Федеральное агентство по образованию

Российский государственный профессионально-педагогический университет

Социальный институт

Факультет социальной работы и социальной педагогики

Кафедра социальной работы

**Дипломная работа**

**Социальные аспекты медицинского страхования в Российской Федерации**

Екатеринбург 2008

Введение

Социальная политика в развитых странах с рыночной и социально ориентированной экономикой в качестве важнейшего своего атрибута включает систему обязательного социального страхования. Ее роль и значение для социальной защиты населения являются ключевыми. Экономические, медицинские и социальные функции социального страхования позволяют справедливо и эффективно распределять финансовые ресурсы для работающих и членов их семей, оказывать медицинскую и социальную помощь в случаях наступления для них социальных рисков.

Многовековой опыт человечества показал, что образование, медицина, физическая культура, социально ориентированная экономика способны вносить весомый вклад в формирование человеческого в человеке, делая его благоразумным, добродетельным, счастливым в счастье других, свободным в свободе других, интересным для окружения. Однако в сегодняшней политико-экономической ситуации в нашей стране именно здоровье нередко становится причиной отрицательных умонастроений, психологически-социального напряжения.

С начала 90-х годов XX века в России осуществляется возвращение к принципам рыночной экономики. В условиях рынка и увеличения дифференциации граждан по доходам становится все более труднодостижимой задачей осуществление закрепленного права граждан РФ на получение бесплатной медицинской помощи – прежде всего из-за уменьшения средств бюджета.

При характеристике современного социально-экономического положения общества главное внимание принято уделять снижению доходов населения, ухудшению состояния производства, жилищной сферы и другим вопросам. Однако, как бы сложно не обстояло дело с решением этих вопросов, население, главным образом, обеспокоено не этим, а состоянием своего здоровья, которое, по их мнению, вызывает серьезные опасения.

Каждый родившийся в России человек имеет право:

– родиться здоровым;

– быть здоровым;

– на качественные условия жизни;

– на участие в жизни общества.

Современное здравоохранение России стоит на пороге трансформации в новую систему, обусловленную созданием программы медико-социального реформирования здравоохранения, позволяющей в условиях формирования рыночных отношений в России личное здоровье человека сделать фактором, всецело определяющим комфортность его существования в обществе.

Продолжается интенсивный поиск приемлемой модели отечественной системы здравоохранения, модели взаимоотношений врача и пациента в условиях становления рынка медицинских услуг, модели, которая в наивысшей степени была бы адекватна изменяющимся общественным реалиям.

В ХХ веке на долю России выпало больше всего испытаний (две мировые войны, гражданская война, другие ограниченные войны, голод, лишения и эпидемии), особенно в самом конце века, когда произошел развал единого государства, развал экономики, кризис социальной сферы, в том числе и системы здравоохранения.

Резко ухудшились демографические и медико-социальные процессы, сложилась реальная угроза выживанию и развитию народа, угроза национальной безопасности России в настоящее время и особенно в будущем.

Россия опережает большинство стран мира по таким экстенсивным показателям развития системы здравоохранения, как число врачей и больничных коек на 100 тыс. населения. Однако коэффициент смертности населения Российской Федерации, наоборот, значительно выше, чем в абсолютном большинстве индустриально развитых стран. В частности, по количеству смертей на 100 тыс. человек от инфекционных и паразитарных болезней Россия опережает практически все европейские страны. Приобретает характер эпидемий распространение туберкулеза, острых кишечных инфекций (особенно бактериальной дизентерии), сифилиса и других, относимых к разряду социальных.

Несмотря на то, что частота обращений за медицинской помощью в государственные медицинские учреждения снижается, она остается достаточно высокой и зависит, прежде всего, от состояния здоровья населения. Что можно объяснить, в частности, утратой доверия к медицинским службам государственных учреждений.

Большинство населения уровнем медицинской помощи не удовлетворено. В наибольшей степени неудовлетворенность населения вызывает невнимательность со стороны медперсонала, на втором месте – организация приема пациентов, на третьем – качество медицинского обслуживания, на четвертом – квалификация врачей.

Нерешенность самых насущных проблем российского здравоохранения и настоятельная потребность в осуществлении радикальных преобразований в системе управления его развитием в условиях ограниченных финансовых ресурсов вызывают необходимость в системе оценки и обеспечения эффективности их использования.

