**Содержание**

Введение

Глава 1 Социально-экономическая природа медицинского страхования

1.1 Социально-экономическая природа медицинского страхования

1.1.1 История медицинского страхования

1.1.2 Развитие медицинского страхования в России

1.1.3 Необходимость перехода к страхованию медицины. Значение медицинского страхования

1.2 Принципы организации медицинского страхования

1.2.1 Обязательное и добровольное страхование

1.2.2 Договор медицинского страхования

1.2.3 Система финансирования медицинского страхования

Глава 2 Организация медицинского страхования в России

2.1 Система обязательного медицинского страхования в России

2.1.1 Основные проблемы ОМС в настоящее время

2.1.2 Участники системы ОМС и их взаимодействие

2.2 Добровольное медицинское страхование в России

2.1.2 Объекты, субъекты ДМС

2.2.2 Договор ДМС

2.2.3 Анализ современного положения добровольного медицинского страхования в России и экономическая необходимость

2.2.4 Развитие, современное состояние и перспективы ДМС в России

2.3 Отличительные особенности ДМС от ОМС

Глава 3 Перспективы развития медицинского страхования в России на примере Нижегородской области

3.1 Общая характеристика области здравоохранения

3.2 Финансирование здравоохранения Нижегородской области

3.3 Бюджет Нижегородского ФОМС за 2008 г.

3.4 Лидеры личного страхования по Нижегородской области

Заключение

Список литературы

Приложения

**Введение**

Страхование в любом современном обществе играет большую роль в функционировании экономики и поддержке жизненного уровня населения. Страхование является одним из институтов экономического развития общества, независимо от его политического устройства.

Актуальность работы обусловлена ролью медицинского страхования в современном обществе, которое является составной частью сложнейшей инфраструктуры страхования, являющегося, в свою очередь, частью макроэкономической системы государства. Появились большие потребности в страховых услугах. Радикальные преобразования страхового дела в стране направлены на формирование страхового рынка, твердой правовой основы его функционирования, создания условий для расширения сферы и качества страховых услуг.

Сегодня медицинское страхование - один из самых востребованных видов страховой защиты в России. Страхование в России - это развивающаяся отрасль, опирающаяся на огромный, практически неосвоенный рынок, имеющий большое будущее. Основанием для такого прогноза является то, что во многих развитых странах мира страховые компании по своей мощности и размерам концентрируемого в них капитала стоят наравне с банками и являются важной отраслью финансового сектора экономики. Однако в течение последних лет число страховых компаний резко сокращается. Прежде всего, это связано с неэффективным управлением, не способностью приспособиться к условиям внешней среды, плохим владением инструментами стратегического управления. Эти проблемы актуальны не только для вновь образующихся страховых компаний, но и для компаний, которые функционируют длительное время.

Цель настоящего дипломного проекта является анализ текущего положения медицинского страхования в России и поиск направлений его повышения эффективности.

В соответствии с целью дипломной работы поставлены следующие задачи:

- представить теоретические аспекты страхования: история, понятие, задачи и цели;

- проанализировать современное состояние рынка медицинского страхования в России;

- рассмотреть проблемы медицинского страхования в России;

- предложить направления и перспективы развития медицинского страхования в России.

Предметом дипломной работы являются система медицинского страхования в России.

Объектом работы выступает рынок медицинского страхования в России.

Предмет работы – анализ медицинского страхования.

Теоретическую основу работы составляют федеральные законы Российской Федерации, приказы и инструкции, издаваемые органами по надзору за страховой деятельностью. А также изучены работы авторов Колесникова Ю.А., Кошкина Д.С.., Шахова В.В., Турбиной К.Е. и других посвященные изучению проблемы страхования и организации деятельности страховых компаний в Российской Федерации.

Практической основой работы послужили статистические данные, представленные федеральной службой по страховому надзору, теоретические изыскания отечественных и зарубежных ученых, законодательные и нормативные акты, бухгалтерская и иная отчетности страховых компаний.

Работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложений.

**Глава 1 Социально-экономическая природа медицинского страхования**

**1.1 Социально-экономическая природа медицинского страхования**

**1.1.1 История медицинского страхования**

Предоставление социальной помощи гражданам в случае болезни имеет достаточно давнюю традицию: еще в Древней Греции и Римской империи существовали организации взаимопомощи в рамках профессиональных коллегий, которые занимались сбором и выплатой средств при наступлении несчастного случая, получение травмы, трудоспособности, длительного заболевания или увечья. В Средние Века защитой населения в случае болезни или наступления болезни занимались цеховые или ремесленные гильдии (союзы и церковь). В первом случае помощь оказывалась за счет средств цеховых касс, созданных из членских взносов. Во втором случае макальная и лечебная помощь предоставлялась нуждающимся безвозмездно за счет пожертвований [1, c.25].

Однако форму медицинского или, как тогда было принято называть, больничного страхования социальная помощь при болезни получения только во второй половине XIX в. Именно в это время начало проявлять себя профсоюзное рабочее движение, одним из важных результатов которого стало создание во многих европейских странах страховых больничных касс. Эти кассы образовывались за счет работодателей и работников и управлялись соответственно представителями администрации предприятия и профсоюзного комитета. Кассы предоставляли своим членам денежную помощь пособия, частично возмещающего трудовой доход, потерянный во время болезни, единовременной выплаты и пенсии семье в случае смерти работника, компенсации роженицам. Кроме того, предусматривалось оказание медицинской и лекарственной помощи. Пионерами в больничном страховании являлись Англия и Германия. Именно в Германии в 1883 г. был издан первый государственный Закон об обязательном больничном страховании рабочих.

В России становление системы помощи населению при болезни связывается, в первую очередь, с развитием в конце XIX в. земской медицины, дотируемой за счет казны, ассигнований губернских и уездных властей. Медицинское страхование не получило в дореволюционной России широкого распространения в силу аграрного характера ее экономики и очень малого периода пореформенного капиталистического развития.

Начиная с 1867 г. предписывалось на всех фабриках, имеющих 1000 и более работников, устраивать больничное помещение из расчета 1 койко-место на 100 чел. В 1887 г. это положение приняло форму закона. На практике закон выполнялся не полностью, по данным на 1907 г., медицинскую помощь предоставляли только крупные предприятия — 32,5% общего числа фабрик и заводов, однако он: охватывали медицинским обслуживанием 81,6% промышленных наемных работников. Для финансирования системы здравоохранения в целом со всех граждан, живущих личным трудом и не принадлежащих к привилегированным сословиям, взимался больничный сбор.

Фабричные страховые (больничные) кассы создавалась в начал XX в. преимущественно на крупных предприятиях Москвы и Санкт Петербурга. Принципы их организации и функционирования были аналогичны западноевропейским. В 1912 г. Государственной думой бы принят закон о введении обязательного страхования рабочих на случай болезни. К 1916 г. в России было учреждено 3189 больничных касс, насчитывавших 2,5 млн. застрахованных. Из ни: полностьюфункционировало 2330 касс с числом участников 1,8 млн. человек. Закон обязывал работодателей за счет собственных средств предоставлять работникам медицинскую помощь, однако выбор способов выполнения этой обязанности являлся предметом соглашения работников и работодателя. Во многих случаях работодатели вносил" средства на медицинское обеспечение в страховую кассу, которая занималась организацией и оплатой лечения застрахованных.

Больничные страховые кассы просуществовали до революции; после принятия декрета о введении государственной монополии в страховании они были упразднены. В советское время надобность в медицинском страховании отсутствовала, поскольку существовал всеобщее бесплатное медицинское обслуживание, а сфера здравоохранения полностью содержалась за счет средств государственного бюджета, государственных ведомств и министерств, а также социальных фондов самих предприятий [25, c.15].

В период рыночного реформирования экономики, резкого снижения уровня жизни населения, острой нехватки бюджетных и ведомственных средств на содержание медицинских учреждений 1991 г. был принят закон о введении в РФ медицинского страхован граждан в двух формах: обязательной и добровольной. Причем все положения этого закона, которые касались обязательного медицинского страхования (ОМС), вводились в действие начиная только с 93 г.

В настоящее время сложилась полисубъектная система финансирования здравоохранения. Подавляющая доля средств на медицинское обслуживание населения поступает из государственного бюджета и через систему ОМС. Соотношение средств, поступающих в сферу здравоохранения через бюджет (с учетом взносов за неработающее население) и систему ОМС, составляло в 1998 г. 2:1, а в настоящее время составляет 3:2.

Обязательное медицинское страхование имеет определенные организационные и финансовые отличия от других отраслей социального страхования. Во-первых, в рамках ОМС не производятся никакие денежные выплаты населению. Финансовые средства используются только на оплату медицинских услуг, предоставляемых гражданам бесплатно, и направляются в систему лечебно-профилактических учреждений, имеющих государственную лицензию и аккредитацию. Во-вторых, в организации ОМС принимают участие коммерческие компании — страховые медицинские организации, которым по Действующему Закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» отведена роль непосредственного страховика. Отметим, что в данном случае нарушается другое законодателе положение, закрепленное в ст. 6 Федерального закона б основах обязательного социального страхования», где указывается, что страховщиками в системе государственного социального страхования могут выступать только некоммерческие организации. В-третьих, в финансировании ОМС задействованы средства бюджетов субъектов РФ, так как органы исполнительной власти субъектов РФ выступают страхователями неработающего населения и обязаны уплачивать страховые взносы в территориальные фонды ОМС.

Начавшаяся в 1991 г. реформа отечественной системы здравоохранения еще далека от завершения. Под давлением экономических и политических обстоятельств она остановилась на этапе государственно-полукоммереского варианта ОМС со сложной системой организационных и финансовых полномочий множеств; различных субъектов, чьи функции нередко подменяют друг друга. Поэтому достаточно справедливым и отвечающим реальной действительности считается мнение, что внедрение ОМС фактически свелось лишь к созданию дополнительного источника финансирования здравоохранения за счет взносов, уплачиваемых всеми хозяйствующими субъектами.

**1.1.2 Развитие медицинского страхования в России**

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России началось еще в XVIII - начале XIX вв., когда на возникших первых капиталистических предприятиях появились первые кассы взаимопомощи. Сами рабочие стали создавать за свой счет (без участия работодателей) общества взаимопомощи - предшественников больничных касс. Первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни, появилось в 1827 г. в Санкт-Петербурге. Развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

1 этап (март 1861 г.- июнь 1903 г.).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. Открывшиеся в 70-80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи [13, c. 14]. В целом медицинская помощь фабрично-заводским рабочим была крайне неудовлетворительной. 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 нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, предусматривалась обязанность предпринимателя и казны выплачивать вознаграждения 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. 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

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). 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 31.10.1918г., 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. 6 этап (ноябрь 1921 - 1929 год).

C 1921 г. в стране была провозглашена новая экономическая политика (НЭП), 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 [30, c.58]. 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. По Постановлению Совета Народных Комиссаров № 19 ст. 124 от 23.03.1926 г. из всех средств социального страхования образовывались следующие операционные фонды: Фонды, находящиеся в непосредственном распоряжении органов социального страхования.

· Фонды медицинской помощи застрахованным (ФМПЗ), находящиеся в распоряжении органов здравоохранения 7 этап – (1929 - 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.

**1.1.3 Необходимость перехода к страхованию медицины. Значение медицинского страхования**

Медицинское страхование — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Под медицинским страхованием понимают страхование на случай потери здоровья от любой причины, в том числе в связи с несчастным случаем или в связи с болезнью. Объектом его является страховой риск по покрытию затрат на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При платной медицине оно выступает как инструмент покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной — как дополнительный источник финансирования медицинских затрат. При потере здоровья граждане имеют право получить денежное пособие за период нетрудоспособности в размерах, устанавливаемых в зависимости от стажа работы [10, c.26]. Если нетрудоспособность продолжается 4 и более месяцев, застрахованный переводится на пенсию по инвалидности. При медицинском страховании интересом забракованного выступает возможность компенсации затрат на медицинское обслуживание за счет средств страховщика.

Например, заключая договор страхования на случай диагностирования или лечения болезни, страхователь обеспечивает себе или застрахованному возможность получения дополнительной материальной помощи на случай таких событий.

В большинстве стран с развитым платным здравоохранением медицинское страхование получило очень широкое распространение. Основная его цель — максимальная доступность медицинских услуг для широкого круга населения и по возможности наиболее полная компенсация расходов страхователей. В нашей стране платная медицина не получила еще такого широкого распространения, в условиях общего бесплатного здравоохранения медицинское страхование не может быть ни чем иным, как отраслью обязательного социального страхования, и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой в счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Правовые вопросы страхования регулируются Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

Иностранные граждане, постоянно проживающие в России, имеют аналогичные права и обязанности в области медицинского Страхования, если международными договорами не предусмотрены иные условия.

Ст. 9 настоящего Закона закрепляет следующие права страхователя:

• участие во всех видах медицинского страхования;

• свободный выбор страховой организации;

• контроль за выполнением условий договора медицинского страхования;

• возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора;

• привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

• заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;

• вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором медицинского страхования;

• в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

• предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

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» [20, 187].

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.

Неудовлетворительное состояние здоровья снижает качество жизни для значительной части россиян, ограничивает возможности экономического развития России и является одной из основных причин растущего демографического кризиса в стране. Перед Россией по-прежнему стоят сложнейшие задачи, связанные с преодолением кризиса демографической ситуации и неудовлетворительного состояния здоровья населения, реформированием системы здравоохранения и изменением нездорового образа жизни значительной части населения. Стремительное распространение туберкулеза и ВИЧ/СПИДа в перспективе представляет особую угрозу для здоровья людей, увеличивая и без того высокую смертность от неинфекционных болезней (сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний) и травм.

В Российской Федерации ожидаемая продолжительность жизни у женщин (72 года) близка к уровню 1955 г., а ожидаемая продолжительность жизни у мужчин (59 лет) на три года меньше, чем в 1955 г., и сейчас находится на том же уровне, что и в Эритрее и Папуа-Новой Гвинее. До 2004 г. сокращение ожидаемой продолжительности жизни в России составляло резкий контраст со значительным ростом доходов и снижением уровня бедности, которые наблюдались с 1998 г. И даже после того, как в 2004 году появилась динамика увеличения ожидаемой продолжительности жизни, этот показатель в России достиг лишь невысокого уровня 2000 г. (65,3 лет). Для сравнения, средний показатель ожидаемой продолжительности жизни в странах Европейского Союза составляет 78 лет.

Разрыв между Россией и Западной Европой становится еще больше, если рассматривать комплексный показатель «ожидаемая продолжительность здоровой жизни». Таблица 1 отражает не столь общепризнанную проблему плохого здоровья женщин. Действительно, ожидаемая продолжительность здоровой жизни у российских женщин не намного больше, чем у мужчин.

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) и ожидаемая продолжительность здоровой жизни (ОПЗЖ) в России.



Помимо того, что высокий уровень смертности и заболеваемости среди трудоспособного населения России оказывают непосредственное влияние на благосостояние, они представляют угрозу для экономического развития и безопасности страны. Предложение рабочей силы станет неуклонно растущим ограничением экономического роста, поскольку Россия стоит перед лицом демографического кризиса, превосходящего по масштабу демографический кризис Западной Европы. Согласно большинству экспертных прогнозов, к 2050 г. население России должно сократиться примерно на 17 процентов.

Ожидаемое сокращение трудоспособного населения еще более значительно, и, по мнению экспертов, для заполнения этого пробела после 2007 г. потребуется ежегодный приток около одного миллиона мигрантов трудоспособного возраста. Кроме того, неудовлетворительное состояние здоровья трудоспособного населения влечет за собой экономические издержки в виде низкой производительности, досрочного выхода на пенсию и большого объема расходов на лечение. Стремительно растущая зависимость от внешней рабочий силы, как и неудовлетворительное состояние здоровья в армии, поднимает вопросы о национальной безопасности России.

