устанавливается набор услуг и лекарственных средств, предоставление которых гарантируется государством на бесплатной основе. Этот набор определяется на основе федеральных медицинских стандартов, которые конкретизируются медико-

экономическими территориальными стандартами, разрабатываемыми и утверждаемыми субъектами РФ и выполняющими функцию минимальных социальных стандартов.

5. Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Механизмы осуществления этого важного перспективного направления следующие:

- увеличение ставки ЕСН в части, зачисляемой в систему ОМС с учетом стоимости «страхового года» работающих граждан;
- отказ от регрессивной шкалы налогообложения фонда оплаты труда (ФОТ) налогоплательщика и переход к плоской шкале налогообложения фонда оплаты труда, независимо от размеров оплаты труда;
- установление четких требований к размеру и механизмам уплаты страховых взносов за неработающее население, вносимых из региональных бюджетов;

6. Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

- отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;
- переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощь (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;
- в первичной медико-санитарной помощи – сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

7. Повышение управляемости отрасли через систему ОМС.

В настоящее время обсуждается вопрос о возврате к практике заключения трехсторонних соглашений между Минздравсоцразвитием России, ФОМС и главами администраций субъектов РФ, что позволит оптимизировать направление субвенций территориям и возобновит управляемость отрасли через внебюджетную финансовую систему [23].

8. Осуществление действенного государственного регулирования платных медицинских услуг.

Государственное регулирование платных услуг предполагает осуществление следующих давно назревших действий: четкое определение перечня медицинских услуг, превосходящие медицинскую помощь в рамках государственных гарантий, могут быть получены гражданами на платной основе. Во всех странах с развитым общественным здравоохранением население оплачивает часть стоимости медицинской помощи. Доля личных расходов в совокупных расходах на здравоохранение варьируется от 10 до 30% при среднем показателе 24%. В России этот показатель приближается к 50% - и это при значительно более низкой зарплате

9. Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это, прежде всего форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям населения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС (общая для всего населения страны), то есть являются максимально солидарными и регулируемыми. Используемые в системе ОМС финансовые механизмы, прежде всего регулируемые цены на медицинские услуги, распространяются и на дополнительные программы, делая их более доступными для населения.

Привлекательность дополнительной программы для населения зависит, во-первых, от четкости определения пакета дополнительных услуг, во-вторых, от соотношения размера уплачиваемого гражданином страхового взноса по этой программе и тех потенциальных затрат, которые он понесет в случае отсутствия страховки, проще говоря, - тех сумм, которые он потратит на получение платных услуг и приобретение лекарств в аптеке. Большое значение имеет также физическая доступность услуг, на которые имеет право застрахованный. [24]

10. Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.

Для совершенствования деятельности СМО в системе обязательного медицинского страхования предлагается ряд действенных мер следующего порядка:

- нормативно закрепить приоритет права выбора страховщика по ОМС за застрахованным гражданином;
- придать деятельности по ОМС исключительный характер, т.е. запретить ее совмещение с иными видами страхования, сохранив некоммерческий статус. При этом необходимо так же предупредить аффилированность лиц, занимающихся ОМС и ДМС;
- отменить повышенные требования к уставному капиталу, составу и структуре активов СМО, занимающихся исключительно ОМС, облегчив вхождение на рынок ОМС независимым субъектам страховой деятельности и создав условия для разукрупнения СМО, занимающих доминирующее положение на рынке ОМС;
- создать условия для заинтересованного участия СМО в защите прав застрахованных и эффективном использовании ресурсов ЛПУ путем создания конкурентной среды между СМО за застрахованных;
- обеспечить реальное участие СМО в планировании и организации медицинской помощи населению с целью эффективного использования материальных и кадровых ресурсов медицинских организаций, а следовательно – существенного повышения эффективности системы ОМС;

— реализовать систему разделения финансовых рисков между ТФОМС и СМО;

— обеспечить сбалансированность финансовых обязательств СМО в системе ОМС. Без этого система ОМС будет обречена на дальнейшую профанацию страхового принципа. Без такой сбалансированности невозможно сделать СМО реальным носителем финансовых рисков. Он так и останется индифферентным транслятором государственных средств от территориального фонда ОМС в медицинское учреждение.

— Правила работы страховщиков и оплаты ими работы медицинских организаций должны стимулировать и тех, и других к более эффективному использованию ресурсов. Лучший способ для этого – развитие конкурентной модели страхования – то есть создать конкуренцию между СМО и между медицинскими организациями везде, где такая конкуренция осмысленна. Но для того, чтобы этого добиться, потребуется много усилий. Прежде всего, от государства. В мировой практике пока доминирует модель «одного покупателя», в роли которого выступает либо государственный, либо частный страховщик. Эта модель проще, но и потенциал роста эффективности в такой модели меньше.

— Проблема качества оказания медицинской помощи не должна быть сведена к проверкам СМО и наказаниям ЛПУ – это дорого и непродуктивно. Решающую роль в обеспечении качества должны играть сами врачи – через различные формы самоорганизации и корпоративного контроля. Профессиональные врачебные организации должны взять на себя распространение современных медицинских технологий, создание современных систем обеспечения качества, обеспечение этических норм поведения врачей.