Социальное страхование – это особая организационно-правовая форма социальной защиты граждан. Используется как автономный и самостоятельный механизм для аккумуляции денежных средств (например, для пенсионного обеспечения), а также для выполнения других функций социальной защиты. Среди них – создание социально-оздоровительной и реабилитационной инфраструктуры (страхование от несчастных случаев на производстве); организация оздоровления трудящихся (медицинское страхование); создание новых рабочих мест (страхование по безработице); проведение мероприятий по предупреждению страховых случаев.

Страховые взносы в социальные фонды (Пенсионный фонд, фонд социального страхования, фонд ОМС) – это платежи, которые не являются налогами, не подлежат обезличиванию в государственном и региональных бюджетах. Они используются исключительно на цели защиты граждан от определенных социальных рисков и фактически являются ни чем иным как «превращенной формой» заработной платы при наступлении таких рисков как безработица, болезнь, старость, беременность и роды, несчастный случай и др.

Актуальностьв том, что социальное страхование и, прежде всего, основной ее компонент – социальное медицинское страхование, в том числе и добровольное, признаны в цивилизованном мире основным и неотъемлемым правом человека, предусмотренным 22-й статьей Всеобщей декларацией прав человека.

Вышесказанное определяет актуальность анализа возможных форм и механизмов медицинского страхования на разных уровнях страхования: федеральном, региональном, а также исследование возможных направлений развития и совершенствования добровольного медицинского страхования.

**Объектом** исследования является медицинское страхование как элемент социальной защиты населения.

**Предметом** исследования являются социальные аспекты медицинского страхования в Российской Федерации.

**Целью** исследования является определение перспективных направлений развития медицинского страхования как элемента социальной защиты населения.

Достижение данной цели предусматривает решение следующих **задач**:

1. Рассмотреть сущность и механизмы появления страхования в России;

2. Изучить историю развития медицинского страхования;

3. Проанализировать классификацию и особенности медицинского страхования;

4. Рассмотреть нормативно-правовое регулирование медицинского страхования как основы защиты прав граждан;

5. Показать динамику развития обязательного медицинского страхования в Свердловской области за период 2003–2007 гг.;

6. Раскрыть проблемы добровольного медицинского страхования в Свердловской области;

7. Рассмотреть перспективы развития социальных функций медицинского страхования в Российской Федерации и Свердловской области.

**Методы исследования:**

− обзорно-аналитическое изучение литературы по теме исследования;

− количественный и качественный анализ статистических данных.

**Научная новизна исследования** состоит в том, что данная работа является комплексным исследованием, посвященным социальным аспектам медицинского страхования в Российской Федерации и Свердловской области.

**Во введении** обосновывается актуальность исследования, определяются его объект, предмет, цель, задачи и методы, раскрывается научная новизна работы.

**В первой главе** рассматривается медицинское страхование как элемент социальной защиты населения в Российской Федерации.

**Во второй главе** дается оценка социальной роли медицинского страхования в Свердловской области за период 2003–2007 гг.

**В заключении** делаются выводы и даются рекомендации по некоторым вопросам, входящим в предмет рассмотрения настоящей работы.

**Структура и объем работы.** Дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка источников и литературы, приложений. Содержит 12 таблиц, 18 рисунков, 3 листа приложений. Общий объем дипломной работы составляет 96 страниц машинописного текста.

1. Медицинское страхование как элемент социальной защиты населения в Российской Федерации

1.1 Сущность и механизмы появления страхования в России

Первое определение страхования в России относится к 1781 году: «…Застрахование есть: буде кто корабль или судно, или товар или груз, или иное что для предохранения несчастливого случая или опасности, или истребления или разорения, за некоторую плату, соразмерно долготе и свойству пути или времени года, или иным обстоятельствам, отдаст обществу, учрежденному для предохранения несчастливых случаев, и получит от оного письменное обязательство во уверение, что страховое общество обязуется платить полную цену отданного на страх корабля или судна, или товара, или груза, или иного чего….».

Страховать, согласно словарю В.И. Даля, отдавать кому-либо на страх, на ответ, ручательство, т.е. платить посрочно, за обеспечение целости чего-то, с ответом на условную сумму.

Страхование по российскому законодательству представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Страхование по законодательству США – официальный социальный механизм, предназначенный для сокращения риска путем передачи рисков нескольких индивидуальных субъектов права страховщику на основе договора между ними.

Как указывает Е.В. Коломин (1997 год), «…под широкое понятие страхования подпадают все те экономические отношения, которые выражают

создание специальных денежных фондов из взносов физических и юридических лиц и последующее использование этих фондов для возмещения тем же или другим лицам ущерба (вреда) при наступлении различных неблагоприятных событий в их жизни и деятельности, а также для выплат в иных обусловленных условиями страхования случаях».