Кроме того, в Российской Федерации наблюдается самая высокая смертность на дорогах (из расчета на 100 тысяч населения) среди всех стран-членов Европейской конференции министров транспорта (ЕКМТ).

Наряду с 260-процентным ростом парка автотранспортных средств с начала 1990-х годов, в России резко снизилась безопасность дорожного движения. Развитию российского кризиса безопасности дорожного движения способствует целый ряд проблем, включая плохую организацию дорожного движения, высокая скорость движения на дорогах, плохое состояние дорог и несовершенство противоаварийной защиты автотранспортных средств. Продолжающийся бурный рост количества автомобилей на дорогах говорит о том, что в ближайшие годы эти проблемы станут еще острее.

Российская система здравоохранения была главной темой многих исследований. Ввиду роста расходов (в том числе неофициальных) на высококачественные медицинские услуги и лекарства специалисты стали высказывать опасения о том, что качественное медицинское обслуживание, возможно, стало менее доступным для бедных слоев населения. Действительно, увеличение смертности и заболеваемости наблюдается, прежде всего, среди малоимущих. Вплоть до 1995 года объем государственных расходов на здравоохранение в России (3-4,5% ВВП) был ниже, чем во многих других странах, включая страны ЕС, где доля этих расходов обычно превышает 6% ВВП. Тем не менее, результаты опросов свидетельствуют о том, что размер частных платежей (в том числе, неофициальных) примерно равен вкладу государства, т.е. в целом объем российских расходов на здравоохранение вполне соответствует международным стандартам для стран со средним уровнем дохода. Однако рост значимости неофициальных платежей приводит к тому, что фактическое предоставление медицинских услуг становится менее доступным для бедного населения. Кроме того, российская система здравоохранения имеет целый ряд известных и серьезных структурных недостатков, включая чрезмерный акцент на стационары по сравнению с первичным звеном медицинской помощи и профилактикой заболеваний, недостаточно активный мониторинг рисков для здоровья людей и качества услуг, неэффективное территориальное распределение медицинских работников, низкую заработную плату многих медицинских работников, нехватку современного оборудования, недостаточную гибкость муниципальных бюджетов и недофинансирование национальной системы обязательного медицинского страхования.

По количеству врачей, медсестер, других больничных работников на душу населения, больничных коек на душу населения, а также по средней продолжительности лечения в стационаре Россия опережает большинство других стран, включая страны ЕС. Тем не менее, она отстает по большинству других показателей, особенно таким, как поддержка здорового образа жизни и профилактика заболеваний.

Итак, медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

**1.2 Принципы организации медицинского страхования**

Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательное и добровольное.

**1.2.1 Обязательное и добровольное страхование**

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования [26, c. 12]. Поэтому систему обязательного медицинского страхования следует рассматривать с двух сторон: с одной стороны — это составная часть государственной системы социальной защиты наряду с пенсионным, социальным страхованием, другой стороны — финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг… »

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных и иных медицинских услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Добровольное медицинское страхование — важное дополнение к системе государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Основная цель добровольного медицинского страхования — компенсация застрахованным гражданам финансовых расходов и потерь, связанных с болезнью или травмой, которые не покрываются государственной или обязательной страховой медициной. Как видно из рис.2, субъектами медицинского страхования являются:

• гражданин;

• страхователь;

• страховая медицинская организация;

• медицинское учреждение.

Рисунок 2 Субъекты медицинского страхования



Страхователями при обязательном медицинском страховании являются:

• для неработающего населения — органы государственного управления областей, городов, местная администрация;

• для работающего населения — предприятия, учреждения, организации, лица; занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий (далее — предприятия).

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) заниматься медицинским страхованием. Медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования являются лечебно-профилактические учреждения, имеющие лицензии, научно-исследовательские и медицинские институты, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом добровольного медицинского страхования служит страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая.

**1.2.2 Договор медицинского страхования**

Медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. Субъекты медицинского страхования выполняют обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Договор медицинского страхования представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования [16, c. 32].

Договор медицинского страхования должен содержать:

• наименование сторон;

• сроки действия договора;

• численность застрахованных;

• размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;.

•перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;

• права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству Российской Федерации условия.

Форма типовых договоров обязательного и добровольного медицинского страхования, порядок и условия их заключения устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

В случае утраты страхователем в период действия договора обязательного медицинского страхования прав юридического лица вследствие реорганизации или ликвидации предприятия права и обязанности по указанному договору переходят к его правопреемнику.

В период действия договора добровольного медицинского страхования при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

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

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

В системе медицинского страхования граждане Российской Федерации имеют право на:

• обязательное и добровольное медицинское страхование;

• выбор медицинской страховой организации;

• выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

• получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами постоянного места жительства;

• получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

• предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это в договоре медицинского страхования или нет;

возврат части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, устанавливаемые законодательными актами и принятыми в соответствии с ними нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.

На территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг [18, c.36].

Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованным лицом или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования.

Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

За необоснованный отказ в заключении договора обязательного медицинского страхования страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием.

Страховая медицинская организация имеет право требовать от юридических или физических лиц, ответственных за причиненный вред здоровью гражданина, возмещения ей расходов в пределах суммы, затраченной на оказание застрахованному медицинской; помощи, за исключением случаев, когда вред причинен страхователем.

Финансирование здравоохранения в условиях медицинского страхования осуществляется по схеме, представленной на рис.3

Рис.3. Источники финансирования здравоохранения в РФ

**Внебюджетные социальные фонды**

**Бюджеты разных уровней**

**ЦБ РФ**

**Организации здравоохранения**

**Государственные и коммерческие банки, другие финансовые институты**

**население**

**Коммерческие организации**

**Предприятия, предприниматели**

К источникам финансовых ресурсов системы здравоохранения в Российской Федерации относятся:

• средства республиканского бюджета, бюджетов республик в составе Федерации;

• средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;

• личные средства граждан;

• безвозмездные и (или) благотворительные взносы и пожертвования;

• доходы от ценных бумаг;

• кредиты банков и других кредиторов;

• иные источники, не запрещенные законодательством Российской Федерации.

Из этих средств формируются самостоятельные фонды здравоохранения и фонды медицинского страхования, а также финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения, финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования

В качестве страховых медицинских организаций выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующий субъектами любых, предусмотренных законодательством собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставном капиталом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством Российской Федерации. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения [5, c.16].

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций, но имеют право владеть акциями страховых медицинских организаций. Суммарная доля акций, принадлежащих органам управления здравоохранением и медицинским учреждениям, не должна превышать 10% общего пакета акций страховой медицинской организации. Страховая медицинская организация имеет право:

• свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

• участвовать в аккредитации медицинских учреждений;

• устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;

• принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

• предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или (и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине

Страховая медицинская организация обязана:

• осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;

• заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;

• заключать договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями;

• с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному страховые медицинские полисы;

• осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному, если это предусмотрено договором медицинского страхования;

• контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора;

• защищать интересы застрахованных.

Страховая медицинская организация не имеет права отказать страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования, который соответствует действующим условиям страхования.

Страховые медицинские организации реорганизуются и ликвидируются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования оказывают медицинские учреждения с любой формой собственности, аккредитованные в установленном порядке. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями.

По лицензиям медицинские учреждения реализуют программы добровольного медицинского страхования без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования.

Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных [13, c. 48].

Все медицинские учреждения независимо от форм собственности подлежат лицензированию.

Лицензия — это государственное разрешение медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования.

Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемое при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений). Аккредитация медицинских учреждений — это определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Все медицинские учреждения независимо от форм собственности подлежат аккредитации. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитованные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций.

**1.2.3 Система финансирования медицинского страхования**

Страховые взносы в системе медицинского страхования устанавливаются как ставки платежей по обязательному медицинскому страхованию в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации.

Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы государственного управления краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах при их формировании на соответствующие годы с учетом индексации цен. При недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности устанавливается в процентах к начисленной оплате труда по всем основаниям и утверждается Правительством Российской Федерации.

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на до довольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон, участвующих в заключении договора страхования.

От уплаты взносов на обязательное медицинское страхование освобождаются общественные организации инвалидов, находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей.

На страховые медицинские организации распространяется действующее на территории Российской Федерации законодательство по налогообложению.

Договор медицинского страхования служит гарантией получения медицинской помощи, объем и характер которой определены его условиями. По одной модели организации медицинского страхования предоставляются одинаковые медицинские услуги всем застрахованным независимо от размера уплачиваемого ими взноса, определяемого уровнем заработка. По другой модели — стоимостные пределы медицинского обслуживания могут быть различными и зависят прежде всего от суммы платежа.

В зависимости от вида договора страховой взнос может уплачиваться за счет средств застрахованного и за счет средств предпринимателя или только за счет средств застрахованного. Следует помнить, медицинское страхование в большинстве случаев является «ветвью» социального страхования. Основу составляют договоры, оплачиваемые застрахованным и предпринимателем, принимающим участие в страховании работающего на его предприятии сотрудника [32, c. 58]. Соотношение доли тех и других средств в уплачиваемом взносе зависит от принятой модели страхования. По одной модели средства уплачиваются в равных долях, подругой — доля средств предпринимателя достигает 80—90% взноса. Средства, выделяемые предпринимателями на медицинское страхование работающих, освобождаются от подоходного налога.

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование.

Рис.4. Схема финансирования ОМС



В составе фонда социального страхования за счет некоторого увеличения размеров взносов, отчисляемых предприятиями и учреждениями в этот фонд, должен формироваться автономный целевой фонд дополнительного финансирования здравоохранения, за счет которого финансируются мероприятия, способствующие уменьшению степени страхового риска, т.е. сокращению заболеваемости, травматизма; повышающие эффективность лечения — научные исследования медицинского оборудования и новых лекарственных средств, строительство научных и лечебных учреждений.

Финансовые средства Территориального фонда образуются за счет части страховых взносов предприятий, организаций на обязательное медицинское страхование в размерах, устанавливаемых Правительством Российской Федерации, а также средств, предусматриваемых органами исполнительной власти в соответствующих бюджетах на обязательное медицинское страхование неработающего населения; доходов, получаемых от использования временно свободных финансовых средств и нормированного страхового запаса финансовых средств Территориального фонда; финансовых средств, взыскиваемых со страхователей, медицинских учреждений и других юридических и физических лиц в результате предъявления им регрессных требований; добровольных взносов физических и юридических лиц. Эти средства находятся в государственной собственности Российской Федерации, не подлежат изъятию и не входят в состав бюджетов и других фондов.

Размеры страховых взносов по обязательному медицинскому страхованию устанавливаются правительством, а по добровольному страхованию — страховыми медицинскими организациями (страховщиками). Нормы затрат на лечение одного больного, застрахованного в порядке медицинского страхования, устанавливаются в размерах, обеспечивающих выполнение программ медицинского страхования и деятельность страховой медицинской организации по обязательному страхованию, местными органами государственного управления по согласованию с соответствующим органами здравоохранения. При добровольном страховании страховой суммой является предельный уровень страхового обеспечения по договору медицинского страхования, определяемого исходя из перечня и стоимости медицинских услуг, предусмотренных договором медицинского страхования.

Плательщиками страховых платежей в фонды обязательного медицинского страхования выступают:

• организации, учреждения, предприятия независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности, в том числе предприятия с иностранными инвестициями;

• другие хозяйствующие субъекты (фермерские хозяйства, граждане, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, предпринимательской деятельностью без образования юридического лица; граждане, занимающиеся в установленном порядке частной практикой, адвокаты, частные детективы, частные охранники, нотариусы; граждане, использующие труд наемных работников; липа творческих профессий, не объединенные в творческие союзы);

• органы государственного управления краев, областей, автономных образований, местная администрация.

Платежи на обязательное медицинское страхование неработающего населения осуществляют органы государственного управления, местная администрация за счет средств, предусматриваемых в соответствующих бюджетах с учетом индексации цен [36, c.59].

Согласно ст. 17 Закона «О медицинском страховании граждан» при недостатке средств местного бюджета страховые взносы дотируются за счет соответствующих бюджетов в порядке, установленном! Правительством Российской Федерации. Страховой тариф взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций, учреждений и иных хозяйствующих субъектов независимо от форм собственности устанавливается в процентах по отношению к начисленной оплате труда. Плательщики страховых платежей подлежат обязательной регистрации в территориальных фондах обязательного медицинского страхования в течение 30 дней со дня создания фонда. Каждому плательщику страховых взносов (платежей) присваивается регистрационный номер и вручается письменное извещение о постановке на учет, размере и сроках уплаты страховых взносов (платежей).

Страховые взносы начисляются предприятиями, организациями, учреждениями в установленных законодательством Российской Феде рации размерах по отношению к начисленной оплате труда по всем основаниям, в том числе по договорам подряда и поручения, из которой в соответствии с законодательством Российской Федерации осуществляются отчисления на государственное социальное страхование без вычета соответствующих налогов и независимо от источников.

Страховые взносы не начисляются на:

• компенсацию за неиспользованный отпуск;

• выходное пособие при увольнении;

• компенсационные выплаты (суточные но командировкам \ выплаты взамен суточных, выплаты в возмещение ущерба, причиненного грудящимся увечьем или иным повреждением здоровья, связанным с их работой);

• стоимость выданной спецодежды, спецобуви и других средств индивидуальной защиты, мыла и других моющих средств, обезвреживающих средств, молока и лечебно-профилактического питания;

• стоимость рациона бесплатного питания;

• дотацию на обеды, стоимость путевок на санаторно-курортное лечение и в дома отдыха, оплачиваемые за счет фонда социального развития (фонда потребления);

стоимость бесплатно предоставляемых квартир коммунальных услуг, топлива, проездных билетов или возмещение их стоимости;

• возмещение расходов по проезду, провозу имущества и найму помещения при переводе либо переезде на работу в другую местность;

• поощрительные выплаты (включая премии); связи с юбилейными датами, за долголетнюю трудовую деятельность, производимые из фонда оплаты труда, денежные награды, присужденные за призовые места на соревнованиях, смотрах, конкурсах и других аналогичных мероприятиях;

• стипендии, выплачиваемые учебными заведениями, а также предприятиями учащимся (аспирантам), направлениями на обучение с отрывом от производства;

• пособия, выплачиваемые за счет предприятия молодым специалистам за время отпуска после окончания высшего или среднего специального учебного заведения;

• дивиденды, начисляемые на акции;

• все виды пособий, выплачиваемых из средств Фонда социального страхования Российской Федерации;

• другие выплаты, носящие единовременный компенсационный характер.

Уплата начисленных страховых взносов платежей производится плательщиками перечислением средств текущих или расчетных счетов отдельными платежными поручениями на счет Федерального и Территориального фондов обязательного медицинского страхования по месту их регистрации в качестве плательщиков платежей. Правильность и своевременность внесения страховых платежей контролируется Федеральным и территориальными фонда ми обязательного медицинского страхования, органами Государственной налоговой службы Российской Федерации. По истечении установленных сроков уплаты страховых взносов (платежей) невнесенная сумма считается недоимкой и взыскивается с начислением пени. К недоимке относится и сумма задолженности, выявленная при проверке плательщика страховых взносов [23, c. 56].

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (дохода) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Общественные организации инвалидов и находящиеся в собственности этих организаций предприятия, объединения и учреждения, созданные для осуществления их уставных целей, от уплаты взносов на обязательное медицинское страхование освобождаются.

Страховые взносы, уплачиваемые страхователем по договору страхования, зависят от условий страхования, выбранного страхователем перечня медицинских услуг и уровня страхового обеспечения по договору страхования, срока страхования и иных условий, предусмотренных договором страхования. Страховые взносы по договору страхования могут быть уплачены страхователем единовременно разовым платежом за весь срок.

Финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения предназначены для реализации государственной политики в области охраны здоровья населения.

Из полученных за месяц страховых взносов и платежей на обязательное медицинское страхование Территориальный фонд формирует нормированный страховой запас финансовых средств на обязательное медицинское страхование в размере 2-месячного запаса средств на оплату медицинской помощи в объеме территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Размер нормированного страхового запаса (Рисз) определяется по формуле:

Рисз=2\* РФ,

где РФ — фактические расходы на оказание медицинской помощи населению за предыдущий месяц, произведенные страховщиками.

При введении обязательного медицинского страхования Территориальный фонд совместно с органом управления здравоохранением определяет размер РФ расчетно и формирует Рисз за счет страховых взносов предприятий, аккумулированных на специальном лицевом счете в период, предшествующий созданию фонда.

Размер средств, необходимых для пополнения нормированною страхового запаса до рассчетной величины, определяется по формуле:

Рп=Рисз— Рфсз’

где Рп — размер пополнения;

Рфсз’ - фактический размер нормированного страхового запаса (начиная со второго месяца функционирования системы обязательного медицинского страхования.

Кроме того, определяется размер средств, направляемых на осуществление текущей деятельности Территориального фонда и его филиалов (Рдф) по нормативу, установленному в процентах к размеру всех собранных за месяц средств. При этом учитывается смета расходов Территориального фонда, утвержденная в соответствии с типовой организационной структурой и примерной численностью территориальных фондов. Расчет среднедушевого норматива финансирования территориальной программы обязательного медицинского страхования (Hср,) имеет вид:

Нср=(Звп-Рп-Рдф): Чи'

где Чи’— численность населения территорий.

При возможности увеличения тарифов на медицинские услуги Территориальный фонд вносит предложение об установлении коэффициента индексации тарифов на медицинские услуги (Киз) и согласовывает его с органами исполнительной власти, ассоциациями страховых медицинских организаций, профессиональными медицинскими ассоциациями. После согласования коэффициента индексации тарифов на медицинские услуги Территориальный фонд утверждает среднедушевой норматив финансирования на следующий месяц (Нсу) и рассчитывает дифференцированные среднедушевые нормативы для своих филиалов (Нфд) по формуле:

Нфл=Киз\*Нсу,

где Киз — коэффициент предыдущих затрат, который определяется в относительных единицах на основе анализа финансовых отчетов об исполнении бюджетов здравоохранения закрепленной за филиалом территории за последние три года с учетом использования их жителями ресурсов областных медицинских учреждений.

Дифференцированные среднедушевые нормативы для страховых медицинских организаций (Нсл), по которым филиалы Территориального фонда (или фонд) финансируют страховые медицинские организации с использованием коэффициентов половозрастных затрат (Кпв) рассчитываются следующим образом:

Нсл=Кпв\*Нфл’

Кпвi определяется для контингента, застрахованного данной медицинской страховой организацией, с использованием относительных коэффициентов половозрастных затрат для каждой половозрастной группы и численности застрахованных в этой группе. Расчет имеет вид:

Кпв=Кпвi\*Чзi/Чзо’

где Кпвi — коэффициенты половозрастных затрат, характеризующие в относительных величинах ожидаемые затраты на оказание медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в данной половозрастной группе;

Чзi — численность граждан, застрахованных страховщикам в соответствующих половозрастных группах;

Чзо— общая численность граждан, застрахованных данным страховщиком.

При наличии территориальных статистических данных используются территориальные коэффициенты половозрастных затрат, а при их отсутствии — коэффициенты половозрастных затрат, рекомендованные Министерством здравоохранения и социального развития РФ и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования [26, c. 13].

Территории, имеющие статистические данные, учитывающие различия в уровне затрат на оказание медицинской помощи, связанные с половозрастной структурой населения, могут учитывать коэффициент половозрастных затрат при расчете дифференцированных среднедушевых нормативов для филиалов.

Финансовые средства государственной и муниципальной систем здравоохранения используются для:

• финансирования мероприятий по разработке и реализации целевых программ;

• обеспечения профессиональной подготовки кадров;

• финансирования научных исследований;

• развития материально-технической базы учреждений здравоохранения;

• субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания медицинской помощи населению но обязательному медицинскому страхованию;

• оплаты особо дорогостоящих видов медицинской помощи;

• финансирования медицинских учреждений, оказывающих помощь при социально значимых заболеваниях;

• оказания медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф.

Средства, не израсходованные в истекшем году, изъятию не подлежат и при утверждении ассигнований из бюджета на следующий год не учитываются.

Размер страховой суммы добровольного медицинского страхования определяется исходя из среднедневной суммы затрат на лечение и средней продолжительности лечения застрахованного. При этом учитывают оценку вероятности заболевания страхуемого исходя из его возраста, профессии, состояния здоровья. В случае потери здоровья застрахованным в связи с заболеванием или несчастным случаем страховая организация оплачивает счета лечебного учреждения исходя из фактического количества дней лечения застрахованного по установленным в договоре среднедневным нормативам стоимости лечения. Тарифы на медицинские и другие услуги устанавливаются по соглашению страховщика (страховой организации) и производителя услуг (медицинского учреждения и т.п.).

**Глава 2 Организация медицинского страхования в России**

**2.1 Система обязательного медицинского страхования в России**

**2.1.1 Основные проблемы ОМС в настоящее время**

Согласно Закону «О медицинском страховании граждан в РФ», обязательное медицинское страхование является составной частью государственно-социального страхования и обеспечивает гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой по программе обязательного медицинского страхования.

Страхователями при обязательном медицинском страхования выступают: для неработающего населения — органы государственного страхования России, автономной области, автономных округов, краев, местная администрация; для работающею н селения — предприятия, учреждения, организации, лица, занимающиеся индивидуальной трудовой деятельностью, и лица свободных профессий. В качестве страховщиков выступают страховые медицинские организации, имеющие лицензии на право заниматься медицинским страхованием.

По обязательному страхованию работодатели отчисляют из получаемых доходов взносы, за счет которых формируете: управляемый государством страховой фонд. Некоторая часть этого фонда создана за счет удерживаемых из зарплаты взносов самих трудящихся [23, c. 89]. Из средств указанного фонда производится возмещение минимально необходимого уровня затрат на лечение застрахованных в случаях их нетрудоспобности в связи с потерей здоровья от болезни или по иной причине. По добровольному медицинскому страхованию, оплачиваемому за счет средств самих трудящихся, обеспечивается более высокий уровень медицинской помощи. Условиями обязательного и добровольного медицинского страхования оговаривается перечень соответствующих медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

Программы обязательного медицинского страхования определяют минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантирует каждому гражданину, имеющему соответствующий страховой полис:

а) обеспечение первичной медико-санитарной помои и, включай скорую медицинскую помощь;

б) диагностику и лечение в амбулаторных условиях

в) осуществление мероприятий но профилактике заболеваний;

г) стационарную помощь.

Услуги, которые не предусматриваются программами обязательного страхования, входят в программы добровольного медицинского страхования (например, улучшенное питание больного, новое медицинское оборудование, отдельная палата и т.п., соблюдение улучшенного качества лечения и ответственности медицине; ого персонала за выполнение своих профессиональных обязанностей). Программой не предусматривается также проведение профилактических и других мероприятий, финансируемых в настоящее время из фондов здравоохранения.

Базовая программа реализуется па основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования, медицинские услуги в рамках гарантированного объема предоставляются на всей территории Российской Федерации и не зависят ОТ размера фактического выплаченного страхового взноса. На основе базовой программы разрабатываются и утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования, объем предоставляемых; медицинских услуг которых не может быть меньше объема, установленного базовой программой. Качество, объемы и сроки предоставления медицинской помощи контролируются страховой медицинской организацией и соответствующим органом управления здравоохранением.

Объем и условия лекарственной помощи определяются территориальными программами обязательного медицинского страхования. Необходимые медикаменты и изделия медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой и неотложной медицинской помощи оплачиваются за счет страховых взносов но обязательному медицинскому страхованию, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях за счет личных средств граждан.

Льготы при оказании медицинской и лекарственной помощи отдельным контингентам населения определяются действующим законодательством.

Для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию используются фонды здравоохранения.

Введение обязательного медицинского страхования было обусловлено: необходимостью улучшения здравоохранения, повышения качества медицинского обслуживания и т. д [17, c. 15].

Внедрение обязательного медицинского страхования делает возможным выбор лечебного учреждения, лечащего врача. Страховые компании способствуют повышению качества медицинского обслуживания, так как за плохое лечение пациента по решению экспертного совета врач обязан возместить потраченные средства. Узаконив частных специалистов, поставив их в равные стартовые условия, в том числе и в налогообложении, с другими врачами, были созданы условия для развития конкуренции в здравоохранении. Согласно закону, врач, работающий в системе первичной помощи, получил возможность стать держателем и распорядителем всей суммы средств, отпущенных на медицинское обслуживание пациентов.

Кроме того, созданные фонды здравоохранения направляют свои средства на финансирование целевых программ, связанных с профилактикой и лечением социально опасных заболеваний; финансирование деятельности лепрозориев, трахоматозных диспансеров, центров по борьбе со СПИДом, домов ребенка, детских санаторно-медицинской и патолого-анатомической экспертизы, центров экстренной медицинской помощи, станций, отделений, кабинетов переливания крови, баз и складов специального медицинского снабжения, оплату кардиохирургических операций и операций по пересадке органов, оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и других целей в области охраны здоровья населения, что в свою очередь позволяет повышать уровень оказываемых медицинских услуг, расширяет сферу деятельности здравоохранения.

На основе базовой программы создаются Территориальные фонды обязательного медицинского страхования, основные задачи которых состоят в обеспечении реализации Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»; обеспечении предусмотренных законодательством Российской Федерации прав граждан в системе обязательного медицинского страхована; обеспечении всеобщности обязательного медицинского страхования граждан; обеспечении финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования.

Основными функциями Территориального фонда являются:

1) аккумуляция финансовых средств на обязательное медицинское страхование граждан;

2) осуществление финансирования обязательного медицинского страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями (страховщиками), имеющими соответствующие лицензии, заключившими договоры обязательного медицинского страхования по дифференцированным подушевым нормативам, устанавливаемым правлением Территориального фонда;

3) осуществление финансово-кредитной деятельности по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;

4) выравнивание финансовых ресурсов городов и районов, направляемых на проведение обязательного медицинского страхования;

5) накопление кредитов, в том числе на льготных условиях, страховщикам при обоснованной нехватке у них финансовых средств;

6) накопление финансовых резервов для обеспечения устойчивости системы обязательного медицинского страхования;

7) разработка правил обязательного медицинского страхования граждан на соответствующей территории;

в) осуществление совместно с органами Государстве} ной налоговой службы Российской Федерации контроля за своевременным и полным поступлением в Территориальный фонд страховых взносов;

9) контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан;

10) организация банка данных по всем категориям плательщиков страховых взносов в Территориальный фонд;

11) согласование совместно с органами исполнительной власти тарификации стоимости медицинской помощи, согласование и внесение предложений по осуществлению территориальной программы обязательного медицинского страхования населения;

12) внесение предложений о страховых тарифах, взносах на обязательное медицинское страхование; согласование тарифов на медицинские и иные услуги по страхованию;

13) осуществление взаимодействия с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования и другими территориальными фондами и предоставление Федеральному фонду обязательного медицинского страхования информации о финансовых ресурсах;

14) осуществление мероприятий по организации обязательного медицинского страхования граждан.

Медицинское страхование — не автоматическое увеличение окладов, а реальная плата за конкретные медицинские услуги, отзываемые пациентам. Оно становится тем экономическим рычагом, который позволяет провести структурную перестройку систем здравоохранения [32, c. 51]. Конституционное право граждан России на бесплатное медицинское обслуживание сохраняется. Обязательное медицинское страхование финансируется исключительно из средств бюджетов всех уровней и страховых взносов предприятий, учреждений и организаций. Законом разрешается оказывать платные услуги населению медицинскими учреждениями, но без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

**2.1.2 Участники системы ОМС и их взаимодействие**

Основной целью ОМС является сбор и капитализация страхов взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской по, мощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения. С одной стороны это составная часть государственной системы социальной защиты населения наряду с пенсионным и социальным страхованием. В этом заключается социальная значимость ОМС. С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. В этом состоит экономическое значение ОМС. В РФ в сферу ОМС включено только медицине» обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы — социального страхования и не является предмет ом ОМС.

Обязательное медицинское страхование — один из наиболее важных элементов системы охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС организуется и осуществляется государством и носит всеобщий характер. 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 аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении гражданам РФ равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС. Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных взносов различных категорий страхователей - Страхователи по ОМС, т.е. теми субъектами, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всем гражданам медицинского страхования, выступают хозяйствующие субъекты и местные органы исполнительной власти. Все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности организационно-правовых форм деятельности (работодатели, индивидуальные предприниматели, крестьянские (фермерские хозяйства) обязаны платить страховые взносы за работающее население в составе единого социального налога. Тарифы страховых взносов установлены по регрессивной шкале в зависимости от категории налогоплательщика.

Всеобщность ОМС заключается в обеспечении гражданам РФ равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС [31, c. 26]. Финансовые средства государственной системы ОМС формируются счет обязательных взносов различных категорий страхователей - Страхователями по ОМС, т.е. теми субъектами, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всем гражданам медицинского страхования, выступают хозяйствующие субъекты и местные органы исполнительной власти. Все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности организационно-правовых форм деятельности (работодатели, индивидуальные предприниматели, крестьянские (фермерские хозяйства обязаны платить страховые взносы за работающее население в составе единого социального налога. Тарифы страховых взносов установлены по регрессивной шкале в зависимости от категории налогоплательщика.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» управление финансовыми средствами системы ОМС осуществляется фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями. Они заключают договоры на осуществление ОМС, аккумулируют страховые взносы, направляют средства на оплату медицинских услуг. С точки Прения теории страхования вес они выступают страховщиками, но имеют существенные различия и обладают строго разграниченными «полномочиями по выполнению конкретных финансовых и страховых операций.

Первый уровень страхования в системе ОМС представляет федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Федеральный ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, действующим на основании устава. ФФОМС подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет |фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой. Управление деятельностью фонда осуществляется правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией. В состав управления входят представители Законодательного Собрания, министерств здравоохранения, финансов, социальной защиты, территориальных ФОМС, Центрального банка, Ассоциации страховых медицинских организаций, Профессиональной медицинской ассоциации; страхователей и профсоюзов.

Финансовые средства ОМС формируются за счет страховых взносов, предназначенных для фондов ОМС в составе единого социального налога. Совокупная ставка этих платежей составляет 3,6% от фонда оплаты труда (по плоской шкале), из которых 0,2% идут в федеральный 0МС и 3,4% — в территориальные фонды ОМС. Федеральный ТЮМС сам не осуществляет страховые операции и в целом не финансирует систему обязательного медицинского страхования граждан. Основной финансовой функцией этого фонда является предоставление субвенций территориальным фондам ОМС для выравнивания условий обеспечения медицинскими услугами населения различных по экономическому развитию регионов. Кроме того, за счет его средств осуществляется отдельные целевые медицинские программы, оказывается медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях, возникающих в связи катастрофами, стихийными бедствиями, военными действиями. Напри мер, поданным бюджета ФФОМС, в 2001 г. направлялось на выравнивание финансовых условий деятельности территориальных фондов $2;'2,3 млрд руб., что составляло 87% всех расходов фонда. ФФОМС осуществляет организационное управление системой 1 путем разработки нормативных документов по ведению медицинского страхования в регионах, подготовки типовых или примерке правил страхования населения, участия в создании территориальных фондов ОМС.