11. Совершенствование деятельности медицинских организаций. В финансировании медицинских организаций из государственных источников планируется реализация принципа «деньги следуют за пациентом». Это означает концентрацию 80-90% государственных средств в системе ОМС и

финансирование медицинских учреждений по результатам их работы. Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие высокотехнологичные виды помощи, а также часть социально значимых услуг (например, психиатрическую помощь в стационарных условиях).

Для усиления стимулов медицинских учреждений к повышению эффективности их работы, необходимо предоставить им больше хозяйственной самостоятельности. Для этого необходимо законодательно закрепить статус автономного медицинского учреждения.

Изменение системы оплаты труда медицинским работникам – давно назревшая необходимость. На ближайшую перспективу коэффициент увеличения заработной платы медицинским работникам должен составить 2,5-3 по сравнению с существующим на сегодня уровнем. Необходимо реализовать действенное стимулирование эффективной работы медицинского персонала, а значит существенная дифференциация оплаты в зависимости от объема и качества оказанных услуг. [23]

Обеспечение полностью бесплатного лекарственного лечения в условиях стационара. Больные не должны приходить в больницу со своими лекарствами – предоставление всех лекарств, включенных в стандарт лечения, должно стать бесспорной обязанностью больницы. Одновременно планируется существенно расширить число льготников по амбулаторному лечению (по рецептам врачей), охватив соответствующими программами всех детей и пенсионеров.

Чтобы начать серьезные структурные преобразования, нужны крупные стартовые вложения, прежде всего в сектор первичной медицинской помощи. Чрезмерные объемы и недостаточная интенсивность стационарной помощи во многом определяются тем, что первичное звено пока не способно взять на себя основную нагрузку по лечению больных.

12. Гражданин, как основное заинтересованное лицо в получении гарантированной государством бесплатной медицинской помощи достойного качества. С точки зрения пациента все эти изменения важны только тогда, когда они реально улучшают его положение в системе ОМС: не нужно платить

за то, что финансирует государство, можно положиться на страховщика в решении любых проблем, возникающих с медиками, страховщик предоставит нужную информацию и обеспечит высокое качество медицинской помощи. С точки зрения общества административные затраты на ОМС станут окупаться, если эта система будет вносить существенный вклад в повышение эффективности функционирования здравоохранения.

Особенно важно привлечь население к различным формам общественного контроля за деятельностью медицинских учреждений. С этой целью необходимо начать создание общественных советов в медицинских организациях. Они призваны обеспечить максимальную гласность в отношении показателей деятельности учреждений (в том числе и выбор некоторых показателей), исключить чрезмерную их коммерциализацию, привить прозрачные формы распределения поступлений от платных форм обслуживания.

Столь же важно развитие общественных организаций, способных участвовать в определении приоритетных направлений развития местного здравоохранения, защите прав пациентов, информировании граждан. Эти и многие другие функции могут выполнять различные общества, в том числе, организации, объединяющие больных с определенными заболеваниями (например, общества больных астмой, диабетом; общества больных, ожидающих плановую операцию). За рубежом такие организации уже давно существуют.

Основными проблемами проблемы развития медицинского страхования является недостаточное финансирование и организация распределения финансовых ресурсов, так же не совсем точное нормативно-правовая база. Решение проблем возможно лишь точными целенаправленными действиями правительства РФ, создание продуманной реформы в сфере социальной защиты населения. [24]

3.3 Первоочередные мероприятия по созданию условий для эффективной конкуренции на рынке медицинского страхования

Основным этапом анализа конкуренции на страховом рынке является оценка степени подверженности рынка процессам конкуренции на базе анализа основных факторов, обуславливающих интенсивность конкуренции.

В 2015 году наблюдалось сокращение количества действующих страховых компаний. Так, в 2014 году на рынке действовало 414 компаний, а к концу 2015 года их осталось около 390 [6, с. 253].

Поскольку конкурентная среда формируется не только под влиянием борьбы внутриотраслевых конкурентов, для анализа конкуренции на рынке в соответствии с моделью М.Портера учитываются следующие группы факторов:

- соперничество среди конкурирующих на данном рынке операторов («центральный ринг») – ситуация в отрасли;
- конкуренция со стороны услуг, являющихся заменителями – влияние услуг-заменителей;
- угроза появления новых конкурентов – влияние потенциальных конкурентов;
- позиции потребителей, их экономические возможности – влияние покупателей.

Каждая из рассматриваемых сил конкуренции может оказывать различное как по направлению, так и по значимости воздействие на ситуацию в отрасли, а их суммарное воздействие в итоге определяет характеристики конкурентной борьбы в отрасли, прибыльность отрасли, место фирмы на рынке и ее успешность.