Страхование представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Страхование возникло и развивалось вследствие экономической необходимости защиты человека и его имущества от случайных опасностей. В страховании реализуются определенные экономические отношения, складывающиеся между людьми в процессе производства, обращения, обмена и потребления материальных благ. Оно предоставляет всем хозяйствующим субъектам и членам общества гарантии в возмещении ущерба.

Периодическая повторяемость событий стихийного характера, которые вызваны силами природы и общества и влекут материальные потери, доказывает, что они имеют объективный, закономерный характер, связанный с противоречиями экономических отношений и проблемами техногенного характера.

Возникающие в процессе воспроизводства противоречия создают объективные условия для проявления негативных последствий, имеющих случайный характер.

Страхование как экономический и социальный институт исторически возникло как реакция на всевозможные бедствия, и его непосредственное назначение состояло в удовлетворении потребностей человека в защите от случайных опасностей. Неблагоприятные природные явления и связанные с ними материальные потери первоначально воспринимались ими как явления случайные. Однако регулярность, цикличность природных катаклизмов приводили к пониманию, что они имеют закономерный характер, а ущерб, приносимый ими, может быть уменьшен либо нейтрализован с помощью простейших мер страховой защиты.

Необходимость возмещения ущерба от действия враждебных людям сил природы побуждало их вступать в определенные экономические взаимоотношения, которые в совокупности составляют экономическую категорию страховой защиты. Обязательными признаками ее являются:

а) Случайный характер страхового случая.

б) Исчисление ущерба в денежной форме.

в) Объективная потребность в возмещении ущерба.

г) Совокупность мер по предупреждению либо преодолению последствий происшедшего бедствия.

Реализация всех этих мер возможна лишь при организации особого фонда материальных средств – страхового фонда. Новое качество страховой фонд получил в связи с выделением из товарного обращения специфического товара – денег. Появление денег освободило страховой фонд от массы технических неудобств, связанных с натурально-вещественным его содержанием, открыло перед ним новые возможности.

Денежная форма страхового фонда позволила ему превратиться из элемента, обслуживающего внутриотраслевой хозяйственный оборот, в средство воздействия и гарантии развития межотраслевого хозяйственного оборота.

Осознанная человеком и обществом в целом необходимость страховой защиты формировала страховые интересы, через которые стали складываться определенные страховые отношения. Содержание страховых отношений охватывало образование и использование ресурсов.

Исторически возникнув в связи с необходимостью обеспечить компенсации убытков, не подлежащих переложению на других лиц, страхование претерпело в ходе своего длительного развития существенные изменения и распространяется сейчас на многие случаи, когда наступление убытков связано с гражданско-правовой ответственностью их причинителя. В таких случаях страхование служит для потерпевшего дополнительной гарантией охраны его имущественных интересов. В дальнейшем наряду с имущественным страхование, обеспечивающим возмещение убытков, связанных с утратой или повреждением материальных благ, появилось личное страхование, гарантирующее выплаты определенных денежных сумм при наступлении смерти, увечья, болезни, при дожитии до определенного возраста человека.

В рыночной экономике страхование выступает, с одной стороны, средством защиты бизнеса и благосостояния людей, а с другой – видом деятельности, приносящим доход. Источниками прибыли страховой

организации служат доходы от страховой деятельности, от инвестиций временно свободных средств в объекты производственной и непроизводственной сфер деятельности, акции предприятий, банковские депозиты, ценные бумаги и т.д.

Страхование служит важным фактором стимулирования производственной активности и обеспечения здорового образа жизни, создает новые стимулы роста производительности труда в соответствии с личным вкладом в производство и обеспечения собственного благополучия.

Экономическая сущность страхования связана с понятием страховая защита и предполагает ответную реакцию людей на необходимость возмещения материальных затрат, связанных с наступлением случайных неблагоприятных событий. Традиционно формируются страховые резервные фонды:

– государства;

– государственных административных единиц;

– отраслей общественного производства;

– предприятий и организаций;

– групп и отдельных людей;

– страховых организаций.

Такой способ страховой защиты известен с древних времен.

Экономической сущности страхования соответствуют его функции, выражающие общественное значение данной категории.