Второй уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС (ТФОМС) и их филиалами. Территориальные фонды занимают центральное место в системе, поскольку именно ими осуществляется аккумулирование и определение финансовых средств ОМС [29, c. 48].

Территориальные ФОМС создаются органами представительной и исполнительной власти субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны создавшим их органам власти. Финансовые средства ТФОМС образуются в основном за счет двух источников: части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями, организациями и другими хозяйствующими субъектами на ОМС работаете населения в размерах, установленных шкалой ЕСН; средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на МС неработающего населения (размер платежей устанавливается органами исполнительной власти субъекта РФ) [26, c. 48].

Формирование финансовых ресурсов ОМС на уровне региона имеет еще один существенный недостаток. Они представляют особого своего рода «общий котел», куда поступают и где обезличиваются до финансовых потоков, совершенно разных по своему происхождения и управляют которым органы местной власти. При таком подходе не возможно решить проблему полной уплаты взносов за неработающее население, так как всегда остается возможность восполнить несостоятельность бюджета за счет страховых взносов хозяйствующих субъектов. И чем исправней будут платить взносы работодатели, тем меньше будут выполнять свои обязательства перед неработающим населением органы исполнительной власти, вместо того чтобы в целом увеличивать объем медицинских гарантий. С 1995 по 1999 г. доля бюджетных взносов в ОМС уменьшилась с 28 до 22,4%, и эта динамика не улучшается. Менее четверти средств поступает на страхование неработающего населения, которое составляет 55% всего населения страны. Даже без учета половозрастных коэффициентов потребления медицинских услуг, которые в 1,5—2 раза выше имени у неработающего населения (детей и престарелых), соотношении взносов должно быть, как минимум, равным.

Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать филиалы в городах и районах. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по финансированию страховых медицинских организаций.

Третий уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводите непосредственная роль страховщика. При отсутствии на данной территории страховых медицинских организаций филиалам ТФОМС раз решено осуществлять обязательное медицинское страхование граждан, т.е. вести расчеты с медицинскими учреждениями.

СМО получают финансовые средства на осуществление ОМС ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от количества и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, страховой медицинской организацией может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую Департаментом страхового надзора Министерства финансов РФ. СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страдой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются раздельно. Страховые медицинские организации не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

Из средств, поступающих от ТФОМС на обеспечение медицинского страхования закрепленного за страховой компанией контингента населения, СМО оплачивают стоимость медицинских услуг, предоставленных застрахованным ею гражданам, формируют обязательные страховые резервы. К числу их резервов относятся:

• резерв оплаты медицинских услуг, используемый на оплату счетов, выставленных лечебно-профилактическими учреждениями за медицинское обслуживание тех граждан, которые застрахованы данной СМО;

• резерв финансирования предупредительных мероприятий, который образуется и используется по согласованию с ТФОМС;

• запасной резерв, образуемый для покрытия превышения расходов на оплату медицинской помощи в случае нехватки средств основного резерва оплаты медицинских услуг. Размеры страховых резервов устанавливаются ТФОМС по этим нормативам в процентах к финансовым средствам, передаваемым СМО на проведение страхования. Территориальный фонд МС устанавливает также нормативы расходов на провидений дела страховой медицинской организацией. Норматив может дифференцироваться в зависимости от количества застрахованных граждан [ 31, c. 28].

Страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров.

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями и хозяйствующими субъектами и местной администрацией, со всеми страхователями, обязанными платить страховые носы в ТФОМС. По таким договорам определяется список и половозрастная структура населения, застрахованного выданной СМО.

2. Договоры с территориальным фондом ОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с количеством и категориями застрахованных.

ТФОМС не вправе отказать страховой компании в финансировании ОМС, если у нее имеются страховые договоры. Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации МС на территории субъекта РФ на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС. Однако в настоящее время, после введения ЕСН, территориальные ФОМС больше напоминают передаточное, чем основные организующее звено медицинского страхования. Страховые носы они уже не собирают, контроль за их уплатой не осуществляется, так как эти функции возложены на налоговые службы. Территориальные программы обеспечения граждан медицинской помощью и правила страхования граждан утверждают органы исполнительной власти субъектов РФ, а ТФОМС только участвуют в их разработке, плату медицинских услуг и перечисление средств лечебно-профилактическим учреждениям территориальные фонды не могут осуществлять по закону, а если они это делают в ряде регионов, то нарушают существующее законодательство. Между прочим, стоит этот посредник» налогоплательщикам не дешево — около 6% поступают в территориальный фонд. Финансирование осуществляется по дифференцированным среднедушевым нормативам, которые выражают стоимость территориальной программы ОМС на 1 жителя в зависимости от половозрастной структуры застрахованного контингента.

3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых гражданам, застрахованным данной СМО. Порядок оплаты медицинских услуг фиксируется в территориальной программе ОМС или в Генеральном соглашении, заключаемом органами исполнительной власти (комитетом здравоохранения субъекта РФ ТФОМС, СМО с ассоциацией медицинских учреждений.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС определяются н; основе объема, структуры и состава расходов медицинского учреждения, подлежащих компенсации в рамках территориальной программы ОМС. В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан Р, бесплатной медицинской помощью возмещению за счет среде ОМС подлежат только определенные виды расходов:

• оплата труда с установленными начислениями, включая ЕСН;

• медикаменты и перевязочные средства;

• продукты питания;

• мягкий инвентарь;

• обмундирование. Использование медицинскими учреждениями средств ОМС на оплату иных видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг по ОМС, считается не целевым. Единая система оплаты медицинских услуг в ОМС пока не сложилась. В настоящее время используется несколько способов оплат медицинских услуг:

• по смете расходов;

• по средней стоимости пролеченного больного;

• по клинико-статистическим группам (КСГ) или медико-экономическим стандартам (МЭС);

• по числу койко-дней;

• по дифференцированному подушевому нормативу;

• за отдельные услуги.

4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полис ОМС, на основании которых предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС [29, c. 23].

Таким образом, деятельность СМО представляет собой заключительный этап в реализации ОМС. Ее основной функцией выступает оплата страховых случаев. Наряду с финансовыми функциями осуществляют контроль за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявляют регрессные требования и иски медицинским учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным гражданам.

Рассмотренный механизм функционирования ОМС отражает те принципы организации и финансирования системы, которые были изложены законодательством о медицинском страховании. Однако практика внедрения ОМС показывает, что в настоящее время еще не придется добиться полного соответствия функционирующих территориальных систем ОМС требованиям законодательства. В силу сложности и большой раздробленности процесса финансирования медицинского страхования\* в регионах сложились собственные модели организации ОМС. На сегодняшний день кроме законодательного варианта можно назвать еще две модели организации ОМС в различных субъектах Федерации.

Первый вариант представляет комбинированную систему ОМС означает, что страхованием граждан, т.е. выдачей полисов и финансированием медицинских учреждений, занимаются не только МО, но и филиалы ТФОМС. Это наиболее распространенная схема организации ОМС, поскольку далеко не в каждом административном районе субъекта РФ работают страховые медицинские организации.

Второй вариант характерен полным отсутствием в системе МС страховых медицинских организаций. Их функции взяли на себя ФОМС и их филиалы. Выполнение территориальными фондами ЭВХ функций в рамках ОМС рассматривается многими специалистами системы здравоохранения в качестве основного направления возможного реформирования ОМС.

В ряде регионов России ОМС полностью отсутствует. В этих субъектах РФ существующее законодательство выполняется только в области сбора страховых взносов за работающее население. Распоряжаются же собранными средствами местные органы управления здравоохранением, напрямую финансируя лечебные учреждения.

Необходимо отметить также, что в некоторых регионах реальные функции организаций, участвующих в ОМС, далеки от установленных законодательством. Так, широкое распространение получила тенденция использования СМО только для выдачи населению медицинских полисов, при этом реальное перечисление финансовых средств в лечебно-профилактические учреждения осуществлялась ТФОМС. Другая проблема состоит в использовании взаимозачетов между субъектами ОМС вместо реальных денежных средств. Большие нарекания страхователей — хозяйствующих субъектов вызывает сохраняющая практика закрепления работников за определенными СМО по месту жительства на основании решений территориальных фондов ил местных органов власти, несмотря на законодательно установленную свободу выбора страховой медицинской организации [14, c. 59].

Вместе с тем наличие всех этих проблем не является основанием для негативной оценки модели страховой медицины. Только эта модель содержит в себе организационные и экономические основы рационального финансирования системы здравоохранения, повышения качества медицинских услуг, обеспечения определенного уровня свободы потребителя в их получении.

**2.2 Добровольное медицинское страхование в России**

**2.1.2 Объекты, субъекты ДМС**

Большое развитие в нашей стране получают добровольное медицинское страхование, предназначенное 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 организацию и финансирование медицинских услуг определенного перечня и качества в объеме страховой медицинской программы. В объем страховой ответственности по договору добровольного медицинского страхования не включаются обязательства по договорам обязательного медицинского страхования.

ДМС предназначено для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами.

Фонды добровольного медицинского страхования образуются за счет:

- добровольных страховых взносов предприятий и организаций;

- добровольных страховых взносов различных групп населения и отдельных граждан.

В соответствии с законом РФ от 28.06.1991 N 1499-1 (ред. от 18.07.2009) "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным.

При коллективном страховании в качестве страхователя выступают предприятия, 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 граждане, которые заключают договор со страховой организацией по поводу страхования себя или другого лица (родственника и т. д.) за счет собственных средств [7, C. 65-66].

Объем программы предоставления медицинских услуг, возможность выбора условий получения медицинской помощи регламентируются договором (страховым полисом).

Страховые организации должны реализовывать программы добровольного страхования на основе договоров с лечебно-профилактическими учреждениями (независимо от формы собственности), частнопрактикующими врачами или врачами групповой практики. При этом на договорной основе могут привлекаться любые медицинские, социальные, оздоровительные учреждения с установлением платы за конкретные медицинские услуги.

Лечебно-профилактические учреждения так же, как и при обязательном медицинском страховании, должны нести экономическую ответственность за предоставление застрахованным гражданам медицинских услуг предусмотренного договором объема и уровня качества. В случае нарушения лечебно-профилактическим учреждением медико-экономических стандартов страхования организация вправе частично или полностью не оплачивать стоимость медицинских услуг.

При внедрении системы добровольного медицинского страхования на региональном уровне (в области, крае и т. д.) необходимо в соответствующих нормативных документах указать, что государственные муниципальные медицинские учреждения обязаны реализовывать добровольные страховые программы без ущерба для программ обязательного медицинского страхования [5].

Тарифы на медицинские и другие услуги по добровольному медицинскому страхованию должны устанавливаться по соглашению страховщика (страховой организации) и производителя услуг (медицинского учреждения и т. п.).

Соответственно и размеры страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию устанавливаются на договорной основе. При этом учитывают оценку вероятности заболевания страхуемого с учетом возраста, профессии, состояния здоровья. За основу построения тарифа при добровольном страховании могут быть взяты методы, используемые в личном страховании.

Программы добровольного медицинского страхования охватывают мероприятия, расширяющие возможности и улучшающие условия оказания практической, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи.

Договор может предусматривать:

- более широкое использование права пациента на выбор лечащих специалистов и учреждений для получения необходимой помощи, включая ведущие клиники (а возможно, и направления в клиники других областей и городов), медицинские кооперативы и врачей индивидуальной практики;

- улучшенные условия содержания в стационарах, лечебно-восстановительных и санаторных учреждениях;

- предоставление спортивно-оздоровительных услуг и других средств профилактики;

- развитие системы семейного врача;

- увеличение сроков послебольничного патронажа и ухода на дому;

- диагностику, лечение и реабилитацию с использованием методов нетрадиционной медицины;

- участие в целевом финансировании капитальных вложений на техническое перевооружение и новое строительство лечебно-профилактических учреждений, предприятий по производству медицинского оборудования и лекарственных препаратов с предоставлением права первоочередного получения услуг или продукции (протезов, лекарств и т.д.) этих учреждений и предприятий;

- страхование пособий по временной нетрудоспособности, беременности, родам и материнству на льготных условиях по срокам и размерам денежных выплат [7, C. 68].

Подробные Правила добровольного медицинского страхования разрабатываются страховщиками индивидуально на основе общих Правил (Условий), разработанных Федеральной службой по надзору за страховой деятельностью в Российской Федерации (Росстрахнадзором).

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, заключающие договоры страхования в свою пользу или в пользу третьих лиц (застрахованные), и (или) предприятия, представляющие интересы граждан.

Договоры страхования заключаются без предварительного медицинского освидетельствования. На страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в наркологических, психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерологических диспансерах.

Объект добровольного медицинского страхования — страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. По договору страхования застрахованный имеет право на получение медицинских услуг, предусмотренных конкретными условиями договора страхования в медицинских учреждениях, перечисленных в приложении к страховому полису. Добровольное страхование может быть как коллективным, так и индивидуальным. Фонды добровольного медицинского страхования образуются за счет добровольного страхования:

• предприятий и организаций;

• различных групп населения и отдельных граждан.

Договоры добровольного индивидуального медицин: кого страхования с уплатой взносов из личных доходов застрахованного заключаются либо лицами, не охваченными другими видами договоров этого страхования, либо лицами, желающими дополнить страховую защиту на случай возникновения расходов на медицинское обслуживание. Медицинское страхование, проводимое за счет указанных источников, не распространяется на государственных служащих, безработных, не работающих по состоянию здоровья и возрасту граждан. Источником покрытия затрат на медицинскую помощь перечисленным категориям населения выступают бюджетные средства.

Страховым случаем при добровольном медицинском страховании является обращение застрахованного в медицинское учреждение в течение срока действия договора страхования при:

а) остром заболевании;

б) обострении хронического заболевания;

в) травме, отравлении и других несчастных случаях;

г) получении консультативной, профилактической и иной помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах IX перечня, предусмотренного договором страхования.

Страховщик имеет право не возмещать медицинскому учреждению стоимость услуг, оказанных застрахованному лицу, если застрахованный обратился в медицинское учреждение в связи с

а) получением травматического повреждения в сочетании алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

б) получением травматического повреждения или того расстройства здоровья, наступившего в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;

в) покушением на самоубийство, за исключением тех случаен, когда застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лип;

г) умышленным причинением себе телесных повреждений.

Кроме того, страховщик имеет право не оплачивать лечение застрахованного, если последним получены медицинские услуги, не предусмотренные договором страхования, либо медицинские услуги получены в медицинских учреждениях, не предусмотренных договором страхования. Во всех перечисленных случаях решение вопроса о возможности получения застрахованным медицинских услуг в медицинских учреждениях, определенных в договоре страхования, за счет личных средств решается индивидуально, а решение об отказе в оплате лечения принимается экспертной комиссией страховщика па основании заключения медицинского учреждения [14, c. 26].

При коллективном страховании в качестве страхователя выступают предприятия, организации и учреждения, заключающие договоры по страхованию работников или иных физических лиц (членов семей работников, пенсионеров и т.д.). При индивидуальном страховании, как правило, в качестве страхователя выступают граждане, заключающие договоры со страховой организацией по личному страхованию или страхованию другого лица за счет собственных средств.

**2.2.2 Договор ДМС**

Порядок заключения и ведения страхового договора ДМС имеет общие и особенные черты по сравнению с другими договорами страхования. Как и любой страховой договор, он начинается с предоставления страхователем заявления на страхование. Заявление может быть составлено на самого страхователя, на членов его семьи или при коллективном страховании — на наемных работников. В заявлении страхователь предоставляет следующую информацию: возраст, пол, семейное положение, профессия, место жительства, состояние здоровья на момент заполнения заявления, наличие хронических заболеваний, получение травм, физические показатели, перечень унесенных заболеваний. В случае заключения договоров с высокими гарантиями в заявлении, могут попросить указать наличие наследственных болезней, продолжительность жизни родителей, данные основах лабораторных анализов, предрасположенность к определенным заболеваниям, а также потребовать пройти дополнительное медицинское обследование или предоставить выписки из истории болезни.

