МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

СТАВРОПОЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ АГРАРЫЙ УИВЕРСИТЕТ

КУРСОВАЯ РАБОТА

на тему: « Перспективы развития добровольного медицинского страхования»

Выполнила:

Магомедова Эльвира Гаджимурадовна

magomedova.elv2111@yandex.ru

Научный руководитель:

Подколзина Ирина Михайловна

privetia2003@mail.ru

Ставрополь – 2019.

**Содержание**

[Введение 5](#_Toc4028497)

[1. Теоретические основы добровольного медицинского страхования 7](#_Toc4028498)

[1.1 Нормативно–правовое регулирование добровольного медицинского страхования 7](#_Toc4028499)

[1.2 Экономическое содержание добровольного медицинского страхования 10](#_Toc4028500)

[2. Анализ современного состояния рынка добровольного медицинского страхования в России 19](#_Toc4028502)

[3. Тенденции и перспективы рынка добровольного медицинского страхования в России 31](#_Toc4028505)

[3.1 Проблемы развития добровольного медицинского страхования 31](#_Toc4028506)

[3.2 Направления совершенствования добровольного медицинского страхования 35](#_Toc4028507)

[Заключение 46](#_Toc4028508)

[Список использованных источников литературы 48](#_Toc4028509)

# Введение

Актуальность данной работы объясняется развивающимся состоянием отечественного страхового рынка, в частности, рынка страхования жизни. В современном мире страхование играет достаточно важную роль в экономике нашей страны, и значение страхование, и сфера охвата страхованием различных сторон нашей жизни все время увеличивается. Это является позитивной тенденцией, так как свидетельствует о повышении общей финансовой культуры населения, а также о том, что растет уровень осознанности участия людей в страховании.

В настоящее время в России задействована система организации медицинского страхования, в которой обязательное добровольное медицинское страхования 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. Ограниченность базовой программы обязательного медицинского страхования, отсутствие мотивации у медицинских работников, недоступность современной клинической и лабораторной базы в условиях ухудшения финансирования здравоохранения приводят к обострению проблем, связанных с получением квалифицированной медицинской помощи. В связи с этим единственно возможной системой предоставления медицинских услуг на качественном уровне остается система добровольного медицинского страхования.

Цель исследования – изучить актуальность, проблемы и перспективы развития добровольного медицинского страхования на российском страховом рынке.

В соответствии с данной целью разработаны следующие задачи:

– изучить рынок добровольного медицинского страхования в России;

– рассмотреть законодательный аспект добровольного медицинского страхования;

– изучить перспективы развития добровольного медицинского страхования на российском страховом рынке.

Объект исследования – добровольного медицинского страхования на российском рынке. Предмет исследования – продукты добровольного медицинского страхования на российском страховом рынке.

Методами, примененными в данной работе, являются графический; систематизации данных; аналитический; статистический; сравнительный; прогнозирования.

Структура данной работы была определена в соответствии с необходимостью достижения цели работы и решения поставленных задач. Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы.

Теоретическую основу данной работы включают труды российских ученых–экономистов, занимающихся изучением страхования в России, учебная и учебно–методическая литература, нормативно–правовые акты, статистические данные и ресурсы официальных сайтов сети Интернет.

# 1. Теоретические основы добровольного медицинского страхования

## 1.1 Нормативно–правовое регулирование добровольного медицинского страхования

Добровольное медицинское страхование (ДМС) дает возможность получать дополнительные медицинские услуги и экстренную помощь в тех сферах защиты здоровья, которые не обеспечивает ОМС. Закона о добровольном медицинском страховании пока не существует, но действуют смежные правовые акты, регулирующие эту сферу страхования. При возникновении противоречий в процессе реализации той или иной программы ДМС, а также при решении споров между страховщиком и застрахованными лицами, юристы используют сразу несколько законодательных актов, федеральные законы и статьи Гражданского кодекса РФ.

Пункт 1 статьи 41 Конституции Российской Федерации устанавливает, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь». ОМС (обязательное медицинское страхование), финансируемое из средств государственного бюджета или бюджетов субъектов РФ и других источников гарантирует получение помощи в экстренных ситуациях, угрожающих жизни человека, и должна оказываться даже при отсутствии полиса, бесплатно.

До января 2011 года страховая деятельность в стране регулировалась Законом РФ №1499-I от 28 июня 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (последняя редакция от 24.07.09). Он определял основные понятия, правила, участников и их взаимодействие, регулировал работу страховых компаний и медицинских учреждений. Закон рассматривал ДМС как дополнительный к ОМС тип страхования. С прекращением действия этого документа добровольное медстрахование стало независимым видом деятельности. А с 1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон №326-ФЗ от 29 ноября 2010 г. «Об обязательном медицинском страховании в РФ», затрагивающий следующие вопросы:

* Определение и принципы системы ОМС;
* Роль государства и субъектов РФ в страховании;
* Взаимодействие между участниками договора медстрахования;
* Источники финансирования ОМС;
* Программы ОМС и входящие в них услуги;
* Договорные отношения между страховщиками, страхователями и ЛПУ;
* Осуществление контроля и надзора.

Однако данный Федеральный закон не рассматривает добровольное медицинское страхование, поэтому большинство судебных тяжб и остальная юридическая практика в области ДМС опираются на разрозненные законодательные акты, а также на Правила страхования, которые разрабатывает сам страховщик, объединение страховщиков или государство. Обычно в таких правилах оговариваются основные положения договора медстрахования.

На сегодняшний день нормы, регулирующие добровольное медстрахование, точнее их отдельные его части, термины, понятия и некоторые правовые ситуации можно найти на страницах двух основных актов — в Гражданском кодексе РФ и Законе РФ №4015-1 от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Так, основные вопросы страхования рассматриваются во второй части ГК РФ (48 глава). В соответствии с п. 1 статьи 927 ГК РФ страхование осуществляется на основании договоров, «заключаемых гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховой организацией (страховщиком)». В 934 и 940 статьях вводится понятие «договора личного страхования».

В соответствии с ним страховщик должен оплачивать медицинские услуги, предоставляемые застрахованному лицу при наступлении страхового случая, в размере, не превышающем страховую сумму, а страхователь должен внести страховые взносы. Договор заключается в письменном виде. В статье 942 приведены существенные условия договора: застрахованное лицо (им может стать страхователь или другой человек), страховые случаи, сумма страхования, срок действия договора. Согласно 943 статье условия договора определяются правилами, действующими в страховой компании (или объединении СК), а страхователь и страховщик могут «договориться об изменении или исключении отдельных положений правил страхования и о дополнении правил».

Закон РФ №4015-1 охватывает такие вопросы, как цели страхования, участники страховой деятельности, и предлагает основные определения: страховой риск, сумма, премия, тариф, случай, финансовое обеспечение страховых компаний, надзор в сфере страхования. Согласно Закону №4015-1 правила страхования имеют силу внутреннего нормативного документа страховой компании и должны соблюдаться обеими сторонами, заключающими договор. Помимо этого юридическую силу имеют и документы, подписанные сторонами сделки по осуществлению добровольного медстрахования.