Главной является рисковая функция, поскольку страховой риск как вероятность ущерба непосредственно связан с основным назначением страхования по оказанию денежной помощи пострадавшим. Именно в рамках рисковой функции происходит перераспределение денежной формы стоимости среди участников страхования в связи с последствиями случайных страховых событий.

Предупредительная функция направлена на финансирование за счет части средств страхового фонда мероприятий по уменьшению страхового риска.

Страхование может нести и сберегательную функцию в случае сбережения страховых сумм с помощью страхования на дожитие в связи с потребностью в страховой защите достигнутого семейного достатка.

Контрольная функция страхования заключена в строго целевом формировании и использовании средств страхового фонда.

Таким образом, страхование принадлежит к числу наиболее старых и устойчивых форм хозяйственной жизни, уходящих своими корнями в далекую историю. Неповторимые исторические особенности становления российского государства наложили свою печать и на развитие страхования. История страхования в России – это предмет изучения и анализа возможностей использования прежней российской и существующей мировой практики в специфических современных условиях.

1.2 История развития медицинского страхования в России

Появление первых элементов страхования на Руси связывают с памятником древнерусского права – «Русской правдой» (Х–ХI вв.). В нем, в частности, приводились нормы материального возмещения вреда общиной в случае убийства. Так, за убийство члена княжеской семьи и при том, что убийца не будет пойман, община, на территории которой было совершено преступление, должна была выплатить 80 гривен, а в случае убийства простолюдина – 40 гривен.

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.

Согласно Кошкину И.В. развитие и формирование системы обязательного медицинского страхования в России проходило в несколько этапов.

*1 этап – с марта 1861 по июнь 1903 года.*

В 1861 г. был принят первый законодательный акт, вводивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах учреждались товарищества, а при товариществах – вспомогательные кассы, в задачи которых входило: выдача пособий по временной нетрудоспособности, а также пенсий участникам товарищества и их семьям, прием вкладов и выдача ссуд. Участниками вспомогательной кассы при горных заводах стали рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (в пределах 2–3 процентов заработной платы). В 1866 г. был принят Закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Закону к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих.

Открывшиеся в 70–80-е годы XIX в. на крупных заводах больницы были малочисленными и не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи. 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.

По Закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

а) первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях;

б) амбулаторное лечение;

в) родовспоможение;

г) больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

*4 этап – с июля 1917 по октябрь 1917 года.*

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

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

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

в) повышены требования к самостоятельным больничным кассам по числу участников: в них должно было быть не менее 500 человек;

г) полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей;

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

*5 этап – с октября 1917 по ноябрь 1921 года.*

Советская власть начала свою деятельность по реформе социального

страхования с Декларации Народного комиссара труда от 30 октября (12 ноября) 1917 г. о введении в России «полного социального страхования». Основные положения Декларации были следующие: распространение страхования на всех без исключения наемных рабочих, а также на городскую и сельскую бедноту; распространение страхования на все виды потери трудоспособности (на случай болезни, увечья, инвалидности, старости, материнства, вдовства, сиротства, безработицы); возложение всех расходов по страхованию на предпринимателей и государство; возмещение полного заработка в случае утраты трудоспособности и безработицы;

Проводимые Советским правительством реформы способствовали осуществлению полного социального страхования на началах полной централизации.

Логическим продолжением начатой политики слияния наркомздравовской и страховой медицины стало принятие Декрета от 31.10.1918 г., которым было утверждено «Положение о социальном обеспечении трудящихся». В новом Положении термин «страхование» был заменен на термин «обеспечение». Это соответствовало концепции Советского правительства о том, что через год после Октябрьской революции капитализм уже ликвидирован и Россия стала «социалистической» и, следовательно, капиталистический институт социального страхования должен был уступить свое место социалистическому институту социального обеспечения. Содержание Декрета от 31.10.1918 г. полностью этому соответствовало.

19.02.1919 г. В.И. Ленин подписал Декрет «О передаче всей лечебной части бывших больничных касс Народному Комиссариату Здравоохранения», в результате чего все лечебное дело передавалось Народному Комиссариату Здравоохранения и его отделам на местах.

Таким образом, этим Декретом кассовая медицина упразднялась. Результаты такой реформы на первых порах в деле борьбы с инфекционными заболеваниями были достаточно убедительными. Значительно снизились уровень заболеваемости социальными болезнями (туберкулезом, сифилисом и др.), детская смертность и т.д.

*6 этап – с ноября 1921 по 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. 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 – с 1929 по июнь 1991 года.*

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

*8 этап – с июня 1991 года по настоящее время.*

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. Проанализируем современное состояние системы медицинского страхования в Российской Федерации как одну из основных социально-ориентированных программ. 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.