При заключении коллективных договоров страхования не требуются данных о состоянии здоровья потенциальных застрахованных, при страховании большой группы людей происходит дополнительное выравнивание риска, что позволяет страховщику не производить индивидуальную оценку риска и, экономя на оперативных расходах, включать договоры коллективного медицинского страхования по сниженным тарифам.

Получив заявление, страховщик может:

• принять риск на страхование на обычных условиях для лиц иного возраста и пола;

• принять риск на страхование на особых условиях, т.е. по ношенному тарифу или с ограничением ответственности при наступлении определенных заболеваний;

- отказать в страховании по объективным причинам.

В заявлении оговаривается срок действия страхового договора. Договор добровольного медицинского страхования может быть заключен:

• на неопределенный срок — пока у страхователя существует заинтересованность в продолжении договора при условии регулярной выплаты премии;

- на определенный срок — от года до 10 лет;

• на конкретный кратковременный период, например на время зарубежной поездки.

Калькуляция премий в добровольном медицинском страховании как и в других видах коммерческого страхования, базируется принципе эквивалентности. Величина страхового платежа ДМС рассчитывается по следующей методике.

1. Первая (постоянная) составляющая нетто-платежа — среды стоимость медицинских услуг по программе ДМС в расчете на одного застрахованного (Си1) рассчитывается по формуле

Си1 - Си1n + Сn1ст + Си1cn

где Си1n— средняя стоимость обращения за медицинской помощью в амбулаторно-поликлиническое учреждение в расчете на одного застрахованного; С„1ст — средняя стоимость обращения за медицинской помощью в стационар на одного застрахованного по i-му типу страховых случаев в течении срока действия договора, Спi — средняя стоимость обращения за медицинской помощью специализированное медицинское учреждение по рассматриваемой программе ДМС в течение срока действия договора (обычно 1 год).

Каждая из постоянных составляющих нетто-платежа рассчитывается по формуле

M

Cн1=ΣQi\*Спi,

I=1

где М — количество типов страховых случаев (заболеваний), пре смотренных программой ДМС; (Qi - математическое ожидание количества обращений в соответствующие медицинское учреждения одного застрахованного по i-му типу страховых случаев в течение срока действия договора; Спi — стоимость предоставления медицинских и сервисных услуг по i-му типу страховых случаев.

Для большого контингента застрахованных (несколько тысяч значения С, могут быть приняты из ежегодно публикуемых в каждом регионе статистических справочников с основными показателями деятельности органов и учреждений здравоохранения, приводящих соответствующие данные на 1000 человек [28, c. 21]. Для небольших групп застрахованных значения целесообразно оценивать экспертным путем по данным предварительного медицинского обследования застрахованных доверенным врачом страховой организации.

Стоимость предоставления медицинских и сервисных услуг принимается на основе тарифных соглашений (договоров), заключенных с медицинскими учреждениями.

Вторая (рисковая) составляющая нетто-платежа, учитывающая годовые колебания обращаемости за медицинской помощью, определяется следующим образом:

Cи2=r\*Сл\*Sq

где r — коэффициент вариации, принимаемый в зависимости от устойчивости изменения (за предшествующий период в 5—10 лет. С достаточной для практики точностью рекомендуется принять r= 1...2; Сл — стоимость лечения (предоставления медицинских и сервисных услуг), усредненная по типам страховых случаев:

M M

Cл=ΣQi\*Спi / Σ Qi

I=1 I=1

где Sq — среднее квадратическое отклонение суммарного числа страховых случаев (обращений за медицинской помощью), определяемое методами статистической обработки наблюдений за изменениями ,количества обращений за медицинской помощью в рамках рассматриваемой программы ДМС за предшествующий период продолжительностью 5—10 лет.

Сб =(Cт1+Си)Кнагр\* К приб

где Сб— брутто-премия по договору; Кнагр - коэффициент нагрузки, включающий расходы страховой организации на ведение дел,, в числе на создание резерва предупредительных мероприятий, если последний предусмотрен программой ДМС (обычно Кнагр = 1,1 - 1 К б —.коэффициент прибыли от операций по медицинскому страхованию, планируемый страховой организацией (обычно Кприб =1,0-1,05>.

Данная методика может быть использована и для расчета ре ной стоимости полиса ОМС при условии корректировки рисков надбавки в соответствии с нормативными требованиями к величине резерва и исключения коэффициента прибыли.

Прогресс медицины, рост затрат в здравоохранении, рост затрат в здравоохранении, актуальный для населения РФ, делают необходимым € годный пересмотр страховщиками страховых премий в сторону увеличения.

В отличие от других видов страхования договор ДМС имеет сколько ступеней введения в действие страховых гарантий:

I ступень— формальное начало договора, которое определяется, той подписания договора страхователем и страховщиком. На этом этапе подтверждается договоренность об объеме условиях и сроках предоставления страховой защиты;

II ступень — материальное начало страховой защиты, которая выражается в уплате страховой премии и выдаче страхового полиса;

III ступень — техническое начало страховой защиты, которое выражается в том, что начиная с момента, указанного в договоре, страховщик несет полную ответственность по принятым на себя обязательствам.

В медицинском страховании материальное и техническое на страхового договора не совпадают. Страховщик определяет так называемый преддоговорный период, продолжительность которого оговаривается в договоре [21, c. 15]. В течение этого периода страховщик не несет ответственности по наступающим страховым случаям. Делается этодля того, чтобы, во-первых, избежать случаев заключения договор преднамеренной целью — оплатить лечение болезни, которую: страхованный уже ожидает, и, во-вторых, обеспечить страховщику определенный период накопления средств но договору для осуществления последующих выплат.

Обычно преддоговорный период назначается для всех заболеваний, кроме последствий несчастного случай. Он может составлять от одного месяца до года. Наиболее длительные преддоговорные периоды устанавливаются для стоматологии и ортопедии, психиатрических хронических заболеваний и патологий. Преддоговорный период может быть отменен при условии уплаты более высокой премии и предъявлении документа о медицинском освидетельствовании. В Германии обязательный преддоговорный период составляет три месяца, а по стоматологии и родам — восемь месяцев. В Италии для хронических заболеваний и патологий этот период оценивается полгода.

Страхователь имеет право в течение действия договора вносить Него изменения или дополнения. За дополнительную плату страхователь может:

• увеличивать сумму страхового покрытия;

• расширять перечень страхуемых медицинских услуг.

Урегулирование, страхового случая в ДМС также имеет существенные особенности по сравнению с другими видами страхования

Во-первых, страховой случай по ДМС растянут во времени и. совпадает с периодом нетрудоспособности застрахованного. Во-вторых, ,продолжительность страхового случая определяется методикой лечения устанавливается медицинским учреждением или частнопрактикующим врачом. В-третьих, медицинские услуги должны быть представлены лечебными учреждениями или врачами, аккредитованными страховщиком, а лекарства и другие медикаменты — выписаны пациенту.

Оплата медицинской помощи в ДМС может осуществляться равными способами.

При традиционном способе оплаты медицинское учреждение выписывает счет клиенту. Клиент оплачивает счет и представляет его страховую компанию, которая компенсирует ему расходы на лечение. Возможен вариант, когда клиент, получив счет, направляет его страховщику для оплаты.

В настоящее время страховщики стали применять отложенные расчеты с клиентами по схеме оплаты медицинских услуг. Суть их заключается в том, что страховщик начинает принимать оплате счета только при достижении определенной в страховом договоре суммы. Например, страховая компания не осуществляет страховые выплаты до тех пор, пока клиент не израсходует Х у.е. на медицинское обслуживание с начала календарного года, а потом, возмещает всю эту сумму. Такое условие позволяет страховщику экономить расходы на ведение дела и не отвлекать суммы резервов процесса капитализации.

Более распространенным является способ оплаты медицинских услуг без участия застрахованного клиента, когда медицинское учреждение направляет счет на оплату предоставленных услуг непосредственно страховой компании. Причем счета могут выставляться за согласованные страховщиком и медицинским учреждением периоды по группам пролеченных клиентов, застрахованных данной страховой компанией.

Обычно каждая страна имеет специальные законодательно утвержденные тарифы платных медицинских луг, которые используются при расчетах в рамках социального обеспечения и ОМС. Частное медицинское страхование использует в качестве основы собственных расчетов, применяя системы оплаты исходя из 100, 150 или даже 300% тарифа социального обеспечения или ОМС, что зависит от конкретной программы страхования, выбранной страхователем [12, c.69].

В РФ разработаны методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ ОМС, в которых указывается, что оплата медицинской помощи в пределах ОМС осуществляется по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения, заключаемого органами власти, медицинскими и страховыми учреждениями на территории каждого субъекта. Однако ни одним документом не закреплена практика использования этих тарифов в сфере ДМС ни как базы расчетов с медицинами учреждениями, ни как экономического обоснования стоимости программ ДМС. В последнее время в связи, с наметившейся тенденцией неуклонного удорожания медицинских услуг и наблюдающимся ростом избыточности в медицинском страховании по прямым страховым операциям стали появляться совершенно новые системы оплаты медицинских услуг. Лидером в этом направлении выступили США, где составляет основную часть всего национального медицинского страхования. В США все чаще стало встречаться медицинское страхование с контролем за использованием страховых средств. Были созданы организации по поддержанию здоровья «Health Maintenance organizations» (НМО), представляющие собой смешанную форму общества взаимного страхования и медицинской организации. НМО собирают страховые взносы со своих членов, формируют собственный штат медицинского персонала или заключают договоры с другими медицинскими учреждениями на обслуживание своих членов. Оплата медицинских услуг производится либо по утвержденной смете расходов, если медицинское учреждение полностью финансируется НМО, либо по специальным тарифным соглашениям с привлекаемыми к обслуживанию членов НМО врачами и медицинскими учреждениями. Член Он имеет право обращаться за помощью только в те медицинские учреждения, которые ему предлагает на выбор НМО. НМО предоставляет своим членам полный традиционный набор медицинских услуг. Страхование и лечение в таких организациях обходится дешевле, поскольку НМО одновременно и финансирует, и оказывает медицинскую помощь своим членам, т.е. осуществляет полный оперативный контроль эффективным использованием страховых средств. НМО занимаются только коллективным страхованием, осуществляемым совместно работодателем и наемными работниками.

В России в последнее время в связи с активным развитием ДМС страховые медицинские компании тоже стали предоставляют медицинскую помощь самостоятельно, либо приглашая необходимых специалистов, либо организуя собственные медицинские учреждения.

Другим способом снижения убыточности ДМС становится принятие такого вида страхования, который предусматривает оплату страховщик всех необходимых застрахованному медицинских течение года с последующей (в конце календарного года) доплатой страхователем перерасхода аккумулированных средств страховых взносов по определенным видам лечения. В договор страхов; таких условиях включают оплату стоматологической помощи врачей-специалистов, дорогостоящих диагностических обещаний. Обычно такие условия предоставления медицинских предлагаются в договорах коллективного медицинского страхования с участием работодателя.

Иногда страховщики в целях повышения привлекательное лисов ДМС включают в них условия осуществления страховой выплаты клиенту вперед, до наступления страхового события, возможность предоставляется при направлении клиента на лечение дорогостоящую частную клинику или за рубеж.

Страховой договор ДМС может быть расторгнут, аналог другим страховым договорам, по инициативе как клиента, так и страховщика. Страхователь может расторгнуть договор в случае рушения страховщиком принятых на себя обязательств или погашения размера страховых премий. Страховщик может расторгнуть договор и в случае неуплаты страховых взносов в установлен сроки, при нарушении страхователем обязанности, представленной в заявлении полной и добросовестной информации о застрахованных лицах, при нарушении медицинских предписаний, использовании медицинского полиса другими лицами [14, c.36]. Кроме того, договор прекращает действие при истечении срока, по согласованию сторон, в случае смерти застрахованного, по решению суда, приватизации страховщика.

При досрочном расторжении договора страхователю возвращает часть страховых взносов, пропорциональная не истекшему сроку действия договора, за вычетом произведенных страховщиком расходов.

**2.2.3 Анализ современного положения добровольного медицинского страхования в России и экономическая необходимость**

Возникновение и развитие ДМС связано с наличием целого ряда предпосылок. Добровольное медицинское страхование появляется и успешно развивается в условиях, когда возникает необходимость, полной или частичной оплаты медицинских услуг. Если медицинская помощь оказывается бесплатно и полностью финансируется государством, то потребность в дополнительном медицинском страховании отсутствует.

Возможность страхования риска заболевания за счет выравнивания его последствий для больших групп населения обусловлена периодичностью наступления этого риска в течение жизненного цикл человека риск болезни реально затрагивает каждого человека, при этом выявлена устойчивая статистическая закономерность, позволяющая разделить жизнь человека на четыре периода, характеризующиеся разной частотой наступления заболеваний:

• с рождения до 15-летия — период детских болезней характеризующийся достаточно высоким уровнем заболеваемости;

• с 15 до 40 лет — период стабильности, характеризующийся; наименьшей заболеваемостью;

• с 40 до 60 лет — период постепенного нарастания риска;

• после 60 лет — период наиболее высокого риска заболеваемости.

Такая динамика риска позволяет осуществлять его равномерное

распределение в обществе с помощью страхования с использованием выровненных страховых премий для разных возрастных групп. Потребность в ДМС напрямую зависит от того, в какой части риск заболевания покрывается обязательным медицинским страхованием. Чем уже спектр гарантий по ОМС, тем выше спрос на добровольное медицинское страхование, и наоборот. Кроме того, спрос на ДМС определяется во многих случаях желанием получить более качественную и специализированную медицинскую помощь, высокий уровень обслуживания в медицинском учреждении (отдельная палата, сиделка, лечение у ведущих специалистов и некоторые другие услуги).

2. Назначение и виды ДМС

В Законе РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» основная цель медицинского страхование сформулирована следующим образом: «...гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия».

Исходя из этой общей цели, можно выделить несколько частных задач:

- социальные задачи: охрана здоровья населения; обеспечение производства населения; развитие сферы медицинского обслуживания;

- экономические задачи: финансирование здравоохранения, «пение его материальной базы; защита доходов граждан и их семей, перераспределение средств, идущих на оплату медицинских услуг между различными группами населения. ДМС актуально только в рыночной экономической системе, где оно представляет собой финансовый механизм управления рисками, связанными с нарушением здоровья человека. Социально-экономическое значение ДМС заключается в дополнении гарантий по медицинскому обслуживанию, предоставляемых населению бесплатно через системы бюджетного финансирования медицинских учреждений ОМС. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих методов лечения и диагностики, применения современных медицинских технологий, обеспечения комфортных условий лечения, осуществления тех видов лечения, которые не включены в сферу «медицинской помощи по жизненным показаниям» [38, c. 12].

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 ДМС 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, а получает те услуги, которые потребуются ему по медицинским показаниям. Именно реальное ДМС 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 ДМС - 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.

В таблице 2.1 приведен список компаний-лидеров по взносам по ДМС, собранным в 2008 году.