Отношения между страховой компанией и страхователем определяются договором и правилами страхования. Эти документы имеют большое значение при разрешении спорных ситуаций. В момент оформления договора страхователю нужно внимательно ознакомиться с условиями и принципами работы страховщика, проверить, чтобы в соглашении были указаны все необходимые пункты. Правила страхования и состав договора ДМС у большинства страховщиков во многом похожи, и в них содержатся:

* Основные термины;
* Участники и объекты медстрахования;
* Определение страхового риска и случая;
* Страховая сумма и взносы страхователя;
* Условия заключения и расторжения договора, период действия;
* Права и обязанности участников;
* Страховая выплата;
* Персональные сведения;
* Разрешение спорных ситуаций;
* Другие условия.

В соответствии с Правилами составляется договор ДМС, определяющий порядок и условия получения застрахованным лицом медицинских услуг. Он согласовывается и подписывается двумя сторонами. Основные разделы документа включают в себя информацию о страхователе, застрахованных лицах и страховой компании; программу страхования; состав услуг, порядок и время их получения; медицинские организации; порядок уплаты страховых взносов; страховую сумму; ответственность и права участников. Помимо этих разделов договор должен иметь и листы с приложениями. В них включают все необходимые дополнения, а также нестандартные решения или услуги для конкретного полиса. Кроме этого, в приложениях подробно прописываются программы ДМС, тарифы страховщика, внешний вид полиса. К документу прикрепляется медицинская анкета, если это необходимо.

Хотя ДМС в России и регулируется общим законодательством о страховой деятельности, но для человека, заключающего соглашение со страховой компанией, главными документами остаются условия медстрахования и договор. Если оспариваемого пункта в них нет, то и в судебном порядке доказать что-то будет достаточно сложно. Судебных прецедентов по ДМС на сегодняшний день совсем немного и связаны они скорее с компаниями-однодневками, а не с СК-флагманами, поэтому сделать сколь-нибудь определенные выводы по судебной практике сложно.

## 1.2 Экономическое содержание добровольного медицинского страхования

В комплексе проводимых в настоящее время социально-экономических реформ важнейшее место занимает развитие страховой медицины, переход к которой обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерять потребность в медицинской помощи и возможность ее получения следует вне зависимости от того, кем произведены затраты: непосредственно индивидуумом, предприятием, предпринимателем, профсоюзом или обществом в целом.

В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились три основные системы экономического функционирования здравоохранения – государственная, страховая и частная:

* государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) и гарантирует бесплатную медицинскую помощь;
* в основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских компаний (организаций);
* частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в частной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

В экономико-социальном отношении переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной финансовой обеспеченностью и технической оснащенностью. Низкий уровень заработной платы медицинских кадров, выплачиваемой из бюджетных средств, способствовал социальной незащищенности работников государственного здравоохранения. Неудовлетворительная обеспеченность объектов здравоохранения оборудованием и инструментарием, медикаментами, большая степень износа существующего медицинского оборудования свидетельствовали об их невысоком организационно-техническом уровне.

Кризис экономики страны привел к падению производства изделий медицинского назначения, разрыву кооперационных и внешнеэкономических связей, закрытию ряда нерентабельных объектов медицинской промышленности. Разрыв хозяйственных связей вызвал неблагополучную ситуацию со снабжением государственных лечебных учреждений лекарственными средствами, современной медицинской техникой.

Растущий дефицит бюджета обусловил нехватку финансовых средств, обострения ситуации в отраслях, финансировавшихся по остаточному принципу, а слабая моральная и материальная мотивация труда медицинского персонала – снижение качества лечебно-профилактической помощи, «инфляцию» звания врача и клятвы Гиппократа. Этому способствовали также рост цен и дефицит товаров народного потребления, бытовая неустроенность работников отрасли.

Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо в первую очередь осуществить преобразование экономических отношений, разгосударствление и приватизацию собственности, а также переход здравоохранения на путь страховой медицины.

Основные принципы организации страховой медицины:

* сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;
* всеобщность участия граждан в программах обязательного медицинского страхования;
* разграничение функций и полномочий между республиканскими (бюджетными) и территориальными (внебюджетными) фондами медицинского страхования;
* обеспечение равных прав застрахованных;
* бесплатность предоставления лечебно-диагностических услуг в рамках обязательного страхования.

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах. В узком смысле медицинское страхование представляет собой процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь. При этом медицинское страхование дает гарантию получения этой помощи, при чем ее объем и характер определяется условиями страхового договора.

Медицинское страхование, способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. В условиях страховой медицины реализуется принцип: «Здоровый платит за больного, а богатый – за бедного».

Государственное здравоохранение было основано на обезличенной и безадресной аккумуляции средств в общем бюджете. Развитие страховой медицины предполагает целевое образование фондов охраны здоровья и их концентрацию преимущественно на уровне районного или областного звена системы медицинского обслуживания. Направления и формы распределения средств в значительной мере определяют местные органы здравоохранения. При этом возрастает роль населения соответствующего региона в решении вопросов реализации этих фондов. Одновременно расширяются рамки сферы местного самоуправления, и повышается мобильность управления здравоохранением. Центр тяжести в управлении здравоохранением с уровня вышестоящих государственных органов переносится на уровень местных структур власти.

В рамках концепции финансово-экономической реформы здравоохранения и организации медицинского страхования населения программами страхования предусматривается внедрение новых для отечественной практики методов оценки качества медицинской помощи. Используются выборочные проверки эффективности диагностики и лечения по записям в историях болезни, анкетирование и другие формы социологического обследования пациентов. Для этого создаются экспертные комиссии различного уровня по линии:

* системы страховой организации;
* учреждений здравоохранения или органов управляющих здравоохранением;
* предприятий, с которыми заключатся договора о страховании.

Переход к медицинскому страхованию неизбежно предполагает определенную степень коммерциализации здравоохранения. Поэтому формирование тарифов на медицинские услуги, нозологических нормативов (КСГ болезней) позволит контролировать расценки не только за услуги, но и за медицинскую технологию.

Медицинское страхование по характеру оказываемой помощи подразделяется на обязательное и добровольное.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам России равные возможности в получении медицинской лекарственной помощи, предоставленной за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование в отличие от добровольного охватывает все страховые риски независимо от их вида.