Добровольное медицинское страхование (ДМС), развиваясь как часть личного коммерческого страхования, имеет общую с ним историю. В 1835 году в России началось личное страхование, было создано частное акционерное страховое общество «Жизнь», которое до 1847 года имело монополию на личное страхование. В современном ДМС получают распространение дифференцированные программы страхования, в которые по выбору страхователей могут включаться такие элементы, как профилактическое страхование, страхование с целью реабилитации, стойкой и временной нетрудоспособности, страхование жизни.

Причиной появления медицинского страхования в России стало быстрое развитие промышленности в ее западных районах. Чем сложнее становилось производство, тем больше ценились обученные кадры. Тратить деньги на персонал стало выгодно.

В 1858 году в Риге при фабрике «П.Х. Розенкранц» появилась первая больничная касса, которая пополнялась за счет средств владельца и самих рабочих. Страховка выплачивалась в случае болезни или смерти. Позже подобные кассы появились на многих фабриках империи.

В 1912 году российская Дума приняла первый закон о социальном и медицинском страховании рабочих и членов их семей. В то время страховой системой было охвачено всего 2% населения России. Распространить практику больничных касс на весь рабочий класс в 1917 году попыталось Временное правительство, а затем и Совнарком. Параллельно сформировалась новая «советская медицина», подчинявшаяся народному комиссариату здравоохранения.

С окончанием НЭПа в 1929 году страховая медицина была ликвидирована и утверждена единая – «всеобщая и бесплатная». С 60-х годов система стала буксовать: остаточный принцип финансирования охраны здоровья приносил свои плоды. В начале 90-х ситуация переросла в критическую: денег из бюджета катастрофически не хватало, и никто не мог ответить, сколько их нужно и почему врачи получают одинаковую зарплату за неодинаковую работу. Тогда в России вспомнили о медицинском страховании. Бюджетная модель здравоохранения уступила место бюджетно-страховой медицине.

Таблица 1.1. Этапы становления российского страхового рынка

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | **Страховой рынок** | **Государственное регулирование страхового рынка** |
| **I этап** | **1988–1991 гг.** | Этап демонополизации страхования в СССР | Деятельность Минфина РСФСР. |
| **II этап** | **1992–1995 гг.** | Этап экстенсивного роста страхового рынка Российской Федерации | Создание национальной системы государственного регулирования с центром – Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью. |
| **III этап** | **1996 – август 1998 г.** | Этап перераспределения страховых полей | Преобразование системы государственного регулирования: развитие страхового законодательства, реорганизация органов надзора (передача функций Минфину РФ), приоритет регулирования допуска страховщиков на рынок. |
| **IV этап** | **Сент. 1998 г. – наст. вр.** | Этап адаптации к новым экономическим условиям | Начало переориентации на преимущественное регулирование финансовой устойчивости страховщиков. |
| **V этап** | (в ближайшем будущем) – допуск иностранных страховщиков и интеграция в международную систему регулирования | | |

Формирование страхового рынка в его современном виде началось в 1988 году с принятием Закона СССР «О кооперации». Именно с этого момента начинается возрождение коммерческого страхования в России. На первом этапе – ***этапе демонополизации*** – первые страховые организации создавались практически в законодательном вакууме, без какой-либо адекватной правовой регламентации, без опыта работы, квалифицированных кадров и необходимых знаний, при полном отсутствии рыночной инфраструктуры. Источником методологических и практических разработок, страховых технологий и, в значительной степени, кадров для новых страховых компаний был старая система Госстраха СССР. Сама она к тому времени пришла в критическое состояние, особенно осложненное распадом единого страхового пространства СССР, неоднократными изъятиями средств страховых резервов государством на покрытие своих финансовых нужд и уходом многих ключевых персоналий.

На этом этапе был дан старт развитию системы обязательного медицинского страхования. Тогда был принят Закон «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 28.06.1991 г. №1499–1, установивший правовые основы системы. В соответствии с ним была разграничена сфера обязательного и добровольного медицинского страхования. Таким образом, установилась характерная для многих стран система медицинского обеспечения: минимум медицинских услуг – по системе ОМС, остальное – в добровольном порядке.