Основные факторы, определяющие уровень конкуренции в отрасли, объединенные в группы, а также признаки их проявления представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Факторы конкуренции на страховом рынке[32, с. 591]

п/п	Факторы конкуренции	Признаки проявления факторов на рынке
	2	3
1. Ситуация в отрасли		
1.1	Число и мощность страховых компаний, конкурирующих на рынке	Имеется группа равных по мощности страховых компаний или имеется одна или более страховых компаний, явно превосходящая исследуемую по мощности.
1.2	Изменение платежеспособного спроса	Платежеспособный спрос на услуги падает, прогноз неблагоприятен.
1.3	Степень стандартизации услуг, предлагаемых на рынке	Компании-конкуренты не специализированы по видам страховых услуг. Услуги компании и услуги-конкуренты практически взаимозаменяемы.
1.4	Издержки переключения клиента с одного страховщика на другого	Издержки переключения клиента с одного страховщика на другого минимальны, т.е. вероятность ухода клиентов к конкурентам и наоборот велика.
1.5	Барьеры ухода с рынка (затраты компании на перепрофилирование)	Издержки ухода компании велики (переподготовка персонала, потеря связей с сетью и др.).
1.6	Барьеры проникновения на рынок	Начальные затраты для развертывания работ на рынке данных услуг невелики.
1.7	Ситуация на смежных рынках (рынки услуг с близкими сферами применения)	Уровень конкуренции на смежных рынках высок.
1.8	Стратегии конкурирующих фирм (поведение)	Отдельные фирмы осуществляют или готовы к осуществлению агрессивной политики укрепления своих позиций за счет других конкурентов.
1.9	Привлекательность рынка данного страхового продукта	Имеется явно расширяющийся спрос, большие потенциальные возможности, благоприятный прогноз
2. Влияние потенциальных конкурентов		
2.1	Трудности входа на отраслевой страховой рынок	Величина требуемого капитала для входа на рынок отрасли не высока. Эффективный масштаб, может быть, достигнут достаточно быстро. Страховые компании отрасли не склонны применять агрессивные стратегии против «новичков» и не координируют свою деятельность в рамках отрасли для отражения экспансии в отрасль
2.2	Доступ к каналам распределения	Создание собственной сети распространения или привлечение имеющихся посредников к сотрудничеству не требует существенных затрат со стороны «новичков»

п/п	Факторы конкуренции	Признаки проявления факторов на рынке
	2	3
2.3	Отраслевые преимущества	Страховые компании отрасли не обладают перед новыми конкурентами значительными преимуществами, связанными с доступом к источникам сырья, патентами и «ноу-хау», основным капиталом, удобными местами расположения предприятия и т.д.
3. Влияние покупателей		
3.1	Статус покупателей	Покупателей в страховой отрасли много. Это как физические так и юридические лица
3.2	Значимость страхового продукта для покупателя	Какие нужды удовлетворяет тот или иной страховой продукт для конкретного потребителя
3.3	Стандартизация страхового продукта	Продукт стандартизирован (низкая степень дифференцирования). Стоимость перехода покупателей к новому продавцу незначительна

Таким образом, появляется возможность оценить значимость факторов по степени проявления их признаков на страховом рынке и сделать заключение об общем уровне конкуренции на данном рынке.

Проанализируем характер влияющих факторов, входящих в группу «ситуация в отрасли». Сейчас рассмотрим теоретическую базу для дальнейшего анализа уровня конкуренции на российском страховом рынке.

Число и мощность страховых фирм, конкурирующих на рынке, в наибольшей мере определяют уровень конкуренции. В принципе интенсивность конкуренции считается наибольшей, когда на рынке присутствует значительное число конкурентов приблизительно равной силы, причем совсем не обязательно, чтобы конкурирующие фирмы были особенно крупными..

Так, для крупной фирмы, обладающей мощными ресурсами и многочисленными преимуществами, конкуренцию представляют, как правило, только фирмы близкого размера с аналогичными возможностями. Напротив, для средней и, тем более, небольшой страховой фирмы наличие даже одного крупного конкурента может оказаться существенным препятствием для успешного сбыта.

Наличие на рынке большого числа конкурирующих страховых компаний, имеющих высокую степень диверсификации услуг, свидетельствует о невозможности ухода в «нишу», то есть ухода от конкурентной борьбы посредством специализации в каких-то страховых услугах. Таким образом, высокая степень унификации страховых услуг в отрасли действует в сторону понижения конкуренции на исследуемом рынке.

Изменение платежеспособного спроса на рынке усиливает или ослабляет действие первых двух факторов. Действительно, увеличение объема смягчает, а уменьшение, наоборот – обостряет конкуренцию на рынке.[39, с. 397]

Основные факторы, влияющие на состояние страхового рынка: Растущая убыточность добровольного медицинского страхования в связи с резким ростом числа обращений застрахованных, а также на фоне снижения тарифов; Реализация крупными страховщиками программ создания собственных лечебных учреждений и клиник; Сжатие кредитного сегмента страхования от НС из-за резкого сокращения объемов кредитования; Сокращение объемов государственной поддержки в страховании сельскохозяйственных рисков;

Резкое, в ряде случаев необоснованное снижение ставок на рынке корпоративного страхования; Сокращение продаж автомобилей, общее снижение проникновения страхования на фоне низкого платежеспособного спроса отразились на падении рынка автокаско в 1 квартале; Сохранение низких темпов прироста премии из-за кризиса; Отсутствие налогового стимулирования; Неясность в отношении замены лицензирования вмененным страхованием ответственности.

Степень стандартизации страхового продукта, предлагаемого на рынке, действует в направлении обострения конкуренции. Действительно, когда каждый производитель предлагает свою модель изделия или свой комплекс услуг, предназначенные для одного сегмента рынка, конкуренция сводится к минимуму. И, напротив, при выпуске всеми производителями однородной продукции, предназначенной в равной степени для всех потребителей, конкуренция между ними высока. Конечно, это крайние случаи. На практике

продукция на любом рынке в той или иной степени дифференцирована, что не отменяет конкуренцию, а лишь несколько снижает степень конкурентной борьбы.