Таблица 1 - Сравнительная характеристика двух основных видов страхования

|  |  |
| --- | --- |
| ОМС | ДМС |
| Обязательный вид страхования для каждого гражданина РФ | Осуществляется на добровольной основе, договор заключается по желанию страхователя |
| Помощь оказывается бесплатно, а средства на её обеспечение предоставляются из территориальных фондов страхования | Оформление страхового полиса оплачивается страхователем в соответствии с условиями договора, заключаемого между ним и страховщиком |
| Перечень медицинских учреждений, которые участвуют в социальной программе, определяется территориальным фондом медстрахования | Страховая компания самостоятельно привлекает специально отобранные клиники для оказания качественных медицинских услуг |
| Финансирование происходит за счёт добровольных взносов, налогов и других статей государственного бюджета | Источник денежного обеспечения добровольного страхования – сами застрахованные лица или их работодатели |
| Тарифы и расценки на мед. услуги и лекарственные препараты устанавливаются государством | Стоимость отдельных услуг, медикаментов, процедур оговаривается в страховом договоре |
| Не действует при выезде за рубеж | Может распространяться за пределы РФ, если это предусмотрено договором |
| Решение споров и разногласий с медработниками решаются в соответствии с законом РФ | У страхователя есть возможность доказать свою правоту и получить компенсацию за ненадлежащее или недостаточно квалифицированное оказание мед. услуг |
| Полный пакет услуг гражданин может получить только в пределах региона, в котором он проживает | Страхователь самостоятельно выбирает медучреждения из предложенного перечня, в которых ему удобно обслуживаться, не привязываясь к их территориальному расположению |
| Контроль качества осуществляется государственными территориальными фондами | Стороны рассматривают и выбирают методику проверки качества работ при заключении договора |

Добровольное медицинское страхование является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование является всеобщим. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

При коллективном страховании, как правило, в качестве страхователя выступает предприятие, организации и учреждения, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования своих работников или иных физических лиц (членов семей работников, пенсионеров и т.д.).

При индивидуальном страховании, как правило, в качестве страхователя выступают предприятия, организации, учреждения, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования своих работников или иных физических лиц (членов семей работников, пенсионеров и т.д.).

При индивидуальном страховании, как правило, в качестве страхователя выступают граждане, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования себя или другого лица (родственника и т.д.) за счет собственных средств.

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между сторонами медицинского страхования. Условия договора медицинского страхования регулируются ст.4 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ».

Договор медицинского страхования должен содержать:

* наименование сторон;
* сроки действия договора;
* численность застрахованных;
* размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
* перечень медицинских услуг, соответствующих программ обязательного и добровольного медицинского страхования;
* права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

Форма страхового медицинского полиса и инструкция о его ведении утверждаются Советом Министров Российской Федерации.

Страховой медицинский полис имеет силу на всей территории Российской Федерации, а также на территориях других государств, с которыми Российской Федерации имеет соглашения о медицинском страховании граждан.

Необходимость внедрения медицинского страхования в России в период перехода к рыночной экономике во многом была предопределена поиском новых источников финансирования здравоохранения.

По сравнению с существующей в России государственной системой здравоохранения, финансируемой из бюджета, к тому же по остаточному принципу, система медицинского страхования позволяет использовать дополнительные источники финансирования здравоохранения с целью создания наиболее благоприятных условий для полной реализации прав граждан на получение квалифицированной медицинской помощи.

В связи с внедрением принципов медицинского страхования в стране была практически пересмотрена система финансирования как отрасли в целом, так и отдельных медицинских учреждений.

Основными источниками лечебно-профилактических и оздоровительно-реабилитационных услуг являются бюджетные средства и страховые фонды, формируемые за счет взносов физических и юридических лиц. Госбюджет выполняет защитную функцию по отношению к социально незащищенным группам населения (пенсионеры, инвалиды, дети) и работникам сферы образования, культуры, здравоохранения, управления. Взносы в страховые фонды работающей части граждан вносятся через предприятия (учреждения, организации). Эти расходы включаются в себестоимость продукции предприятия (работ или услуг).

Таким образом, страховые фонды играют роль посредника между ЛПУ и населением. Однако максимальный эффект функционирования страховой медицины может быть достигнут лишь тогда, когда потребитель пользуется свободой выбора как ЛПУ и врача, так и тех посредников, которые гарантируют пациенту (страхователю) защиту его интересов. В противном случае монополия посредника порождает корпоративные интересы, противоположные интересам конечного потребителя.

# 2. Анализ современного состояния рынка добровольного медицинского страхования в России

Рынок добровольного медицинского страхования в России в последние два-три года был подвержен разнонаправленному давлению, как со стороны медицинских учреждений, так и со стороны застрахованных лиц. Количество участников страхового рынка ежегодно сокращается, причем некоторые компании, остающиеся действующими игроками, добровольно отказываются от лицензии на ДМС.

В 2016-2017 годах страховщики, будучи вынужденными подстраиваться под темп падения рубля, повышали стоимость своих услуг; потенциальные страхователи, контролируя свои расходы, требовали сохранения или снижения стоимости полисов ДМС. Единственным фактором, обуславливающим рост рынка ДМС в 2014-2016 годах была инфляция.

В 2016 году сегмент добровольного медицинского страхования продолжал демонстрировать падение, в основном из-за сокращения или отказа корпоративного сектора от ДМС. При этом сжатие сегмента замедлилось: в III квартале падение составило 2,8% по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года. В отчетном периоде, по сравнению с предыдущим, наблюдалось замедление не только темпов сокращения взносов по ДМС, но и тем­пов роста выплат. Темп роста выплат по данному виду страхования незначительно увеличился (+2,8%) по сравнению с аналогичным показателем 2015 года, в то время как во II квартале 2016 года данный показатель был равен +17,1%. Тем не менее скользящий коэффициент выплат остался высоким — 77,9%, что на 2,3 процентного пункта выше, чем за аналогичный период предыдущего года.

Динамика взносов по ДМС в 2017 году ускорилась на 2,4 п.п. по сравнению с предыдущим годом и достигла 6,4%. Объем взносов был равен 137,8 млрд. рублей. Количество договоров практически не изменилось (-0,1%) и составило 10,2 млн шт. Средняя премия по договору медицинского страхования увеличилась на 7,9% до 13,4 тыс. рублей. В сегменте ДМС (19,9% от общего объем страховых выплат), размер выплат остался стабилен — 100,6 млрд. рублей (-0,02% за год).

Сокращение страховых премий в ДМС было отмечено в 2018 году (-6,9% за III квартал 2018 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года), в результате чего доля рынка, занимаемая этим видом страхования, за год снизилась на 1,1 п.п., до 7,2%. Благодаря традиционно высоким сборам в первом полугодии, компенсирующим сокращение в III квартале, прирост взносов за 9 месяцев 2018 г. составил 4,4%. Объем взносов, собранных за отчетный квартал, был равен 22,8 млрд рублей. Количество заключенных в III квартале 2017 г. договоров выросло на 1,9% по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года и достигло 2,5 млн штук. В результате средняя страховая премия за год сократилась на 8,7%, до 9,3 тыс. руб. по итогам III квартала 2017 года.

До 2017 года у сектора ДМС отсутствовали собственные триггеры для роста. Динамика изменения величины средней страховой премии зеркально отражала падение количества заключенных договоров страхования. Тем не менее за отчетный период 1.01.2018 — 31.12.2018, несмотря на нестабильные показатели III и IV кварталов, наметилась существенная динамика. При том, что количество заключенных договоров практически сравнялось с показателями 2015 года, объем премий увеличился почти на 20 млрд руб., что отражено в таблице 1.