Таблица 2.1 Компании - лидеры в добровольном медицинском страховании, 2008 г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Место | Компания | Взносы, тыс. руб. | Выплаты, тыс. руб. | Рейтинг надежности "Эксперт РА" |
| 1 | Группа СОГАЗ | 6229329 | 6850173 | А++ |
| 2 | ЖАСО | 4463046 | 3363686 | А |
| 3 | РОСНО | 3411379 | 1796066 | А++ |
| 4 | МАКС | 2092398 | 2007524 | А++ |
| 5 | "Ингосстрах" | 1882150 | 1552953 | А++ |
| 6 | "РЕСО-Гарантия" | 1487436 | 994391 | - |
| 7 | Группа компаний "Росгосстрах" | 1356723 | 968809 | А++ |
| 8 | Группа "УралСиб" | 995609 | 597972 | А+ |
| 9 | Группа "КапиталЪ" | 816808 | 648895 | А++ |
| 10 | "Ренессанс Страхование" | 807670 | 526864 | А+ |
| 11 | "Энергогарант" | 737326 | 433737 | А+ |
| 12 | "Шексна" | 680103 | 616532 | А+ |
| 13 | "АльфаСтрахование" | 544877 | 393799 | А++ |
| 14 | Страховой дом ВСК | 487023 | 358563 | А++ |
| 15 | "Россия" | 472929 | 372931 | А+ |
| 16 | "Медэкспресс" | 438328 | 253482 | - |
| 17 | "AIG Россия" | 357358 | 351299 | - |
| 18 | "Согласие" | 305065 | 254546 | А+ |
| 19 | СК "Сургутнефтегаз" | 295172 | 935167 | А+ |
| 20 | "Спасские ворота" | 237933 | 160117 | А+ |

Источник: "Эксперт РА"

Среди компаний, активно работающих на рынке реального ДМС, можно условно выделить несколько групп, различающихся по стратегии привлечения клиентов.

Первая группа - страховые компании, являющиеся "дочками" финансово-промышленных холдингов. Основная задача этих страховщиков - организация медицинского обслуживания материнской структуры и аффилированных с ней компаний. Как правило, эти компании работают в регионах в соответствии с географией бизнеса учредителей. Накопив опыт работы с "родственными" клиентами, они начинают активно предлагать свои услуги их партнерам и иным предприятиям, работающим в соответствующих регионах. Зачастую в подобных случаях страхование осуществляется с полным или частичным учетом принципов возвратности. К числу таких компаний можно отнести большинство лидеров: Группа "СОГАЗ", включающая компании "СОГАЗ" и "Газпроммедстрах", ЖАСО, входящие в страховую группу "КапиталЪ" компании "КапиталЪ Страхование" и "КапиталЪ Медицинское страхование", "Шексна", СК "Сургутнефтегаз", СКМ, "Согласие". Кроме того, свои сегменты рынка имеет "Энергогарант", традиционно страхующий региональные АО-энерго и близкие к электроэнергетике компании.

Вторая группа - компании, работающие в программе обязательного медицинского страхования (через специально созданных "дочек") и во многом на этом строящие свою маркетинговую политику. Известность людям, возможность координировать финансовые потоки, идущие по каналам обязательного и добровольного страхования, а также налаженные отношения со всеми московскими поликлиниками и больницами позволяют этим страховщикам занимать лидирующие позиции в ДМС. В первую очередь к числу этих компаний можно отнести МАКС, РОСНО и "Спасские ворота". Эти три компании являются лидерами московского рынка классического медицинского страхования. Однако совмещают деятельность ДМС и ОМС не только они. На таких принципах работают многие как московские, так и региональные страховщики.

Третья группа страховщиков - компании, ориентированные исключительно на рыночную клиентуру. Они работают только с теми клиентами, которых удалось привлечь различными маркетинговыми программами. В любой из компаний этой группы можно купить весь набор существующих на рынке страховых программ: амбулаторное лечение с прикреплением к любому из ведущих медицинских учреждений, стационарное лечение, "Скорая помощь", "Личный врач" и т.п. К числу таких страховщиков можно отнести ведущие российские универсальные страховые компании "Ингосстрах", "РЕСО-Гарантия", компании системы "Росгосстрах", "УралСиб", "Ренессанс Страхование", "AIG Россия", "Россия". Активно работают на рынке массового ДМС Страховой дом ВСК и "АльфаСтрахование". Первое и второе место в списке крупнейших игроков на рынке ДМС заняли компании, отнесенные к первой группы, т.е. кэптивы. Однако основная конкуренция развивается в рамках второй и третьей групп между такими компаниями, как РОСНО, "Ингосстрах", МАКС и т.д. Анализ взносов по добровольному медицинскому страхованию по итогам первого полугодия 2006 года отражает временное усиление роли компаний, входящих в первую группу и получающих значительную часть страховых премий в начале года, тогда как компании, собирающие страховые взносы равномерно в течение года теряют свои позиции.

Несмотря на то, что внутригодовая статистика рынка ДМС в значительной степени искажена фактором сезонности, можно сделать вывод о динамичном развитии рынка добровольного медицинского страхования: за первое полугодие 2008 года три крупнейших игрока собрали больше страховых взносов, чем за весь предыдущий 2007 год. Так компании, входящие в Группу "СОГАЗ", собрали премий по ДМС за 2008 год на сумму 6,2 млрд рублей, а за шесть месяцев 2009 года - на сумму 6,5 млрд рублей.

Таблица 2.2 Компании-лидеры в добровольном медицинском страховании, 1 полугодие 2009 г.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место | Компания | Взносы, тыс. руб. | Выплаты, тыс. руб. |
| 1 | Группа "СОГАЗ" | 6532071 | 3189994 |
| 2 | ЖАСО | 4486340 | 1719340 |
| 3 | РОСНО | 3510307 | 1086686 |
| 4 | Группа "Ингосстрах" | 1637166 | 908209 |
| 5 | Группа "РЕСО-Гарантия" | 997451 | 572125 |
| 6 | Группа "Росгосстрах" | 918935 | 518435 |
| 7 | СК "Сургутнефтегаз" | 839404 | 367910 |
| 8 | Группа "Шексна" | 790550 | 327383 |
| 9 | Группа МАКС | 787854 | 388403 |
| 10 | Группа "КапиталЪ" | 688119 | 322103 |
| 11 | "Ренессанс Страхование" (включая "Прогресс-Нева") | 645600 | 338666 |
| 12 | Группа "УралСиб" | 620144 | 356657 |
| 13 | Группа "АльфаСтрахование" | 503273 | 225464 |
| 14 | Страховой дом ВСК | 430899 | 180122 |
| 15 | "Медэкспресс" | 374190 | 134935 |
| 16 | СКМ | 337507 | 186367 |
| 17 | "Согласие" | 328169 | 127180 |
| 18 | "Энергогарант" | 323736 | 241681 |
| 19 | Группа "Русский мир" | 252260 | 98637 |
| 20 | "Россия" | 247468 | 158275 |

Источник: "Эксперт РА"

Уровень концентрации на рынке добровольного медицинского страхования несколько ниже, чем в целом по отрасли. Так, доля 20 крупнейших компаний во взносах по ДМС в 2008 году составила 61,49%, тогда как доля 20 лидеров в совокупных страховых взносах в целом по страховому рынку была равна 67,48%. На десять крупнейших страховщиков, занимающихся добровольным медицинским страхованием, в 2005 году пришлось 51,52% совокупных премий, на тройку лидеров (Группу компаний "СОГАЗ", ЖАСО и РОСНО) - 30,86%.

Так же, как и во всей страховой отрасли, на рынке ДМС можно выделить двух-трех лидеров, доля которых в совокупных взносах существенно выше по сравнению с остальными страховщиками. Крупнейшим игроком на данном рынке является Группа компаний "СОГАЗ", собравшая за прошедший год 13,63% совокупных взносов, тогда как рыночная доля лидера на всем страховом рынке - группы компаний "Росгосстрах" по итогам 2008 года была существенно меньше и составила 10,50%. С некоторым отрывом от тройки лидеров идут компании МАКС (4,58%), "Ингосстрах" (4,12%), "РЕСО-Гарантия" (3,25%), группа компаний "Росгосстрах" (2,97%).

Таблица 2.3 Уровень концентрации на рынке ДМС в 2008 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место | Компания | Доля в совокупных взносах по ДМС, % |
| 1 | Группа "СОГАЗ" | 13.63 |
| 2 | ЖАСО | 9.77 |
| 3 | РОСНО | 7.46 |
| 4 | МАКС | 4.58 |
| 5 | "Ингосстрах" | 4.12 |
| 6 | "Ресо-Гарантия" | 3.25 |
| 7 | Группа компаний "Росгосстрах" | 2.97 |
| 8 | Группа "УралСиб" | 2.18 |
| 9 | Группа "КапиталЪ" | 1.79 |
| 10 | "Ренессанс Страхование" | 1.77 |
| 11 | "Энергогарант" | 1.61 |
| 12 | "Шексна" | 1.49 |
| 13 | "АльфаСтрахование" | 1.19 |
| 14 | Страховой дом ВСК | 1.07 |
| 15 | "Россия" | 1.03 |
| 16 | "Медэкспресс" | 0.96 |
| 17 | "AIG Россия" | 0.78 |
| 18 | "Согласие" | 0.67 |
| 19 | СК "Сургутнефтегаз" | 0.65 |
| 20 | "Спасские ворота" | 0.52 |
| Источник: "Эксперт РА" | | |

По сравнению с 2007 годом уровень концентрации на рынке добровольного медицинского страхования несколько возрос. Так, в 2007 году, сумма рыночных долей первых 20 страховщиков ДМС была равна 59,83%. По итогам 2008 года она увеличилась до 61,49%. Доля тройки лидеров также возросла по сравнению с предыдущим годом - с 28,03% до 30,86%. Внутри самой тройки лидеров произошли изменения. Компания МАКС резко сократила свое присутствие на рынке - доля премий, полученных компанией в совокупных взносах на данном рынке, снизилась практически вдвое с 8,05% до 4,58% и в результате уступила свое третье место РОСНО.

Таблица 2.4 Уровень концентрации на рынке ДМС, 2007 год

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Место | Компания | Взносы, тыс. руб. | Доля в совокупных взносах по ДМС, % |
| 1 | Группа "СОГАЗ" | 4493760 | 11.56 |
| 2 | ЖАСО | 3269641 | 8.41 |
| 3 | МАКС | 3129937 | 8.05 |
| 4 | РОСНО | 2806629 | 7.22 |
| 5 | "Ингосстрах" | 1365193 | 3.51 |
| 6 | "РЕСО-Гарантия" | 1125614 | 2.9 |
| 7 | Система "Росгосстрах" | 1087957 | 2.8 |
| 8 | "КапиталЪ Страхование" | 800315 | 2.06 |
| 9 | СК "Сургутнефтегаз" | 772541 | 1.99 |
| 10 | Группа "УралСиб" | 684340 | 1.76 |
| 11 | "Энергогарант" | 660055 | 1.7 |
| 12 | Группа "Шексна" | 492029 | 1.27 |
| 13 | "Ренессанс Страхование" | 466528 | 1.2 |
| 14 | Группа "АльфаСтрахование" | 393764 | 1.01 |
| 15 | Страховой дом ВСК | 389696 | 1 |
| 16 | "Россия" | 330899 | 0.85 |
| 17 | "Медэкспресс" | 298191 | 0.77 |
| 18 | "AIG Россия" | 248220 | 0.64 |
| 19 | "Гута-Страхование" | 229426 | 0.59 |
| 20 | "Русский мир" | 205731 | 0.53 |

Источник: "Эксперт РА"

Большинство игроков на рынке добровольного медицинского страхования являются универсальными компаниями (или страховыми группами), специализирующимися не только на предоставлении услуг по ДМС. Доли собранных премий по данному виду страхования в совокупных вносах компаний-лидеров в среднем не превышают 20%, исключение составляют ЖАСО (64%) и "Медэкспресс" (80,44%), а у таких компаний, как "Ингосстрах", "РЕСО-Гарантия" и группа компаний "Росгосстрах", доля ДМС относительно невелика по сравнению с общим объемом их бизнеса - 5,98%, 6,13% и 3,69% соответственно. Внутри практически каждой группы есть специализированные компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием. Примерами таких компаний служат Газпроммедстрах (Группа "СОГАЗ"), КапиталЪ Медицинское страхование (группа "КапиталЪ"), Ингосстрах-М, Шексна-М. Отметим, что компании, занимающиеся исключительно ДМС, создаются не с нуля, а путем выделения части бизнеса крупных универсальных компаний. Хотя существует и другой путь - сохранение и развитие страхового портфеля по ДМС внутри материнской компании (РОСНО, "РЕСО-Гарантия", Страховой дом ВСК).

Таблица 2.5 Доля взносов по добровольному медицинскому страхованию в совокупных взносах компаний-лидеров, 2008 год

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место по взносам ДМС | Место по совокупным взносам | Компания | Взносы по ДМС, тыс. руб. | Совокупные взносы без ОМС, тыс. руб. | Доля ДМС в совокупных взносах, % |
| 1 | 3 | Группа "СОГАЗ" | 6229329 | 27318838 | 22,80% |
| 2 | 11 | ЖАСО | 4463046 | 6973853 | 64,00% |
| 3 | 6 | РОСНО | 3411379 | 21945571 | 26,35% |
| 4 | 12 | МАКС | 2092398 | 6820843 | 30,68% |
| 5 | 2 | "Ингосстрах" | 1882150 | 31460440 | 5,98% |
| 6 | 4 | "РЕСО-Гарантия" | 1487436 | 24251232 | 6,13% |
| 7 | 1 | Группа компаний "Росгосстрах" | 1356723 | 36744743 | 3,69% |
| 8 | 8 | Группа "УралСиб" | 995609 | 9697375 | 10,27% |
| 9 | 5 | Группа "КапиталЪ" | 816808 | 13033866 | 6,27% |
| 10 | 16 | "Ренессанс Страхование" | 807670 | 4957330 | 16,29% |
| 11 | 21 | "Энергогарант" | 737326 | 3736727 | 19,73% |
| 12 | 23 | "Шексна" | 680103 | 3253520 | 20,90% |
| 13 | 10 | "АльфаСтрахование" | 544877 | 7158410 | 7,61% |
| 14 | 7 | Страховой дом ВСК | 487023 | 9783883 | 4,98% |
| 15 | 24 | "Россия" | 472929 | 3217706 | 14,70% |
| 16 | 51 | "Медэкспресс" | 438328 | 544931 | 80,44% |
| 17 | 27 | "AIG Россия" | 357358 | 2758251 | 12,96% |
| 18 | 9 | "Согласие" | 305065 | 9059641 | 3,37% |
| 19 | 29 | СК "Сургутнефтегаз" | 295172 | 2196366 | 13,44% |
| 20 | 20 | "Спасские ворота" | 237933 | 3845040 | 6,19% |
| Источник: "Эксперт РА" | | | | | |

**2.2.4 Развитие, современное состояние и перспективы ДМС в России**

Рынок добровольного медицинского страхования уже который год показывает высокие темпы роста по собранным страховым премиям. Средневзвешенный уровень роста страховых взносов в 2008 году по сравнению с 2007 годом у первых 20 компаний отрасли составил 26,15%. Данный показатель для первого полугодия 2009 года по отношению к 1 полугодию 2008 года составил 49,37%. Хотя сравнивать эти показатели не вполне корректно, возможно сделать вывод о резком ускорении роста рынка ДМС в первом полугодии 2009 года.

В условиях значительного расширения рынка нарастает и конкуренция между его участниками. В частности, компания МАКС стремительно теряет свои позиции на рынке ДМС (3-е место в рэнкинге крупнейших компаний отрасли в 2007 году, 4 место - в 2008 году, 9 место - в 1-ой половине 2009 года). Рост полученных премий компаний ЖАСО и "КапиталЪ" ниже среднерыночных, что может в скором времени привести к существенному сокращению их рыночной доли. В то же время такие компании, как РОСНО, "Ингосстрах" активно развиваются и увеличивают рыночные доли. Внутри второй десятки крупнейших страховщиков ДМС в 2008 году произошли небольшие перестановки, в топ-20 прочно вошла страховая компания "Согласие". Стабильно развиваются "Ренессанс страхование", Страховой дом ВСК, "АльфаСтрахование", "Спасские ворота", в то время как динамика взносов по ДМС у компаний "Энергогарант", "Россия", "Сургутнефтегаз" неустойчива. Анализ динамики показателей свидетельствует о том, что рынок добровольного медицинского страхования находится на начальном этапе своего развития и еще окончательно не оформился.