Издержки переключения клиента с одного страховщика на другого, особенно при значительных объемах послепродажного обслуживания, может в некоторой степени снизить уровень конкуренции, угрожающей страховой компании. Действительно, заранее предусмотренные особенности поставляемого продукта могут сделать невыгодным или просто невозможным приглашение сторонней фирмы для послепродажного обслуживания.

Барьеры ухода с рынка работают в направлении повышения конкуренции на рынке. Если переключение на другой отраслевой рынок или выход из данной сферы бизнеса сопряжены со значительными издержками, то естественно, ожидать большего упорства вытесняемых с рынка фирм в борьбе за свои позиции.

Барьеры проникновения на рынок тесно связаны с предыдущим фактором и действуют в прямо противоположном направлении, то есть повышение барьеров способствует снижению конкуренции и наоборот. Это обусловлено потребностью в значительных инвестициях, необходимостью приобретения специальных знаний и квалификации и т.п. Барьеры проникновения тем выше, чем больше дифференциация по видам страхового продукта и другим факторам. В этом случае действующие страховые компании имеют преимущества перед вновь появляющимися конкурентами в силу их престижа и опыта.

Стратегии конкурирующих страховых компаний, действующих на рынке, рассматриваются с целью выявить различия и общность стратегических установок конкурентов. Так, если большинство страховых компаний придерживается одной и той же стратегии, то уровень конкуренции повышается. Напротив, если большинство компаний придерживается различных стратегий, уровень конкуренции относительно понижается.

Привлекательность рынка данного продукта значительно определяет уровень конкуренции. Например, резкое расширение спроса вызывает бурный приток конкурентов. Теперь рассмотрим, каким образом сказывается на уровне конкуренции в отрасли влияние потенциальных конкурентов.

Серьезность этой угрозы зависит от величины барьеров, то есть тех трудностей и издержек, которые приходится преодолевать «новичку» по сравнению со «старожилами» отрасли. [22, с. 165]

Анализ влияющих на страховой рынок факторов и условий показал, что основные факторы, влияющие на состояние страхового рынка: растущая убыточность добровольного медицинского страхования в связи с резким ростом числа обращений застрахованных, а также на фоне снижения тарифов; реализация крупными страховщиками программ создания собственных лечебных учреждений и клиник; Сжатие кредитного сегмента страхования от НС из-за резкого сокращения объемов кредитования; сокращение объемов государственной поддержки в страховании сельскохозяйственных рисков; резкое, в ряде случаев необоснованное снижение ставок на рынке корпоративного страхования; сокращение продаж автомобилей, общее снижение проникновения страхования на фоне низкого платежеспособного спроса отразились на падении рынка автокаско в 1 квартале; сохранение низких темпов прироста премии из-за кризиса; отсутствие налогового стимулирования.

Исследования конкурентов на рынке страховых услуг по итогам первого полугодия 2015 показывают, что непосредственными конкурентами на страховом рынке являются универсальные рыночные страховщики. В ряде субъектов России компании конкурируют как с филиалами крупнейших страховщиков, так и с сильными региональными страховыми организациями.

На приоритетном для большинства страховщиков сегменте рынка – добровольное страхование иное, чем страхование жизни и ОСАГО, конкурентами являются страховые компании: СОГАЗ, Росгосстрах, РЕСО-Гарантия, Альфастрахование. Сегментация на рисунке 4.

Сегментация рынка по конкурентам в сегменте рынка -
добровольное страхование иное, чем страхование жизни и
ОСАГО, млрд. рублей

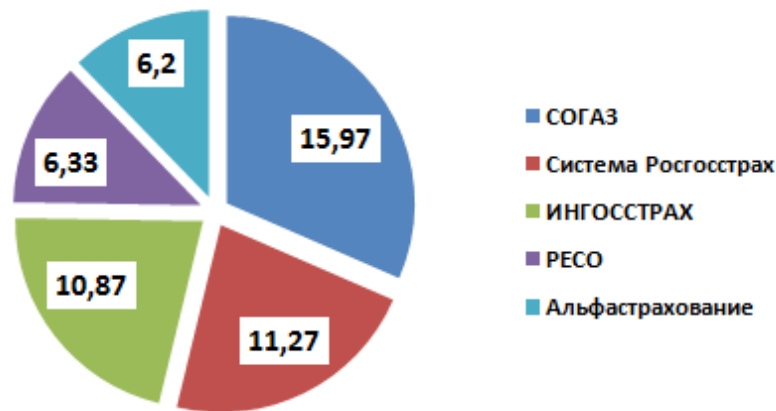


Рисунок 4 – Сегментация рынка по конкурентам

В сегменте страхования имущества субъектов хозяйствования и физических лиц, включая транспорт, конкурентами являются Росгосстрах, СОГАЗ, РЕСО-Гарантия, Альфастрахование – рисунок 5.[40, с. 134]

Сегментация игроков страхового рынка по объемам
премии в сегменте добровольного имущественного
страхования, млрд. рублей