Таблица 1 — Количество заключенных договоров ДМС и объем премий за период 2015 — 2018 гг.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Отчетный период | Количество договоров, шт. | Объем премий, тыс.руб. |
| 1.01.2015 — 31.12.2015 | 11 347 890 | 124 074 582 |
| 1.01.2016 — 31.12.2016 | 10 328 384 | 128 956 970 |
| 1.01.2017 — 31.12.2017 | 10 271 866 | 137 816 419 |
| 1.01.2018 — 31.12.2018 | 11 086 927 | 140 007 952 |

Падение взносов по ДМС во многом объяснялось стремлением работодателей снизить свои расходы, в том числе за счет предоставления меньшего перечня услуг, а также распространения софинансирования и франшизы. Принятый закон о телемедицине, вступивший в силу с 1 января 2018 г., предусматривает оказание медицинской помощи и проведение консультаций дистанционно, что должно отразиться на расширении клиентской базы и снижении средней стоимости страховки. Выплаты по ДМС незначительно выросли (на 1,3% за III квартал 2018 г. по сравнению с аналогичным периодом прошлого года), достигнув 26,3 млрд рублей. В совокупном объеме выплат доля ДМС достаточно стабильна и составляет 21,7% по итогам 2018 года (21,9% годом ранее).

Страховые сборы последние несколько лет неуклонно росли. Но, если до 2013-2014 года это было обусловлено числом заключенных договоров, то, начиная с 2015, рост сборов инициировался лишь снижением курса рубля и удорожанием медицинских услуг из-за импортных медикаментов и аппаратуры. В 2016-2018 ситуация существенно не изменилась, что отчетливо видно на рисунке 1. И по прогнозам экспертов Банка России в ближайшем будущем динамика не изменится.

Рисунок 1 — Динамика объема страховых премий ДМС в 2015-2018 гг.

Стоит отметить, что на новшество, введенное 1 января 2016 года – обязательное наличие полиса ДМС у трудовых мигрантов — страховые компании возлагали надежды, полагая что оно обеспечит дополнительный приток клиентов и сборов. И страхование трудовых мигрантов действительно сыграло роль в приросте рынка ДМС в 2016 году. Но при минимальной стоимости полиса около 4000 рублей, были отмечены частые обращения в медицинские учреждения застрахованных лиц с весьма серьезными заболеваниями, что сделало эти полисы низкорентабельными или даже убыточными для страховщиков.

Выплаты в связи со страховыми случаями также росли. С 2015 года, когда объем выплат немного превысил 95 млрд рублей, размер выплаченного возмещения возрос на 11,1% и в 2018 году составил более 105 млрд рублей. Негативное влияние на рынок ДМС оказала девальвация рубля, резкое снижение корпоративных расходов на страхование, распространение мошенничества и ряд других факторов, которые не способствовали стабилизации ситуации.

Общая ситуация ставит под вопрос жизнеспособность многих мелких и средних страховых компаний и дает повод прогнозировать последующую «чистку» и консолидацию рынка ДМС в России. Лидерами по сборам 2018 году стали многопрофильные компании, представленные в таблице 2, но большую долю рынка по-прежнему (как и в предыдущие годы) занимает «Согаз» с 37,7% от общего объема страховых премий.

Таблица 2 — Страховые премии и выплаты страховщиков за 2018 год

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Название компании | Сборы, тыс. руб. | Выплаты тыс. руб. |
| 1 | «Согаз» | 52 857 460 | 46 181 178 |
| 2 | «Ресо-Гарантия» | 12 625 519 | 10 150 605 |
| 3 | «Альфастрахование» | 12 035 844 | 8 156 007 |
| 4 | «Ингосстрах» | 8 518 083 | 6 174 320 |
| 5 | «Альянс» | 6 671 942 | 26 705 |
| 6 | «Росгосстрах» | 6 027 088 | 4 346 404 |
| 7 | «Группа Ренессанс Страхование» | 5 925 293 | 3 353 085 |
| 8 | «ВСК Страхование» | 5 266 897 | 2 420 145 |
| 9 | «ВТБ Страхование» | 5 260 609 | 3 002 598 |

Согласно данным, предоставленным Банком России, большее число компаний из ТОП имеют средний коэффициент выплат выше среднерыночного уровня. Рынок ДМС находится в стагнации. Клиенты стремятся к снижению издержек, что приводит к сокращению программ (в основном за счет стоматологических услуг, стационарного лечения), переходу в менее дорогие ЛПУ, введению франшиз. ДМС для большинства страховых компаний остается низкомаржинальным бизнесом и используется как составная часть комплексных программ для корпоративных клиентов. Некоторые компании и вовсе отказываются от лицензии на ДМС. В частности, в 2018 году это сделали «Росгосстрах-Медицина» и «МАКС-М».

Чтобы оставаться на плаву, страховые компании, скорее всего, в ближайшие годы будут предпринимать различные действия для минимизации расходов и стоимости полисов. Антикризисные стратегии должны быть направлены на изменение восприятия добровольного медицинского страхования. Многие пациенты видят в полисе ДМС абонемент на неограниченное посещение поликлиники, а он больше является покрытием страхового случая. В перспективе, страховые компании могут прибегнуть к сокращению списка клиник, отказу от дорогостоящих услуг и льготного страхования родственников. Бизнесу медицинского страхования России в условиях кризиса нужно будет заново учиться балансировать между медицинскими учреждениями и пациентами. Основными шагами на ближайшие два года, скорее всего, станут:

* Стремление сохранить портфель текущих клиентов при поддержании рентабельности;
* Оптимизация выплат за счет усиления контроля за страховыми случаями.

Большим шагом в сторону стабилизации станет выход на темп роста, сравнимый с инфляцией. Эксперты на фоне вступления в силу с 01.01.2018 г. Закона о телемедицине и роста количества приезжих работников, прогнозируют рост объема премий в пределах 5-8%, рост популярности индивидуальных полисов ДМС с телемедициной, рост количества застрахованных от критических заболеваний, увеличение количества договоров ДМС трудовых мигрантов.

В связи с экономическим кризисом в 2018 году, большинством корпоративных клиентов страховых компаний были внесены корректировки в формирование бюджета и снижены необязательные затраты. Естественно, эти процессы затронули рынок ДМС, поскольку такая оптимизация расходов подразумевала либо отказ от медицинских полисов, либо существенное снижение их стоимости. Страховым организациям пришлось разрабатывать специальные предложения, предлагать акции и различными способами мотивировать клиентов на заключение договора. Работа в этом направлении продолжается, поскольку именно юридические лица приносят практически 85% прибыли страховщикам в сегменте ДМС.

# 3. Тенденции и перспективы рынка добровольного медицинского страхования в России

## 3.1 Проблемы развития добровольного медицинского страхования

В нашей стране каждый гражданин имеет право на обязательное медицинское страхование (ОМС). Такой полис в принципе можно применять на бесплатном приеме к врачу местной поликлиники, прохождении некоторых анализов и обследований, а также проведении простых операций. Но бывают случаи, когда полиса ОМС недостаточно. Для таких случаев существует добровольное медицинское страхование (ДМС). Такое страхование предназначено для тех людей, кто, например, не застрахован своим работодателем или не хочет лечиться в бесплатных медицинских учреждениях; также, если человек каждый год тратит на медицинскую помощь много денег или занимается травмоопасными видами спорта, ему выгоднее приобрести полис ДМС.