Таблица 2.6 Динамика взносов компаний-лидеров рынка ДМС

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Место, 1 пол. 2009 г. | Место, 2008 г. | Место, 2007 г. | Компания | Прирост взносов в 1 пол. 2009 г. по сравнению с 1 пол. 2008 г., % | Прирость взносов по сравнению с 2007 г., % | Прирост взносов по сравнению с 2006 г. % |
| 1 | 1 | 1 | Группа "СОГАЗ" | 33.9 | 26.36 | 121.59 |
| 2 | 2 | 2 | ЖАСО | 3.41 | 36.5 | - |
| 3 | 3 | 4 | РОСНО | 56.44 | 21.55 | 18.45 |
| 9 | 4 | 3 | МАКС | -38.87 | -33.15 | 35.29 |
| 4 | 5 | 5 | "Ингосстрах" | 48.25 | 37.87 | 25.98 |
| 5 | 6 | 6 | "РЕСО-Гарантия" | 6.91 | 32.14 | 16.28 |
| 6 | 7 | 7 | Группа компаний "Росгосстрах" | 24.2 | 24.7 | 102.21 |
| 12 | 8 | 10 | Группа "УралСиб" | 22.98 | 86.29 | 30.27 |
| 10 | 9 | - | Группа "КапиталЪ" | 5.36 | 1.81 | - |
| 11 | 10 | 13 | "Ренессанс Страхование" | 48.29 | 54.4 | -1.66 |
| 18 | 11 | 11 | "Энергогарант" | -1.39 | -13.55 | 26.08 |
| 8 | 12 | 12 | "Шексна" | 23.91 | 38.66 | 47.81 |
| 13 | 13 | 14 | "АльфаСтрахование" | 46.36 | 38.38 | -9.76 |
| 14 | 14 | 15 | Страховой дом ВСК | 56.28 | 24.97 | 18.79 |
| 20 | 15 | 16 | "Россия" | -7.46 | 42.92 | 13.53 |
| 15 | 16 | 17 | "Медэкспресс" | 26.31 | 47 | 16.7 |
| 21 | 17 | 18 | "AIG Россия" | -4.39 | 43.97 | 15.7 |
| 17 | 18 | 23 | "Согласие" | 17.43 | 71.87 | 36.05 |
| 7 | 19 | 9 | СК "Сургутнефтегаз" | 701.68 | -61.79 | 8.5 |
| 25 | 20 | 25 | "Спасские ворота" | 31.3 | 41.89 | 7.17 |

Источник: "Эксперт РА"

Одна из основных предпосылок активного развития ДМС - 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 ОМС 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 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.

Перспективы развития частного ДМС 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.

Государство в последнее время уделяет серьезное внимание совершенствованию системы здравоохранения - национальный проект "Здоровье" объявлен в качестве одного из приоритетных направлений развития страны на ближайшую перспективу. Но возникает вопрос, в какой мере его реализация затронет рыночный механизм финансирования отрасли - добровольное медицинское страхование?

Большинство опрошенных "Экспертом" специалистов считает, что нацпроект "Здоровье" никак не отразится на рынке ДМС, в особенности - на корпоративном страховании. Причины в том, что основная проблема действующей системы обязательного медицинского страхования (которая и побуждает страхователей приобретать полисы ДМС) - нехватка узких специалистов и очереди в районных поликлиниках - проектом "Здоровье" вряд ли будет решена. Проект "Здоровье" можно рассматривать как инвестиционный, призванный значительно улучшить здоровье нации. Впрочем, единовременное финансирование без дальнейшей поддержки не сможет решить проблем, сложившихся в здравоохранении.

Позитивное влияние национального проекта на развитие добровольного медицинского страхования будет заключаться в повышении качества медицинских услуг, в том числе и оказываемых по программам ДМС. Часто недостаточное оснащение лечебных учреждений, прежде всего в регионах, является препятствием для развития добровольного медицинского страхования.

Опыт развитых стран доказывает, что именно добровольное медицинское страхование - наиболее эффективный механизм финансирования медицины. Тем не менее, развитие ДМС в нашей стране, 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 ДМС. 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 ДМС препятствуют и сами лечебные учреждения. Низкая конкуренция на рынке приводит к росту цен на медицинское обслуживание, при этом медучреждений, 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.

Наконец, ограничивает масштабы сотрудничества страховых компаний и лечебных учреждений и конфликт интересов, связанный со стремлением медиков завысить стоимость и количество оказанных услуг. Страховщики отмечают, что медицинские учреждения иногда повышают цены несколько раз в год, из-за чего страховые компании вынуждены брать на себя дополнительные расходы, так как договоры со страхователями заключаются без учета повышения цен. При этом, по свидетельству многих страховщиков, качество лечения не улучшается, а иногда даже, наоборот, наблюдается явный регресс. Более того, желающих застраховаться по ДМС стало так много, что ряд клиник отказывается работать со страховыми компаниями, предпочитая осуществлять расчеты с пациентами напрямую, считая, видимо, контроль со стороны страховщиков слишком обременительным.

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 ДМС, 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.

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.

**2.3 Отличительные особенности ДМС от ОМС**

Добровольное медицинское страхование, аналогично обязательному медицинскому страхованию, предоставляет гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта цель достигается другими средствами. Отличия добровольного медицинского страхования от обязательного заключаются в следующем:

во-первых, добровольное медицинское страхование (ДМС) в отличие от ОМС является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС, наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев, относится к сфере личного страхования;

во-вторых, ДМС, как правило, является дополнением к системе ОМС, обеспечивая гражданам возможность получения медицинских;; услуг сверх установленных в программах обязательного медицинского страхования или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины;

в-третьих, ДМС основано на принципах эквивалентности и замкнутой раскладки ущерба между участниками данного страхового фонда, тогда как ОМС использует принцип коллективной солидарности. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает определенные виды медицинских, услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия. ДМС обеспечивает страхователям медицинское обслуживание; более высокого качества, отвечающее индивидуальным требование ям клиента;

в-четвертых, участие в программах ДМС не регламентируется государством и зависит от потребностей и возможностей страхователя. В качестве страхователей могут выступать физические лица и юридические лица, заключающие договоры медицинского страхования для своих сотрудников. Коллективная форма ДМС имеет весьма широкое распространение.

Добровольное медицинское страхование служит дополнением к бесплатным формам обеспечения населения медицинскими услугами; опрос о рациональном соотношении обязательного страхования, добровольного страхования и бюджетного финансирования медицины по-своему решается в разных странах. Однако ДМС всегда присутствует в системе финансирования здравоохранения, на какой бы модели она ни основывалась. Это объясняется тем, что государственных ресурсе и средств, привлекаемых через ОМС, в настоящее время недостаточно для оказания населению качественной медицинской помощи [12, c. 32].

Тенденция к увеличению затрат населения на финансирование .медицинских услуг в формах их прямой оплаты и ДМС характерна и России, где реформа системы здравоохранения в направлении внедрения страховых принципов финансирования началась в 1992 г. настоящее время в общих затратах системы здравоохранения доля бюджетного финансирования составляет 67%, доля средств обязательного медицинского страхования — 22, доля затрат населения, включая плату за услуги и ДМС, — около 12% (табл. 14.1). В динамике затраты населения на медицинские услуги имеют тенденцию к быстрому росту. Известно, что финансирование медицинских услуг через ДМС гораздо выгоднее, чем их прямая оплата, и это обстоятельство открывает широкие перспективы для развития ДМС. С экономической точки зрения ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая.

**Глава 3 Перспективы развития медицинского страхования в России на примере Нижегородской области**

**3.1 Общая характеристика области здравоохранения**

Нижегородская область относится к числу 10 наиболее густонаселённых районов России (плотность населения 45,6 человек на 1 кв. км.) с очень высоким уровнем урбанизации – 78,2% от общего числа жителей составляет городское население (в целом по России горожан 73,3%, ПФО – 70,8%)

На территории Нижегородской области проживает 3 323 275 жителей (без учёта населения г. Сарова), в т.ч. в Нижнем Новгороде 1 291 791 жителей.

В оказании медицинской помощи населению нашей области участвуют 1 областная клиническая больница, 1 детская областная клиническая больница, 58 городских больниц, 10 детских городских больниц, 2 городские больницы скорой медицинской помощи, 3 госпиталя ветеранов войны, 8 специализированных больниц, 47 центральных районных больниц, 4 районные больницы, 67 участковых больниц, 9 родильных домов, 5 психиатрических и психоневрологических больниц, 1 наркологическая больница, 1 хоспис, 29 диспансеров, 138 самостоятельных амбулаторно-поликлинических учреждений, 23 стоматологических поликлиники, 80 станций скорой медицинской помощи. В том числе на территории Нижегородской области работает 5 НИИ федерального подчинения.

В лечебно-профилактических учреждениях Нижегородской области работает 11 006 врачей-специалистов, 29 758 средних медицинских работников и 394 фармацевтов и провизоров.

**3.2 Финансирование здравоохранения Нижегородской области**

Показатель общих расходов здравоохранения Нижегородской области в 1-м полугодии 2008 года на одного жителя в среднем по области составил 1 175 рублей, при этом отмечается значительный размах его колебаний: от 483 рублей в Арзамасском районе, до 2 173 рубелей в Краснооктябрьском.

Средняя стоимость одного койко-дня в стационарах круглосуточного пребывания больных, финансируемого из средств бюджета, по районам находится в диапазоне от 7 до 1 120 рублей.

Стоимость одного посещения врачей, ведущих амбулаторный приём за счёт средств бюджета ОМС, находится в диапазоне 80-85 рублей.

Средняя стоимость одного вызова скорой медицинской помощи колеблется в диапазоне от 106 до 875 рублей.

Распределение числа пролеченных больных в стационарах круглосуточного пребывания по источникам финансирования выглядит следующим образом: медицинское страхование – 85,7%, бюджет – 12,8%, платные услуги – 1,5%.

Распределение числа больных, пролеченных на платной основе в стационарах следующее: добровольное медицинское страхование – 24,6%, личные средства граждан – 67,5%, другие источники финансирования – 7,9%.

Уровень жизни населения

Уровень жизни населения Российской Федерации крайне низок. Основными факторами являются: низкие доходы, высокая безработица, изношенная и ветхая инфраструктура, оставшаяся в наследие с советских времён и т. д. Ситуация осложняется тем, что в России сложилась удручающая демографическая ситуация (а Нижегородская область является ярким тому примером).

Таблица 3.1. Основные показатели воспроизводства населения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| территория | рождаемость | смертность | естественная убыль |
| Российская Федерация | 10,3 | 16,5 | -6,2 |
| ПФО | 10 | 16,4 | -6,5 |
| НО | 8,9 | 28,7 | -19,8 |

Нижегородская область – «лидер» по вымиранию населения! Практически идентичная ситуация сложилась в Кировской, Ивановской, Тверской, Вологодской областях. Этнический состав умерших таков, что подавляющее большинство из них – русские!!!

Главные особенности сложившейся демографической трагедии в Нижегородской области:

значительные масштабы сокращения населения

низкая рождаемость, массовое распространение бездетных и однодетных семей

значительные потери населения от сверх-смертности, в т.ч. от несчастных случаев, суицидов, терактов.

кризис института семьи, высокий уровень разводов, превышающий число браков.

Продолжительность жизни: у женщин – 65 лет (123место в мире), у мужчин – 55 лет(134 место в мире).

Основные причины смерти населения: 64% - болезни системы кровообращения, 12% - внешние причины, 11,5% – онкологические заболевания, 3,6 – болезни органов дыхания, 3,5% - болезни органов пищеварения, 5,3% - прочие причины.

Наиболее высокий уровень рождаемости отмечен в ряде сравнительно небольших городов и рабочих посёлков: Вачского, Борского, Бутурлинского, Воскресенского, Арзамасского, Краснобаковского и других районов. Наиболее низкий уровень рождаемости отмечен в сельской местности: Лукояново, Сокольское, Варнавино, Ветлуга, Княгинино.

**3.3 Бюджет Нижегородского ФОМС за 2008 г.**

Бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Нижегородской области (ТФОМС) за 2008 год исполнен с превышением доходов над расходами в сумме 276 млн. 378,7 тыс. рублей [42]. Произошло увеличение прочих остатков денежных средств бюджета Фонда.

Остаток денежных средств на конец 2008 года составил 828 млн. 094 тыс. рублей.

Доходная часть бюджета Фонда утверждена в сумме 11 млрд. 296 млн. 873,9 тыс. рублей. Исполнение ее составило 11 млрд. 250 млн. 653,1 тыс. рублей, что составляет 99,6% к утвержденному бюджету.

Расходная часть бюджета Фонда на 2008 год утверждена в сумме 11 млрд. 559 млн. 119,5 тыс. рублей. Фактические расходы Фонда за текущий год составили 10 млрд. 974 млн. 274,4 тыс. рублей, что составляет 94,9% к утвержденным в бюджете годовым расходам.

Расходование средств бюджета осуществлялось исходя из приоритетности направления средств Фонда на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования и в строгом соответствии с утвержденным бюджетом Фонда.

В 2008 году на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования направлено 9 млрд. 375 млн. 145,2 тыс. рублей. или 2 млн. 772,6 рублей в расчете на одного жителя, что на 39,3% больше объема средств, направленных на эти цели в 2007 году.

Кроме того, в 2008 году Фондом осуществлено финансирование расходов, связанных с оказанием отдельным категориям граждан государственной социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части, предусматривающей обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на общую сумму 407 млн. 386,2 тыс. рублей.

В связи с реализацией приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в 2008 году ФОМС осуществлено финансирование расходов на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан в сумме 87 млн. 491,3 тыс. рублей; на финансовое обеспечение государственного задания в сумме 359 млн. 228,3 тыс. рублей; на проведение диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации в сумме 4 млн. 636,3 тыс. рублей.

В рамках межбюджетных трансфертов Фондом перечислены бюджету Нижегородской области субвенции на оказание отдельным категориям граждан государственной социальной услуги по дополнительной бесплатной медицинской помощи в части, предусматривающей обеспечение лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей- инвалидов в сумме 612 млн. 039,3 тыс. рублей.

**3.4 Лидеры личного страхования по Нижегородской области**

Отбор компаний для участия в ТОП-листе проводился на основании данных ФССН (Федеральной службы страхового надзора). В рэнкинге использованы данные ФССН по объему страховых взносов и выплат в 2008-2007 гг. и данные компаний — участников. В итоговую версию ТОП-листа вошли страховые компании, собравшие за 2008 г. на территории Нижегородской области страховых взносов (без учета ОМС) на сумму более 200 млн руб. В дополнительные таблицы были включены компании с наибольшим объемом взносов по отдельным видам страхования. Включены игроки со взносами по страхованию жизни за 2008 г. — свыше 15 млн руб., по личному страхованию — более 100 млн руб., по страхованию имущества — свыше 200 млн руб.

Финансовые показатели округлены до млн руб.

Основной ранжирующий показатель — совокупные взносы (без учета ОМС), собранные компанией за 2008 г.

Таблица 3.2. Лидеры личного страхования



Прогнозы: Денис Морозов директор филиала ОСАО «Ингосстрах» в Нижнем Новгороде:

В первую очередь, кризис скажется на количестве игроков: эксперты прогнозируют сокращение числа страховщиков как на федеральном, так и на региональном рынке. Уйдут мелкие компании со слабой поддержкой и те, кто не сможет предложить клиенту качественные услуги. В 2009–2010 гг. страховой рынок ждут передел и концентрация. В данный момент налицо тенденция перехода страхователей в более крупные и финансово устойчивые компании.