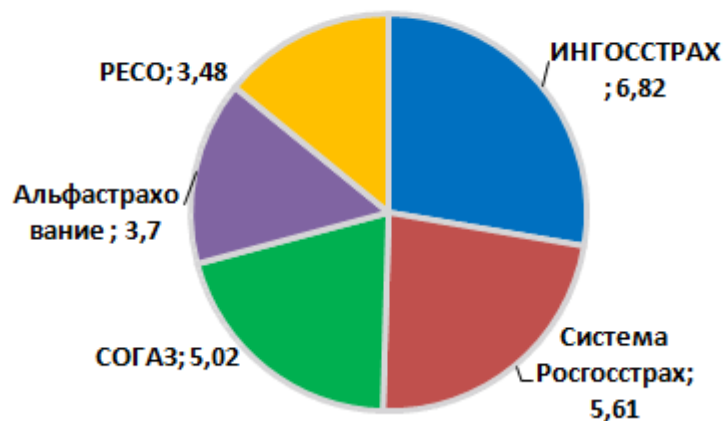


Рисунок 5 – Сегментация игроков страхового рынка

Конкурентными преимуществами страховых компаний в этом виде страхования являются: опыт работы с крупными предприятиями, широкая сеть филиалов и представительств, в том числе и за пределами России, прочная система перестраховочной защиты, в том числе и на зарубежных перестраховочных рынках, наличие агентской сети на всей территории РФ, качественный сервис в области урегулирования убытков, в том числе полнотой

и своевременностью выплат, что в кризисных условиях позволяет привлекать большое количество клиентов, ищущих надежную страховую защиту.

Конкуренция на современном страховом рынке приводит к тому, что компании-лидеры предлагают продукты, все более сходные по качеству и номенклатуре предоставляемых услуг, так что разница между ними постепенно стирается. Важнейшим фактором оценки качества продукта является надежность страховщика. Цена страхового продукта является в достаточной степени объективным показателем: она опирается на реальную вероятность наступления страхового события и прогноз потерь, а также на фактические расходы страховщика на ведение дела. Ее снижение может быть достигнуто за счет:

- сужения страхового покрытия (сужения перечня покрываемых рисков и соответствующих страховых сумм);
- ликвидации дополнительных услуг, входящих в страховой продукт и снижения качества обслуживания;
- агрессивной инвестиционной политики, нацеленной на покрытие разницы между полученной премией и фактическими расходами за счет доходов от инвестиции резервов.

За счет строительства «пирамиды» — покрытия потерь по убыточным договорам за счет новых продаж.

Первые два способа сжатия цены не приводят к снижению надежности компании. Рискованные инвестиции — это уже потенциальная угроза устойчивости страховщика, а пирамидальные схемы представляют собой практически полную гарантию его банкротства в обозримом будущем. Поэтому при анализе соотношения цены и качества услуг страховщика необходимо учитывать только первые две возможности. [27, с. 392]

В экономически развитых странах принято считать, что изменение стоимости страхования на 10% приводит к потере или приобретению 30% клиентуры компании. Соотношение изменения количества клиентов компании и цены называют эластичностью потребления по отношению к цене (или

просто по цене). В маркетинге также используется, например, эластичность потребления по качеству страхового продукта. Чем больше изменение числа клиентов при изменении цены или иного фактора — тем выше эластичность потребления. Если отношение изменения спроса к изменению цены меньше 1, то спрос является неэластичным, больше 1 — эластичным. Если же оно равно 1, то спрос называется унитарным. Вообще эластичность потребления — взаимозависимость количества продаж страховой продукции и ее цены — является весьма сложной. Ее можно изучать тремя способами: при помощи опросов клиентуры, методом экспертных оценок, сделанных специалистами и продавцами страховой продукции, путем анализа статистических данных по продажам страховой продукции в зависимости от изменения уровня цен.

Еще одним важным явлением, представляющий особый интерес для управления качествами страховой продукции, является поведение зависимости продаж от цены в области изменения стоимости более 1,2 от среднерыночного значения. Здесь характер зависимости отклоняется от параболического, что объясняется различной чувствительностью к цене. Порядка 4% страхователей высоко чувствительны к стоимости услуг и легко меняют компанию в поисках более дешевых предложений того же качества. В соотношении «цена-качество» они делают акцент на стоимость услуги. 65-70% от общего числа потребителей относятся к средней категории чувствительности, которая соответствует более или менее равновесной оценке значимости цены и качества продукта. Оставшиеся 30-35% страхователей можно отнести к категории мало чувствительных к цене и более чувствительных к прочим (неценовым) качествам страховой услуги.

Еще одним фактором, делающим условной зависимость продаж от цены страхового продукта, является то, что рост сбыта может определяться неценовой составляющей рыночной политики страховщика. Например, компания, желающая расширить клиентуру, помимо снижения цены делает вложения в рекламу, увеличивает агентские вознаграждения, расширяет территориальное присутствие.

В этом случае достаточно сложно выделить вклад снижения цены в общий прирост количества клиентов. Кроме того, эластичность спроса по цене не одинакова для потребителей, которые уже являются клиентами компании и для тех, кто только ищет страховщика. Вторая категория страхователей, находящаяся в процессе выбора, естественно, обращает больше внимания на стоимость полиса, тогда как первая группа при перезаключении договора менее склонна интересоваться условиями в других компаниях и более чувствительна к качеству продукта. Кроме того, для них имеют достаточно большое значение установившиеся личные отношения с представителем страховщика, которые часто нелегко ломать. Клиенты привыкают и к страховой инфраструктуре — поликлинике в случае медицинского страхования или станции тех. Обслуживания при страховании автотранспорта. Поэтому застрахованные лица — менее подвижная клиентура и, соответственно, менее чувствительная к цене страхового продукта.