Все большее развитие в нашей стране получает данный вид страхования, который используется для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами. В соответствии с правилами добровольного медицинского страхования страховая организация (страховщик) заключает договоры страхования, по условиям которых гарантирует оказание и финансирование медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме страховой медицинской программы.

По сравнению с обязательным, добровольное медицинское страхование

имеет множество плюсов. Во-первых, страхователь имеет право выбора и может сам составить желаемую страховую программу и выбрать соответствующее медицинское учреждение из предложенных. На протяжении всего процесса страховщик консультирует его по всем вопросам, помогает сделать правильный, наиболее оптимальный выбор.

Во-вторых, большую роль играет экономия времени, которую предоставляет ДМС – не нужно искать подходящее медучреждение или просиживать в бесконечных очередях. В данном случае можно говорить и о денежной экономии, так как застрахованному лицу по полису ДМС не назначат ненужного лечения и не станут вытягивать из него дополнительных денег.

В-третьих, важнейшим аспектом является предоставление высококачественных услуг при добровольном медицинском страховании, которое непрерывно сопровождается помощью экспертов компании-страховщика.

Итак, чтобы выяснить состояние добровольного медицинского страхования в настоящий момент в России, какие происходят изменения в динамике и какую долю ДМС составляет в общей структуре всего страхования, проведем анализ данного вида страхования в нашей стране для дальнейших выводов о тенденциях и перспективах развития.

Рассмотрим структуру и динамику страховых премий по добровольному и медицинскому страхованию и найдем долю страховых премий по добровольному медицинскому страхованию в общей структуре страхования и отдельно добровольного страхования (табл. 3).

Из таблицы 3 можно увидеть, что за первый квартал 2016 года было собрано около 266 трлн руб., а в 2017 году 300 трлн руб., что на 12,8% больше. Из этих сумм на добровольное страхование приходится 78 - 79%. Страховые премии по добровольному медицинскому страхованию составили в 2016 году 59 трлн руб., в 2017году – 61,8 трлн руб., что показало положительную динамику изменения за год в 4,7%. Удельный вес страховых премий по ДМС по отношению ко всем премиям страхового рынка составил 22,16% в 2016 году и 20,58% в 2017 году, что говорит о небольшом уменьшении доли ДМС [22].

Таблица 3- Страховые премии по добровольному и обязательному

страхованию за 2017 и 2018 гг., трлн руб.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Значение  на  31.03.2017 | Структура,  % | Значение на  31.03.2018 | структура,  % | Изменение за  год, % |
| Страховые премии,  всего | 266371,8 | 100 | 300340,4 | 100 | 12,8 |
| В т.ч.  добровольному  страхованию, в том  числе | 209334,1 | 78,6 | 238957,8 | 79,55 | 14,2 |
| по страхованию  жизни | 23364,8 | 8,7 | 41424,1 | 13,8 | 77,1 |
| по страхованию  иному, чем  страхование жизни,  в том числе | 185 969,3 | 69,8 | 535,1 | 65,6 | 6,2 |
| по страхованию  средств наземного  транспорта (кроме  средств ЖД  транспорта) | 42 753,2 | 16,05 | 39 904,2 | 13,29 | -6,7 |
| по страхованию  прочего имущества  юридических лиц | 30 758,0 | 11,55 | 32 937,0 | 10,97 | 7,1 |
| по ДМС | 59 018,9 | 22,16 | 61 799,3 | 20,58 | 4,7 |
| по обязательному  страхованию, в том  числе | 57 037,7 | 21,41 | 61 382,6 | 20,44 | 7,6 |
| по ОСАГО | 36 998,0 | 13,89 | 49 703,8 | 16,55 | 34,3 |
| иные виды  обязательного  страхования | 20 039,7 | 7,52 | 11 678,8 | 3,89 | -41,7 |

Благодаря небольшому росту спроса на ДМС (увеличение количества заключенных договоров в I квартале 2018 года на 0,7% по сравнению с сопоставимым периодом предыдущего года), а также инфляционной составляющей (средняя стоимость договора ДМС за год увеличилась до 28,8 тыс. рублей с 27,5 тыс. рублей), сегмент добровольного медицинского страхования по итогам первых трех месяцев 2017 года показал годовой рост в 4,7%.

При анализе страхования иному, чем страхование жизни, зачастую используется комбинированный коэффициент убыточности, который показывает эффективность деятельности страховых компаний в различных сегментах страхового рынка (рис. 4) и определяется как:

**(СтВ + Р + Вд)/СП**

где СтВ - произведенные страховые выплаты;

Р - рассчитанный резерв убытков, включая резерв произошедших, но не заявленных убытков;

Вд - сумма расходов на ведение дел;

СП - начисленная (уплаченная или заработанная) страховая премия.

Такую формулу используют страховщики для сравнения расходов по убыткам с доходами. То есть, простыми словами, коэффициент убыточности представляет собой отношение суммы понесенных убытков, расходов и различных выплат к сумме заработанных премий.

В I квартале 2018 года рост выплат по ДМС в сравнении с аналогичным периодом 2017 года составил 3,6%. Такая динамика связана с инфляцией стоимости медицинских товаров и услуг - количество урегулированных страховых случаев по ДМС снизилось по сравнению с первым кварталом предыдущего года на 22,2%. Коэффициент выплат по ДМС за год вырос на 0,5 п.п. (до 76,2%).

Комбинированный коэффициент убыточности по ДМС сократился с 85,3% в 2016 году до 74,3% в связи с ростом заработанной страховой премии. Считается, что сокращение данного коэффициента показывает положительную динамику развития страховой деятельности компании и сегмента в целом. Это так, если это происходит за счет, например, сокращения расходов на ведение дела, а также повышения эффективности и рентабельности, а не за счет искусственного занижения размеров своих резервов, искажая реальные финансовые результаты [11].

Исходя из анализа, можно сделать вывод об относительно положительном развитии сектора добровольного медицинского страхования в РФ. На сегодняшний день существует множество предпосылок для активного продвижения данного вида страхования. На данный момент можно наблюдать низкий уровень государственной, формально бесплатной медицины, финансирование которой осуществляется через систему ОМС, которое по- прежнему не может позволить гражданам самим выбрать страховую компанию и медицинское учреждение, в котором они хотели бы получать медицинскую помощь. Никто не защищает права граждан. Отсюда и желание людей получать качественную медицинскую помощь путем платных услуг. В этом случае ДМС выступает все-таки с более выгодной стороны за счет рисковой составляющей, позволяющей избежать непредвиденных расходов, и, что столь же важно, благодаря контролю качества лечения и объема оказанных услуг со стороны страховой компании.