Сергей Котов генеральный директор ООО «РГС-Поволжье»:

Нижегородский страховой рынок будет испытывать на себе влияние общероссийских тенденций — это уменьшение числа СК, в том числе из-за недостаточности капитала. Мы будем свидетелями слияний и поглощений. Главным конкурентным преимуществом страховых компаний, которые останутся на рынке, будет выстроенная система урегулирования убытков.

Владимир Паршаков директор Приволжской дирекции ОАО СК «РОСНО»:

На 10% (в денежном выражении) может вырасти страхование путешественников, при условии, что не произойдет катастрофического падения рубля и ситуация на финансовых рынках стабилизируется до начала сезона (апрель-май 2009 г.). Также можно прогнозировать умеренный рост рынка КАСКО — на уровне 15% (за исключением сегментов автокредита и автолизинга). Правда, рост будет только в том случае, если не произойдет ухудшение экономической конъюнктуры. Думаю, что снизятся объемы по страхованию ответственности (оно может сократиться на 10–20% при оптимистичном сценарии или снизиться на 40% при худшем варианте развития событий) и объемы по страхованию от несчастных случаев — 10–20%.

Людмила Воробьева директор Нижегородского филиала ОАО «Военно-страховая компания»:

Нововведения приведут к росту неплатежей по взаимным претензиям в рамках КАСКО и ОСАГО. Крупные страховщики за столом переговоров договариваются о реализации единых регламентов и взаимозачетов. А что делать остальным? Кризис неплатежей с удвоенной скоростью заставит их проедать в недостаточном объеме сформированные резервы. Характерной особенностью рынка станет резкий рост убыточности, связанный с мошенничеством. Компании, не создавшие систему урегулирования убытков и противодействия мошенничеству, ощутят это в большей степени.

Детали:

Компании зарабатывают на обязательном страховании

Структура взносов страховых компаний Нижегородской области в 2008 г., %

Доля обязательного страхования [55,86%]

Доля добровольного страхования [44,14%]

Имущественное страхование [69,96%]

Личное страхование [22,3%]

Страхование жизни [5,46%]

Страхование ответственности [2,28%]

Статистика:

Имущественное страхование приносит больше всего денег.

Взносы и выплаты страховых компаний Нижегородской области в 2008 г., тыс. руб.

ОСАГО

Поступления

1551,8 тыс.

Выплаты

1180,9 тыс.

Имущественное страхование, кроме страхования ответственности

Поступления

5930,8 тыс.

Выплаты

2582,6 тыс.

Страхование жизни

Поступления

462,9 тыс.

Выплаты

30,2 тыс.

Источник: ФССН, Топлист «ДК».

**Заключение**

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что наиболее острой проблемой, с которой уже столкнулись при организации медицинского страхования в нашей стране, является недостаточность, а по ряду позиций и полное отсутствие необходимых статистических данных. Например, для расчетов по краткосрочному страхованию необходимы хотя бы сведения о стоимости лечения в отдельных поликлиниках и территориях. Средними показателями здесь не обойдешься. Полученные в Москве в 1999 г. выборочные данные по ряду поликлиник свидетельствуют, что чем выше затраты, тем реже они осуществляются. Иначе говоря, распределения затрат близки к экспоненциальным кривым.

В свою очередь, для долгосрочного страхования, особенно группового, требуется огромный объем информации. Например, необходимы данные для разработки таблицы выбытия застрахованных, данные о закономерностях роста стоимости лечения по возрастам и т.д. Такую статистику придется создавать с нуля. На первых порах, вероятно, можно воспользоваться некоторыми выборочными данными или "суррогатами" в виде экспертных оценок, отвечающих общим представлениям о закономерности и масштабах развития соответствующих явлений. В дальнейшем экспертные данные должны корректироваться с учетом информации, полученной на основе собственного опыта и опыта однородных организаций.

Долгосрочного медицинского страхования в России нет и в ближайшем будущем не предвидится. Это связано с рядом объективных и субъективных причин - нестабильностью экономики, инфляцией, отсутствием у предприятий необходимых средств, а также понимания важности данного вида обслуживания нехваткой методик актуарных расчетов и подготовленных кадров для грамотного ведения дела и т.п. Вместе с тем следует ожидать, что серьезные российские страховые компании рано или поздно обратят внимание на этот преобладающий в западных странах вид медицинского страхования.

В период социальных и экономических преобразований в России - система здравоохранения закономерно эволюционирует. В настоящее время идет интенсивный поиск моделей предоставления медицинской помощи населению, адекватных современным реалиям. Одной из цивилизованных форм либеральных отношений на рынке медицинских услуг являются системы, обеспечивающие абсолютную социальную защищенность любого члена общества. К таким организационным формам, в частности, относятся системы медицинского страхования, одной из форм которого является, введена с 1991 года, отечественная система обязательного медицинского страхования (ОМС).

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 рисковым видам страхования и сравнивают со страхованием имущества. Даже в зарубежной практике медицинскому страхованию отводят промежуточное место между страхованием жизни и рисковым страхованием, точнее, «иным, чем страхование жизни». В российской практике на представление о сути добровольного медицинского страхования значительное влияние оказывает существующая система обязательного медицинского страхования.

Низкий уровень доходов населения сказывается на состоянии здоровья, а значит, требуется не только разработка четкой концепции социальной и медицинской защиты, но и обеспечение этой концепции финансовыми ресурсами.

Частично эти задачи и должна решить система медицинского страхования, концентрирующая в себе источники финансирования охраны здоровья посредством привлечения средств, формирования фондов страховых фирм, занимающихся ДМС.

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.

Залогом успешного проведения ДМС является разработка страховых медицинских программ, позволяющих обеспечить сбалансированность между страховой стоимостью программы и перечнем предлагаемых медицинских услуг, а также разработка принципов расчета страховых взносов, обеспечивающих выполнение страховщиком своих обязательств по соответствующим договорам.

В целом создаваемая в России система медицинского страхования с учетом корректировок и поправок приемлема для современного этапа развития страхового рынка, так как в общем учитывает особенности экономики России современного периода.

Десятилетняя практика современной отечественной системы ОМС вскрыла ряд объективных противоречий, решить которые не удалось в рамках существующей организационно-правовой формы социальной защиты населения. Исторический опыт социального страхования в России периода 20-х годов ХХ века показал небезуспешные попытки решения некоторых проблем в охране здоровья населения на примере системы единого социального страхования. Перспективное введение в России единого социального налога, коренные изменение социальной и экономической политики в системе здравоохранения, направленные на либерализацию отношений ее субъектов, трансформация основных функций и задач фондов обязательного медицинского страхования от финансово-кредитных к страховым – все это может стать одним из путей решения тех противоречий, которые накопились в системе охраны здоровья на региональных и государственном уровнях.

**Список литературы**

Конституция Российской Федерации.

"Гражданский кодекс Российской Федерации (часть первая)" от 30.11.1994 N 51-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.10.1994) (ред. от 17.07.2009, с изм. от 18.07.2009).

Гражданский кодекс Российской Федерации (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22.12.1995) (ред. от 17.07.2009).

Федеральный закон от 31 декабря 1997 г. № 157-ФЗ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (ред. 29.11.2007)

Проект Федерального Закона «О здравоохранении в Российской Федерации». М., 2002.

Авилов О.В. Возможные перспективы развития добровольного медицинского страхования // Страховое дело. - 2003. - N 5. - С.25-27.

Архипов А.П. О совершенствовании системы обязательного медицинского страхования // Финансы. - 2009. - N 9. - С.41-46.

Беликова О. Медицина в базовой комплектации / О.Беликова, О.Хохлов // Коммерсантъ-Деньги. - 2008. - N 11. - С.47-51.

Брызгалова, Е. Кому выгодно ДМС/Вестник медицинских услуг. – номер 12. – 2008

Верховцев А.В. Государственное социальное страхование. – М. – 1999

Гинзбург А.И. Страхование. – М. – 2004

Гвозденко А.А. Основы страхования. – М. – 1998

Галаганов В.П. Страховое дело. – М. – 2006

Гаголина М. О реализации Закона "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" // Страховое дело. - 1996. - N 8. - С.20-24.

Гришин В.В. Медицинские накопительные счета - путь к эффективному здравоохранению // Нац. проекты. - 2008. - N 3. - С.36-40.

Добровольное медицинское страхование. Кому это нужно // Новосиб. новости. - 2000. - 2 нояб. - С.8.

Дрошнев В.В. Развитие обязательного медицинского страхования в России: история и современность // Страховое дело. - 2004. - N 2. - С.57-64.

Дрошнев В.В. Трансформация механизма финансового взаимодействия элементов ОМС // Страховое дело. - 2003. - N 3. - С.15-25.

Кому выгодно обязательное медицинское страхование // Деловая жизнь. - 1995. - N 7. - С.17-18.

Кузьменко М.М. и соавторы Здравоохранение в условиях рыночной экономики/Под ред. Э.А.Нечаева, Е.Н. Жильцова – М.: Медицина, 1994, с.187.

Медицинское страхование в Германии // Страховое дело. - 1995. - N 4. - С.27-32.

Мелянченко Н. Российская система обязательного медицинского страхования: иллюзии и реальность // Деловая жизнь. - 2003. - N 3-4. - С.25-36.

Модели системы обязательного медицинского страхования / В.В.Грицин, В.Г.Бугова, А.А.Резников, Н.Г.Ананьева // Финансы. - 1996. - N 3. - С.39-44.

Моисеенко А. Богатые беспризорники // Финанс. - 2003. - N 38. - С.28-29.

Моисеенко А. Неуправляемая медицина // Фин. Россия. - 2002. - 8-15 мая. - С.6. - (Страхование).

Обязательное медицинское страхование в цифрах // Мед. газета. - 2007. - 17 октября. - С.8-9.

Обязательное медицинское страхование: роль страховой медицинской организации в досудебном урегулировании спорных вопросов // Молод. Сибири. - 2003. - 21 мая. - С.27.

Отчет о деятельности Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2000 году // Мед. страхование в России. - 2001. - Июль (N 3). - С.2-8.

Резников А.А. Развитие системы ДМС на государственном уровне // Страховое дело. - 2001. - N 12. - С.34-36.

Решетников А.В. Обязательное медицинское страхование: резервы и парадоксы возможностей / А.В.Решетников, С.А.Ефименко // Рос. здоровье и общество. - 2002. - 29 нояб. - С.7.

Решетников А. Организационно-экономический стандарт деятельности территориального фонда ОМС // Моск. правда. - 2002. - 18 янв. - С.2.

Скалай А.Г. Страховое дело. – М. – 2004

Финансовые инновации: Медицинское страхование / отв. ред. М.В. Лычагин, А.В.Решетников, В.И.Суслов. - Новосибирск, 2001. - 294с

Хлабутина Е., Новые задачи системы обязательного медицинского страхования Нижегородской области/Деловая неделя. – номер 12. – 2008

Федоров М. В России – бесплатная медицина/Вопросы социального обеспечения. – номер 13. – июнь 2008

Хмельник Ю.Г. Добровольное медицинское страхование как составляющая компенсационного пакета современной организации // Актуал. пробл. совр. науки. - 2008. - N 6. - С.56-59.

Чеботарева В. Треугольник здоровья // Деловые люди. - 1999. - N 106. - С.46-47.

Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и междунар. отношения. - 2000. - N 12. - С.93-98.

Шведова Н.А. Страховая медицина и охрана здоровья матери и ребенка: Опыт США // США: экономика, политика, идеология. - 1998. - N 12. - С.84-108.

Юрченко Л.А. Медицинское страхование как фактор социальной стабильности // Финансы. - 2005. - N 12. - С.53-55.

Юрченко Л.А. Проблемы финансирования медицинского страхования // Финансы. - 2008. - N 2. - С.49-55

http://www.regnum.ru

**Приложения**

**Приложение 1**

Частное медицинское страхование в европейских странах в 1992 г.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Доля застрахованных в населении, % | Количество застрахованных, млн. человек | Сумма взносов, млн. марок | Взносы за одного застрахованного, марок |
| Австрия | 37.5 | 2.8 | 1337 | 483 |
| Англия | 25.5 | 14.5 | 2751 | 190 |
| Германия | 16.9 | 10.3 | 15080 | 1464 |
| Голландия | 39.4 | 5.7 | 4244 | 738 " |
| Дания | 20.0 ' | 1.0 | 169 | 169 |
| Испания | 15.0 | 5.6 | 1210 | 214 |
| Италия | 3.7 | 2.1 | 596 | 284 |
| Франция | 18.0 | 10.0 | 5820 | 582 |

**Приложение 2**

Крупнейшие компании на рынке медицинского страхования в 2008 г.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Компания | Объем собранных премий на 01.01.08, млн руб. | Объем выплат, млн руб. | Количество договоров, шт. | Доля юрлиц, % | Изменение объема премий за год, % |
| 1 | СГСОГАЗ | 9 250,29 | 9 301,69 | 137 002 | 95,12 | 25,99 |
| 2 | СГ РОСНО | 6597,46 | 3 735,06 | 1904101 | 94,32 | 14,94 |
| 3 | Жасо | 5 022,90 | 4 446,00 | 94 234 | 97,50 | 10,28 |
| 4 | СГ Ингосстрах | 3526,80 | 2355,10 | 850314 | 89,74 | 25,49 |
| 5 | РЕСО-Гарантия | 2 928,56 | 1 805,11 | 55 479 | 91,69 | 63,13 |
| 6 | СГ Росгосстрах | 2059.35 | 1 541,18 | 369 533 | 90,07 | 21,45 |
| 7 | СГ КапиталЪ | 1478.28 | 1121,97 | Н.Д. | 97,90 | 45,71 |
| 8 | СГ Ренессанс Страхование | 1473,54 | 988,70 | 92 395 | 87,35 | 46,23 |
| 9 | СГ Уралсиб | 1259,08 | 1097,52 | 83 763 | 88,57 | 30,58 |
| 10 | Сургутнефтегаз | 1067,15 | 916,79 | 28001 | 81,79 | 5,85 |
| 11 | Шексна | 1029,65 | 897,20 | 3 530 | 98,95 | 19,48 |
| 12 | век | 917,79 | 628,10 | 123452 | 83,44 | 36,66 |
| 13 | Альфастрахование | 903,95 | 690,12 | 17 489 | 91,95 | 26,77 |
| 14 | Макс | 751,81 | 658,53 | 116 716 | 82,89 | -20,54 |
| 15 | Медэкспресс | 714,44 | 384,30 | 14 936 | 95,90 | 24,91 |
| 16 | Россия | 693,26 | 502,35 | 37 241 | 90,26 | 55,21 |
| 17 | Югория | 672,35 | 552.29 | 95 951 | 72,79 | 5,44 |
| 18 | Гута-страхование | 633,61 | 451,47 | 89929 | 87,81 | 230,44 |
| 19 | СКМ | 589,42 | 475,43 | 58650 | 78,38 | 34,72 |
| 20 | Группа Чулпан | 581,44 | 463,00 | 1294 | 97,17 | 12,86 |
| 21 | СГ Русский Мир | 527,33 | 471,12 | н.д. | 94,89 | 3,06 |
| 22 | ОРАНТА | 394,08 | 295,44 | 16586 | 87,88 | 98,38 |
| 23 | Отечество | 365,96 | 203,58 | 1762 | 95,46 | 12,31 |
| 24 | Спасские ворота | 362,14 | 231,12 | 66375 | 83,64 | 270,04 |
| 25 | Согласие | 359.81 | 295,13 | 25 761 | 90,19 | 8,21 |