К числу важнейших задач развития российского страхового рынка можно отнести следующие:

- повышение конкурентоспособности российского страхового рынка на мировом страховом рынке;
- повышение уровня капитализации страховых компаний;
- повышение инвестиционной привлекательности российских страховых компаний;
- улучшение качества страховых услуг;
- развитие классических видов долгосрочного и накопительного личного страхования;
- совершенствование правовых и организационных основ обязательного страхования;
- создание и развитие современной инфраструктуры страхового рынка;
- создание единых баз данных;

— создание единой образовательной системы, предполагающей не только получение базовых фундаментальных знаний и практических навыков, но и постоянное повышение квалификации работников страховой сферы;

— совершенствование налогообложения доходов физических и юридических лиц, связанного как с деятельностью страховых организаций, так и со страхованием физических и юридических лиц;

— повышение страховой культуры населения.[14, с. 238]

Данные по долям рынка страховых компаний представлены в Приложении Г.

Заключение

Здоровье населения – важнейший элемент социального, культурного и экономического развития страны. В связи с этим обеспечение населения гарантированным объемом бесплатной медицинской помощи, финансируемой из бюджетов всех уровней и средств ОМС, является важнейшей государственной задачей.

На основе мирового опыта была выбрана идея перехода к медицинскому страхованию и принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Договор медицинского страхования, и особенно обязательного, является в условиях новой экономической политики основным документом, регулирующим отношения сторон в сфере страховой медицины. Договор обязательного медицинского страхования имеет ряд особенностей, связанных с формой договора, условиями и порядком его заключения. Это обусловлено тем, что правоотношения обязательного медицинского страхования регулируются большим количеством нормативных правовых актов, различных по своей юридической силе. Главенствующее положение здесь, как и в случае регулирования иных гражданских правоотношений, занимает Гражданский кодекс Российской Федерации.

Вся система медицинского страхования создается ради основной цели – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страховых системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения.

Кроме обязательного (социального) медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования.

В настоящее время в России задействована система организации медицинского страхования, в которой обязательное и добровольное медицинское страхование существуют параллельно, дублируя друг друга. Несмотря на то, что все население застраховано по программе обязательного медицинского страхования, на рынке страховых услуг появляется добровольное медицинское страхование как реакция на возникновение спроса населения на дополнительные или более качественные услуги. Наличие у страхователя полиса добровольного медицинского страхования не накладывает ограничений на доступ к услугам по программе обязательного страхования. Программы обязательного и добровольного медицинского страхования не конфликтуют между собой, в связи с тем, что обязательное медицинское страхование предоставляет гражданам гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а добровольное страхование – сверх этого минимума, что позволяет значительно расширить спектр предлагаемых медицинских услуг.

Добровольное медицинское страхование – один из наиболее противоречивых видов страховой деятельности. С одной стороны, оно относится к личному страхованию, и его зачастую сравнивают со страхованием жизни, где объем обязательств страховщика заранее определен в договоре страхования. С другой стороны, специалисты справедливо относят его к рисковому виду страхования и сравнивают со страхованием имущества. В российской практике на представление о сути добровольного медицинского страхования значительное влияние оказывает существующая система обязательного медицинского страхования.

В целом по России ДМС довольно перспективный вид страхования. Это показывает число составляемых договоров и число застрахованных по

сравнению с другими видами страхования. Но из-за высоких страховых тарифов страховые суммы небольшие.

Для современной России чрезвычайно важно обеспечить права застрахованных в системе медицинского страхования в части получения медицинских услуг необходимого объема и качества. Кроме разработки нормативной базы, обеспечивающей права застрахованных, необходимо определить конкретные механизмы компенсации причиненного ущерба пострадавшим. Одновременное с этим введение обязательного страхования профессиональной ответственности врачей позволит обеспечить защиту не только прав пациента, но и защиту профессиональных и имущественных прав медработников. Решение нормативно-правовых вопросов относительно источников уплаты страховых взносов и выплаты средств при наложении штрафов сделает финансовые санкции к лечебному учреждению или к конкретному медицинскому работнику важным фактором улучшения качества медицинской помощи.

Сочетание ОМС и ДМС позволяет комплексно оценивать состояние застрахованного и более профессионально подходить к оказанию медицинской помощи. Оптимальное сочетание полисов ДМС и ОМС экономит деньги и время граждан.

Список использованных источников

1. Конституция Российской Федерации от 12 декабря 1993 г. // Российская газета. – 1993. - 25 декабря.
2. Гражданский кодекс Российской Федерации (ч.1) от 30 ноября 1994 г. №51[Электронный ресурс] Дата обновления: 02.10.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
3. Гражданский кодекс Российской Федерации (ч.2) от 26 января 1996 г. № 14-ФЗ [Электронный ресурс] Дата обновления: 23.05.2015. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
4. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Закон РФ от 27 ноября 1992 года № 4015-1 [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Гарант» - 2016.
5. Об основах обязательного социального страхования: Федеральный закон N 165-ФЗ от 16.07.1999 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 14.11.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
6. Об обязательном медицинском страховании: Закон РФ N 326 от 29.11.2010 г. [Электронный ресурс] Дата обновления: 03.07.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
7. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год: Постановление Правительства Российской Федерации от 19 декабря 2015 г. № 1382. [Электронный ресурс] Дата обновления: 20.11.2016. Доступ из Справочной правовой системы «Консультант Плюс» - 2016.
8. Агапитов А.Е. Управление здравоохранением на современном этапе - проблемы, их причины и возможные решения // А.Е. Агапитов [и др.], под ред. В.И. Стародубова, Д.В. Пивеня – Москва, Издательский дом «Менеджер здравоохранения», 2012.-130 с.