Добровольное медицинское страхование востребовано, в основном, корпоративными клиентами. На них приходится около 90% взносов, собранных по программам ДМС. Это можно объяснить с нескольких сторон. Во-первых, 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. Во- вторых, 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.

Но также существует и несколько причин малой заинтересованности со стороны физических лиц к добровольному медицинскому страхованию. Конечно, в первую очередь это происходит из-за отсутствия информированности о деятельности страховых компаний и правильном ее выборе, низкой финансовой грамотности населения. Да, за последнее время увеличились суммы страховых премий и количество заключенных договоров по ДМС, но по большей части такая страховая деятельность осуществляется в центральных районах нашей страны, где наблюдается более высокий уровень финансового благосостояния населения. Большинство людей просто-напросто не могут себе позволить платные медицинские услуги. Также отмечается и недобросовестное исполнение обязанностей страховщиков, которое показывает недостаточный профессионализм и развитость данного сектора страхования. Многие люди боятся быть обманутыми, отсюда такое недоверие, которое небольшими темпами пытаются вернуть российские страховые компании.

Среди важных факторов, тормозящих развитие рынка добровольного медицинского страхования - фактор легитимности, существуют проблемы с налоговым законодательством в этой сфере. По закону отчисления на ДМС, которые можно относить на себестоимость, не должны превышать 6% от фонда оплаты труда предприятия. При этом в социальных пакетах крупных зарубежных компаний до 40% затрат на персонал относится к непрямым денежным выплатам, включающим и медицинское страхование, и пенсионный план, и страхование жизни.

Опыт развитых стран доказывает, что именно добровольное медицинское страхование - наиболее эффективный механизм финансирования медицины. В пример можно привести родоначальника ДМС. В США осуществляется огромная поддержка программ добровольного медицинского страхования, как со стороны федерального правительства, так и органов управления отдельных штатов. Добровольной системой медицинского страхования охвачено более 80% населения США. Работодатели платят значительные суммы в виде налогов, из которых в итоге складываются выплаты по полюсам ДМС. В отдельности платные услуги являются достаточно дорогостоящими (около 300$ за обычный визит к терапевту), поэтому даже обеспеченные люди предпочитают приобрести полюсы добровольного медицинского страхования.[19]

Итак, одним из наиболее действенных механизмов стимулирования развития ДМС могло бы стать увеличение размера вычета из налогооблагаемой базы при расчете налога на прибыль на сумму страховых взносов, уплаченных по договорам ДМС. Также среди перспективных инструментов налогового стимулирования специалисты отмечают освобождение от налогообложения средств, направляемых страховыми организациями на формирование резерва предупредительных мероприятий по ДМС, и освобождение от налогообложения доходов, полученных гражданами в виде оплаты страховой компанией санаторно- курортных путевок. В то время как решение многих проблем, сдерживающих развитие ДМС, - вопрос длительного времени, приведение налогового законодательства в сфере медицинского страхования в соответствие с современными потребностями экономики позволило бы дать значительный импульс развитию ДМС в очень короткие сроки [16].

Таким образом, перспективы развития частного ДМС позитивны, но вряд ли это вопрос ближайшего будущего. Добровольное медицинское страхование в нашей стране, несмотря на большой потенциал его востребованности, пока что наталкивается на некоторые преграды. Для того чтобы оно стало по-настоящему массовым видом страхования, должны произойти значительные изменения как в уровне благосостояния людей, так и в их психологии.

## 3.2 Направления совершенствования добровольного медицинского страхования

Сегодня добровольное медицинское страхование - один из самых востребованных видов страховой защиты в России. Одна из основных предпосылок активного развития добровольного медицинского страхования - плачевное состояние государственной, формально бесплатной медицины, финансирование которой осуществляется через систему обязательного медицинского страхования. По мнению большинства специалистов, существующая система финансирования здравоохранения уже давно доказала свою несостоятельность, а основные принципы обязательного медицинского страхования так и не заработали. По-прежнему граждане не могут выбрать страховую компанию и медицинское учреждение, в котором они хотели бы получать медицинскую помощь, действует разделение застрахованных по территориальному признаку, а о защите их прав никто и не вспоминает. Поэтому неудивительно, что люди, желающие получать качественную медицинскую помощь и имеющие для этого хотя бы минимальные возможности, предпочитают платные услуги. Один из распространенных вариантов получения платной медицинской помощи - непосредственная оплата лечения по факту оказания услуг. Однако добровольное медицинское страхование более выгодно за счет рисковой составляющей, позволяющей избежать непредвиденных расходов, и, что столь же важно, благодаря контролю качества лечения и объема оказанных услуг со стороны страховой компании.

Добровольное медицинское страхование востребовано, в основном, корпоративными клиентами. На них приходится около 90% взносов, собранных по программам добровольного медицинского страхования. Объяснений этому 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 добровольного медицинского страхования 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 проще обращаться в лечебное учреждение напрямую, минуя страховую компанию. Ведь, в отличие от фирм, которые имеют налоговые льготы при использовании программ добровольного медицинского страхования, 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 добровольном медицинском страховании 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 добровольного медицинского страхования физических лиц, и делает их менее привлекательными по сравнению с корпоративным страхованием.

Опыт развитых стран доказывает, что именно добровольное медицинское страхование - наиболее эффективный механизм финансирования медицины. Тем не менее, развитие добровольного медицинского страхования в нашей стране на современном этапе развития, несмотря на большой потенциал его востребованности, наталкивается на преграды. Важнейшим сдерживающим фактором являются низкие доходы значительной части населения и запаздывание формирования среднего класса, приводящие к дефициту массового спроса на коммерческое медицинское страхование. Возможным вариантом решения данной проблемы в перспективе могли бы стать субсидии государства малоимущим гражданам для использования ими программ добровольного медицинского страхования. В таком случае страховые компании могли бы стать мощным инструментом финансирования здравоохранения за счет создания собственной инфраструктуры или инвестиций в существующие лечебные учреждения. Часто развитию добровольного медицинского страхования препятствуют и сами лечебные учреждения. Низкая конкуренция на рынке приводит к росту цен на медицинское обслуживание, при этом медицинских учреждений, способных полноценно обслуживать такого рода программы, постоянно не хватает. Во многих, даже больших городах существуют лишь несколько больниц или поликлиник, с которыми страховщики могли бы работать. Важной проблемой остается и распространенность "серой" медицины, препятствующей повышению культуры получения платных медицинских услуг. Наиболее критичный среди факторов, тормозящих развитие рынка добровольного медицинского страхования - фактор легитимности, иными словами, проблемы с налоговым законодательством в этой сфере. По закону отчисления на добровольное медицинское страхование, которые можно относить на себестоимость, не должны превышать 3% от фонда оплаты труда предприятия. При этом в социальных пакетах крупных зарубежных компаний до 40% затрат на персонал относится к непрямым денежным выплатам, включающим и медицинское страхование, и пенсионный план, и страхование жизни [5].