9. Алехина Е. С. Страхование: краткий курс лекций – М.: Издательство Юрайт, 2013.- 164 с.
10. Андреева Е. В. Влияние финансового кризиса на развитие страхового рынка // Развитие страхового рынка в России в современных условиях сб. науч. Трудов. – Иркутск: Изд-во БГУЭП, 2014.- 352 с.
11. Антонова Н.Л. Становление практики обязательного медицинского страхования в России: проблемы и противоречия // Научные проблемы гуманитарных исследований. - 2015. - № 2. – С. 294-298.
12. Архипов А.П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования //Государственный университет Минфина России. Финансовый журнал. - 2013. - № 1. – С. 349-351.
13. Баландина Е. Б. Практика уплаты страховых взносов: вопросы и ответы / Е. Б. Баландина, Е. Ю. Кнышева // Шифр: П49/2010/6 Журнал Пенсия [Текст]. – М. –2014. - № 6. – С. 168-169.
14. Бахматов С.А., Чипизубова А.С. Современные теоретические подходы к исследованию проблем обязательного медицинского страхования // Развитие страхового рынка в России в современных условиях: сб. науч. Трудов. – Иркутск: Изд-во БГУЭП; 2015. – 285 с.
15. Бушуева В.П. Конституционное право на охрану здоровья и медицинскую помощь в Российской Федерации на современном этапе: Автореф. Дис. ... канд. Юрид. Наук. М., 2012. – 263 с.
16. Вронская М.В. Институт медицинского страхования в российской федерации как инструмент обеспечения национальных интересов//Философия права. - 2014. - № 4. – С. 145-146.
17. Выборнова Е.Н., Юленкова И.Б. Проблемы функционирования системы обязательного медицинского страхования//Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. - 2013. - № 1. – С. 263-266.
18. Грищенко Н.Б., Клевно В.А., Мищенко В.В. Добровольное медицинское страхование: Основы современной практики. Барнаул: Изд-во Алт. Ун-та, 2011. – 192 с.

19. Гришин В. И. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования / И. В. Гришин. — М., Здравоохранение РФ, 2013. — 117 с.
20. Иевенко С. Дубае Н. Оптимальная модель медицинского страхования для России // Атлас страхования. - 2014. - № 6. — С. 125-126.
21. Ильиных Ю.М. Современное состояние добровольного медицинского страхования в России // Вестник Алтайской академии экономики и права. - 2014. - № 2. — С. 467-468.
22. Обязательное медицинское страхование: реальность и перспективы. Новая действительность «Обязательное медицинской страхование в Российской Федерации». — 2015. - № 5. — С.178-189.
23. Климин В.Г., Князева Е.Г. Теоретические и финансово-организационные основы медицинского страхования//Известия Уральского государственного экономического университета. - 2013. - Т. 1. № 18. — С.182-185.
24. Крестьянинова О.Г. Одноканальное финансирование как основной элемент модернизации обязательного медицинского страхования// Вестник Омского университета. Серия: Экономика. - 2011. - № 1. — С. 368-369.
25. Круглый стол «медицинское страхование: новый уровень»// Стенограмма, рейтингового агентства «Эксперт РА», 10.03.2015. — 257 с.
26. Лайков А. Ю. Новая стратегия развития страхования: необходимость существенных изменений / А. Ю. Лайков // Страховое дело. — 2013. — № 2 (240). — С. 189-190.
27. Логвинова И. Л. Добровольное медицинское страхование и финансирование отечественной системы здравоохранения / И. Л. Логвинова. // Страховое дело. — 2015. - № 9. — С. 384- 386.
28. Медицинское страхование: учебное пособие / О.И. Русакова [и др.] — Иркутск, Изд-во БГУЭП, 2013. — 297 с.
29. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / [Л. Д. Попович, Е. Г. Потапчик, С. К. Салахутдинова и др.]; под ред. И. М. Шеймана, С. В. Шишикина. — М.: Дело РАНХиГС, 2013. — 232 с.