Добровольным медицинским страхованием в той или иной степени занимается большинство страховщиков: по данным страхового надзора, около 75% зарегистрированных страховых компаний имеют лицензию на оказание услуг по добровольному медицинскому страхованию. Однако большинство из них страхуют лишь персонал связанных с ними компаний, доля добровольного медицинского страхования в их страховых портфелях незначительна, а конкуренция между такими компаниями сведена к минимуму. Подобные страховщики, как правило, работают в узкой нише, обслуживая страховые интересы лишь одного или нескольких аффилированных предприятий. В сущности, в подобных случаях речь идет о налогосберегающих схемах, имеющих мало общего с реальным страхованием. При схемных операциях соблюдаются все формальности, требуемые для ухода от налогов: в полис включается некая якобы рисковая часть, в реальности невыполнимая. На деле же происходит простая оплата медицинской услуги.

Реальное страхование - рисковое, при котором страхователь вносит статистически рассчитанную плату за лечение, необходимое "среднему" человеку его возраста за год, и получает те услуги, которые потребуются ему по медицинским показаниям. Именно реальное добровольное медицинское страхование наиболее активно развивается в последние три-четыре года, в то время как объем псевдостраховых схемных операций неуклонно сокращается. Ориентированные на долгосрочное развитие страховщики зарабатывают за счет своей основной деятельности - защиты рисков, а не от комиссионных за сомнительные операции. Реальным медицинским страхованием занимаются преимущественно лидеры рынка добровольного медицинского страхования - ведущие универсальные страховщики федерального уровня, на которых приходится более половины всех взносов в этом сегменте. Так, всего лишь около десятка компаний обеспечивают медицинской защитой персонал большинства крупных производственных комплексов России, заодно предоставляя услуги среднему и малому бизнесу, а также частным клиентам. Государство в последнее время старается уделять серьезное внимание совершенствованию системы здравоохранения - национальный проект "Здоровье" объявлен в качестве одного из приоритетных направлений развития страны на ближайшую перспективу. Позитивное влияние национального проекта на развитие добровольного медицинского страхования будет заключаться в повышении качества медицинских услуг, в том числе и оказываемых по программам добровольного медицинского страхования. Часто недостаточное оснащение лечебных учреждений, прежде всего в регионах, является препятствием для развития добровольного медицинского страхования.

Таким образом, сегодня добровольное медицинское страхование - один из перспективных видов страховой защиты, главной предпосылкой которого является плачевное состояние государственной, формально бесплатной медицины, финансирование которой осуществляется через систему обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование востребовано, в основном, корпоративными клиентами, что связано с тем, что при страховании больших коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников. При страховании физических лиц за полисами обращаются преимущественно люди, которые уже знают, что в ближайшем будущем им придется воспользоваться медицинскими услугами, что значительно повышает стоимость полисов добровольного медицинского страхования, и делает их менее привлекательными по сравнению с корпоративным страхованием. К основным сдерживающим фактором развития системы добровольного медицинского страхования также можно отнести низкие доходы значительной части населения и запаздывание формирования среднего класса, приводящие к дефициту массового спроса на коммерческое медицинское страхование. Немаловажным является тот факт, что даже в крупных городах существует недостаток больниц или поликлиник, с которыми страховщики могли бы работать, а также распространенность "серой" медицины, препятствующей повышению культуры получения платных медицинских услуг.

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения, гарантирующий право каждого гражданина на получение медицинской помощи, соответствующей уровню развития как страны в целом, так и отдельных ее регионов. Реализацию такого подхода может обеспечить система страховой медицины. Как показывает мировой опыт, переход к страховой медицине является необходимым в условиях рыночной экономики и развития рынка медицинских услуг, так как он обеспечивает, во-первых, гарантированность и доступность, высококачественность медицинских услуг (даже при неизбежном росте цен на них) для широких слоев населения; во- вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения. Системы дополнительного (добровольного) медицинского страхования при правильной их организации обеспечат не только улучшение качества обслуживания застрахованных по этим системам, но и будут содействовать развитию медицинских услуг для остальной части населения путем аккумуляции дополнительных финансовых ресурсов в системе здравоохранения. Важным аргументом в пользу медицинского страхования является широкое распространение его в развитых странах мира, обеспечивающее высокий уровень медицинских услуг разным категориям граждан. Введение принципов медицинского страхования предполагает перевод отрасли на рыночные отношения, при которых действуют жесткие экономические законы. Поэтому обязательным условием этого перевода является внедрение экономических методов хозяйствования в практику работы медицинских учреждений.

Рыночная модель хозяйственного механизма сферы здравоохранения основывается на следующих принципах организации и функционирования:

* многоукладность (смешанный характер) экономики здравоохранения;
* хозяйственно-финансовая самостоятельность учреждений здравоохранения, основывающих свою деятельность на различных формах собственности;
* социально-экономическая и юридическая ответственность медицинских учреждений за результаты деятельности;
* предоставление медицинских услуг путем их купли-продажи по ценам, обеспечивающим не только покрытие затрат на эти услуги, но и получение определенной прибыли. Кроме того, цены должны формироваться с учетом качества медицинских услуг и соотношения спроса и предложения на них на рынке медицинских услуг;
* финансирование учреждений здравоохранения в форме самофинансирования из выручки от реализации медицинских услуг предоставленных населению, с учетом их количества, качества и эффективности;
* расширение ответственности за охрану здоровья населения. Основополагающий принцип организации сферы здравоохранения в условиях рыночного хозяйства может быть сформулирован как многоукладность экономики здравоохранения и многообразие форм организации медицинского населения.

Многоукладность экономики здравоохранения проявляется, во-первых, в параллельном существовании и развитии относительно обособленных, организационно оформленных секторов медицинского обслуживания населения: государственной, частной, страховой служб здравоохранения, во-вторых, в существовании и функционировании экономически и юридически самостоятельных медицинских учреждений, основывающих свою деятельность на различных формах собственности (государственной, коллективной, частной). Значение этого принципа определяется тем, что социально-ответственная конкурентная медицина возможна только при параллельном существовании и развитии различных форм собственности, форм и методов организации хозяйственной деятельности, управления, источников механизмов финансирования медицинских учреждений, а также различных методов (плановых и рыночных) регулирования процессов, протекающих в сфере здравоохранения. Как показывает мировой опыт, существование альтернативных секторов в общенациональной системе здравоохранения служит основой и гарантией свободы выбора места и условий работы для медицинских работников, а также, безусловно, расширяет права больного на свободный, самостоятельный выбор врача, медицинского учреждения, вида медицинских услуг, в наибольшей мере соответствующих его интересам. Необходимым условием эффективного функционирования многоукладной экономики здравоохранения является создание рынка медицинских услуг, который должен выступать в качестве «экономической среды» деятельности медицинских учреждений, механизма, обеспечивающей взаимосвязь «производителей» и потребителей медицинских услуг, а также в роли важнейшего регулятора всей совокупности отношений и социально-экономических процессов в сфере здравоохранения. Формирование рынка медицинских услуг предполагает создание условий и предпосылок для реализации системы рыночных свобод и прав потребителей.