30. Обязательное медицинское страхование: теория и практика: учебное пособие / В. Д. Роик. — М.: Дело и Сервис, 2013. — 176 с.
31. Основы страховой деятельности: Учебник / Под. Ред. Т.А. Фёдорова. — М.: БЕК, 2012. — 368 с.
32. Роик В. Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практика: учебное пособие / В. Д. Роик. — М.: Дело и Сервис, 2013. — 385 с.
33. Сахирова Н.П. Страхование: Учеб. Пособие. — М.: Проспект, 2013. — 231 с.
34. Сидоров В. Е. Право социального обеспечения Российской Федерации: учебное пособие / В. Е. Сидоров. — М.: ИНФРА-М, 2012. — 239 с.
35. Соловьев П.А. Проблемы добровольного медицинского страхования // Финансы. — 2014. — N11. — С. 95-96.
36. Страхование: учебник / под ред. Федоровой Т.А. — 3-е изд., - М.: Магистр, 2012 г. — 311 с.
37. Флек В.О. Финансирование российского здравоохранения: проблемы и перспективы / О.В. Флек; под ред. действительного члена РАМН В.И.Стародубова — М.: Изд-во ООО «Тэбис Паблишн», 2012. — 253 с.
38. Ханбалаева Х.Н. Проблемы медицинского страхования и возможные пути их решения//Транспортное дело России. - 2015. - № 8. — С. 363-365.
39. Хмельник Ю.Г. Добровольное медицинское страхование как составляющая компенсационного пакета современной организации // Актуал. Пробл. Совр. Науки. — 2015. — N 8. — С. 251-254.
40. Царева О.В., Федорина Е.Е. Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации в 2015 году // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. — 2015. - № 4. — С. 324-326.
41. Черепанова И.С., Говоров А.М. Добровольное медицинское страхование в российской федерации: опыт развития и перспективы оказания качественных медицинских услуг //Вестник Росздравнадзора . - 2012. - № S1 . — С. 95-98.

ПРИЛОЖЕНИЯ

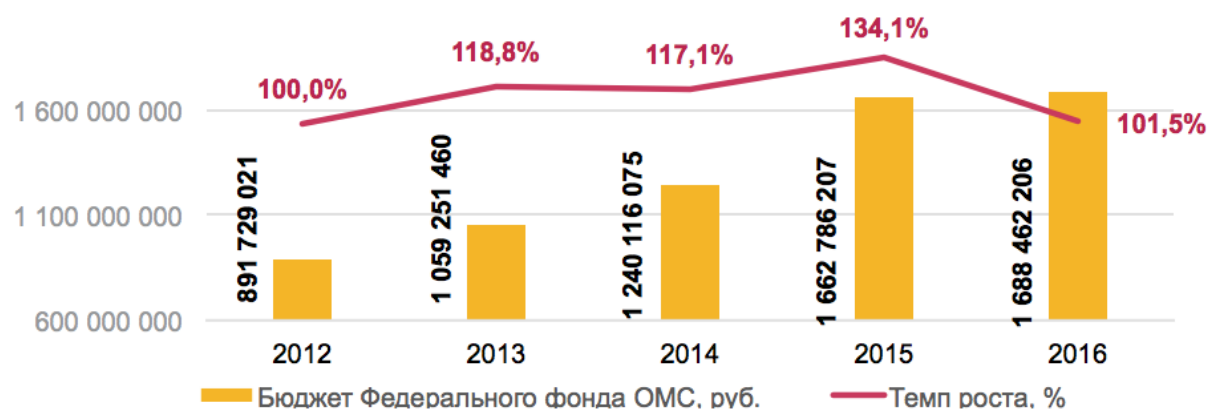
Приложение А

Сравнительный анализ системы обязательного и добровольного медицинского страхования

ОМС	ДМС
Составная часть государственного социального страхования (закон «О медицинском страховании граждан в РФ», статья 1) - положение об обязательном страховании вытекает из закона.	Финансово-коммерческая деятельность, относящаяся к личному страхованию (законы РФ «О страховании», «О медицинском страховании граждан в РФ», другие законы о предпринимательской деятельности).
Объект страхования - поддержание здоровья граждан путем оказания медицинской помощи за счет средств медицинского страхования в пределах Базовой программы ОМС	Объект страхования - поддержание здоровья граждан путем оказания дополнительной медицинской помощи (дополнительных медицинских услуг) сверх установленных Базовой программой ОМС
Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
Всеобщее страхование	Индивидуальное или корпоративное
Страховщик - государственные организации (некоммерческие страховые медицинские организации и филиалы территориальных фондов ОМС)	Страховщик - страховые организации любых организационно-правовых форм собственности
Страхователи - органы исполнительной власти и работодатели	Страхователи - граждане и работодатели
Реализуется в целях обеспечения социальных интересов граждан в охране здоровья	Реализуется в целях обеспечения дополнительных социальных интересов граждан в охране здоровья
Источник поступления средств - взносы работодателей и местной администрации за неработающее население	Источник поступления средств - личные доходы граждан или доходы организаций за счет прибыли

Приложение Б

Обеспеченность населения организациями здравоохранения в России



Приложение В



Приложение Г

Доля рынка страховых компаний

№ п/п	Компания	Рыночная доля, %
1	ЗАО МАСК 'МАКС-М»	12,9
2	СМК ОАО 'РОСНО-МС»	12
3	ОАО «СК СОГАЗ-Мед»	11,1
4	ООО «Росгосстрах—Медицина»	9,6
5	ООО «АльфаСтрахование МС»	7,4
6	ЗАО 'Капитал Медицинское страхование»	5,1
7	ООО СК 'Ингосстрах-М»	4,4
8	ООО МСК 'РЕСО-МЕД»	4,3
9	АО » ВТБ Медицинское страхование»	4
10	ЗАО Страховая группа 'Спасские ворота-М'	2,4

Приложение Д

ТОП-10 СМО на рынке ОМС в РФ в 2015



Приложение Е

Добровольное медицинское страхование динамика по годам



Приложение Ж

Динамика взносов по видам медицинского страхования