Важнейшей проблемой функционирования рынка медицинских услуг является проблема создания механизма ценообразования на услуги, предоставляемые учреждениями здравоохранения. Основным требованием рыночного механизма ценообразования является свободное формирование цен на основе договора производителя медицинских услуг (продавца) и покупателя. В этих условиях необходимо формирование продуманной государственной и региональной политики цен, учитывающей, что искусственное сдерживание, «замораживание» цен на услуги здравоохранения может привести к снижению качества и эффективности медицинской помощи населению. Экономические преобразования, проводимые в нашей стране, перевод всей экономики на рыночные отношения, будут постепенно создавать необходимые предпосылки и условия для реализации основных положений реформы отрасли [14].

Таким образом, глубина и масштабность предстоящих перемен диктует целесообразность постепенного внедрения в практику здравоохранения положений новой финансовой модели отрасти и их поэтапное освоение. Перспективы развития частного добровольного медицинского страхования позитивны, но вряд ли это вопрос ближайшего будущего. Для того, чтобы оно стало по-настоящему массовым видом страхования, должны произойти значительные изменения как в уровне благосостояния людей, так и в их психологии.

# Заключение

Добровольное медицинское страхование (ДМС) дает возможность получать дополнительные медицинские услуги и экстренную помощь в тех сферах защиты здоровья, которые не обеспечивает ОМС. Закона о добровольном медицинском страховании пока не существует, но действуют смежные правовые акты, регулирующие эту сферу страхования. При возникновении противоречий в процессе реализации той или иной программы ДМС, а также при решении споров между страховщиком и застрахованными лицами, юристы используют сразу несколько законодательных актов, федеральные законы и статьи Гражданского кодекса РФ.

В последнее десятилетие стал очевидным кризис российского здравоохранения. Ограничение финансовых возможностей государства, вызванное общим замедлением темпов роста производства, при нарастании бюджетного дефицита сделало невозможным обеспечение необходимых расходов на здравоохранение только за счет государственных фондов. Стал насущным переход к новой системе организации здравоохранения. Более того, назрела необходимость радикальных качественных перемен в рамках самой этой системы. Это вызвано острым кризисом традиционных и отсутствием новых источников развития медицинской отрасли. В современных социально-экономических условиях, когда бесплатная медицина потеряла кредит доверия, на первый план выходит именно добровольное медицинское страхование, являясь залогом качественного сервисного обслуживания. Добровольное медицинское страхование у россиян все чаще рассматривается как возможность обеспечить себе качественное медицинское обслуживание в лучших клиниках страны. Результативность добровольного медицинского страхования в последнее время становится не только достоянием сотрудников ведущих компаний, оно все чаще привлекает внимание частных лиц, которые самостоятельно решаю заключить договор добровольного медицинского страхования. Несмотря на то, что медицинское страхование, как впрочем, и все другие виды страхования в России за последние 10 лет сделало огромный шаг вперед, мы все еще отстаем от развитых стран по этому показателю. И поэтому, как и для многих других сфер экономики, пришедших к нам после перестройки, для страхования в России открываются огромные возможности для развития. Российская система добровольного медицинского страхования требует реформирования с учетом современного состояния материально-технической базы медицинских учреждений, уровня благосостояния населения и той финансовой помощи, которая оказывается государством отечественным медицинским учреждениям. Именно добровольное медицинское страхование должно стать мощным инструментом повышения эффективности российского здравоохранения. Так как опыт развитых стран доказывает, что именно добровольное медицинское страхование – наиболее эффективный механизм финансирования медицины.

# Список использованных источников литературы

1. Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации : офиц. текст. – М. : Маркетинг, 2018. – 39 с.
2. Российская Федерация. Законы. Гражданский кодекс российской Федерации : офиц. Текст. – М.: Экзамен, 2018 – 304 с.
3. Российская Федерация. Законы. Об организации страхового дела в Российской Федерации : федер. закон от 27 ноября 1992 г. № 395–1 // Собр. зак–ва РФ. – 2018. – № 37. – Ст. 2517.
4. Анциферов, В.А. О моменте заключения договора личного страхования // Современное право. – М.: Новый Индекс, 2018, № 12. – С. 56–59
5. Ахметова, А. Т. Проблемы развития страхования жизни в России и пути их разрешения / А.Т. Ахметова, А.И. Ханмурзина // Молодой ученый. – 2016. – №7. – С. 457–459.
6. Бакиров, А. Ф. Формирование и развитие рынка страховых услуг / А.Ф. Бакиров, Л.М. Кликич. – М.: Финансы и статистика, 2016. – 348 с.
7. Брызгалов, Д. В. Инвестиционное страхование жизни в Российской Федерации / Д.В. Брызгалов // Финансы – 2016. – № 5. – С. 17-22
8. Волкова, И.А. Проблемы определения единого понятия договора страхования // Обеспечение законности и правопорядка на современном этапе развития российского общества: материалы Межрегион. заоч. науч.–практ. конф., посвящ. памяти М.И. Байтина, 2017 г.
9. Галаганов, В. П. Страховое дело / В. П. Галаганов. – М. : Академия, 2016. – 340 c.
10. Грищенко, Н. Б. Основы страховой деятельности / Н.Б. Грищенко – М.: Финансы и статистика, 2017. – 352 с.
11. Димитров, И. Л. Оптимизация инвестиционной политики страховой организации при размещении страховых резервов / И.Л. Димитров // Аудит и финансовый анализ. –2018. –№ 1. – С. 219–220.
12. Ермасов, С. В. Страхование / С. В. Ермасов, Н. Б. Ермасова. – 4–е изд., перераб. и доп. – М. : Юрайт, 2018 – 481 с.
13. Лельчук, А. Л. Страхование жизни / А. Л. Лельчук. – М. : Анкил, 2016. – 456 c.
14. Максимов, Д. А. Стимулирование развития рынка страхования жизни / Д.А. Максимов // Экономика и политика. – М. : 2017. – № 1. – С.2.
15. Орланюк–Малицкой, Л. А. Страхование / Л. А. Орланюк–Малицкой, С. Ю. Яновой. – 2–е изд. перераб. и доп. – М.: Юрайт, 2017. – 869 с.
16. Павлюченко, В. Г. Социальное страхование / В. Г. Павлюченко. – М. : Дашков и Ко, 2017. – 480 c.
17. Роик, В. Д. Социальное страхование в меняющемся мире / В. Д. Роик. – СПб. : Питер, 2017. – 185 c.
18. Скамай, Л. Г. Страховое дело / Л. Г. Скамай. – М. : Инфра–М, 2017. – 304 c.
19. Старовойтова, Л. Д. Страховое дело / Л. Д. Старовойтова. – М.: Юрайт, 2016. – 344 с.
20. Тонких, А.О. Инвестиционное страхование жизни: понятие, особенности, актуальность / А.О. Тонких // Студенческийв – 2017. – № 5(5).
21. Фадейкина, Н.В. именной Отечественная и зарубежная теория и практика анализа финансового состояния страховщиков / Н.В. Фадейкина // Вестник Сибирской финансовой школы. – Новосибирск, 2017. – № 4(135) . Ч.2 – C.123 – 130.