Этап демонополизации окончательно завершился с принятием 27 ноября 1992 года Закона «О страховании», заложившего основы правового регулирования страхового дела на ближайшие несколько лет. Несколькими месяцами раньше Указом Президента от 10.02.92 г. №133 в целях обеспечения эффективного развития рынка страховых услуг, а также защиты прав и интересов страхователей, страховщиков и государства была учреждена Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью (Росстрахнадзор). С ее функционированием связан второй этап в истории современной системы государственного регулирования страхового рынка России – ***этап экстенсивного роста.***

На этом втором этапе наблюдался беспрецедентный в мировой истории рост страхового рынка. Показатель числа страховых компаний по состоянию на 01.01.1996 г. достиг 2745, а годовой объем страховой премии по добровольному страхованию – с 86,99 млрд. руб. за 1992 год до 15 680,1 млрд. руб. за 1995 год, выплаты – соответственно с 29,2 млрд. руб. до 10 261,3 млрд. руб.

Росстрахнадзор стал центральным звеном российской системы государственного регулирования страхового дела. Именно через него в основном осуществлялась государственная политика в области страхования.

К концу этапа экстенсивного роста в целом был создан страховой рынок и система его регулирования, отвечающая потребностям своего времени.

Третий этап – ***этап перераспределения –* берет свое начало**в первой половине 1996 года. Его начало связано с резким изменением нормативной базы страхования (введение в действие второй части ГК, принятие Закона РФ «Об акционерных обществах», регулирующий деятельность в том числе и страховых акционерных обществ и т.д.).

Четвертый этап ***– этап адаптации –*** начался после кризиса 17 августа 1998 года. Тогда началась переориентация на преимущественное регулирование финансовой устойчивости страховщиков.

Пятый этап – *этап интеграции* начался 20 ноября 1999 года, когда были утверждены соответствующие изменения в законодательство в части долей иностранного капитала.

Количественные тенденции развития российского страхового рынка образуются в результате различных процессов, происходящих в трех ключевых отраслях страхования: страховании жизни, страховании ином, чем страхование жизни, и обязательном страховании.

Добровольное медицинское страхование – один из новых «нетрадиционных» для России видов страхования. Рынок добровольного медицинского страхования в России пока молод – ему около десяти лет.

В нашей стране система медицинского страхования начала формироваться с 1991 года, когда был принят Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Он предусматривал введение системы обязательного медицинского страхования и разрешил деятельность по добровольному медицинскому страхованию.

Согласно части 5 статьи 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. №1499-I, «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». Фактически эта норма закона не соблюдается: многие страховые медицинские организации предлагают программы ДМС, охватывающие медицинские услуги, предусмотренные базовой программой ОМС.

Непродолжительная история развития добровольного медицинского страхования в России может быть охарактеризована несколькими этапами.

Первый этап ограничен 1991–1993 гг. В этот период основу ДМС составляли виды и варианты, предусматривающие прикрепление застрахованного контингента к выбранному им (или страхователем) лечебному учреждению (или нескольким лечебным учреждениям), оплату фактически оказанных в рамках программы, предусмотренной договором, услуг и возврат страхователю (застрахованным) неизрасходованного на оплату лечения страхового взноса. В указанных договорах по существу отсутствовало понятие «страховая сумма». Ответственность страховщика ограничивалась размером уплаченного взноса, иногда за минусом расходов на ведение страховых операций. В силу специфики налогообложения юридических лиц в части уплачиваемых ими страховых взносов и физических лиц в части получаемых ими страховых выплат, договоры ДМС стали использоваться страхователями – юридическими лицами не только и не столько для обеспечения застрахованным гарантий получения предусмотренной договором оплаченной медицинской помощи, сколько для выплат дополнительных средств своим сотрудникам через возврат неизрасходованного взноса.

Второй этап (1993–1994 гг.) характеризуется появлением на рынке (в дополнение к действовавшим ранее) видов добровольного медицинского страхования, предусматривающих предел ответственности страховщика по оплате оказанных застрахованным медицинских услуг в размере страховой суммы, соответствующей стоимости программы ДМС и превышающей величину страхового взноса. Эти виды договоров появились и в силу развития страховой культуры субъектов страхования, и в силу усиления требований в отношении соблюдения принципов страхования, отражаемых в существенных пунктах договора страхования, со стороны органов государственного регулирования страховой деятельностью, в частности, Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью. Данные виды страхования возврат страховых взносов не предусматривают.

Третий этап развития добровольного медицинского страхования начался в 1995 году, когда страховщикам было запрещено проводить операции ДМС по договорам, предусматривающим возврат страхователю неизрасходованной на оплату лечения части страхового взноса по окончании срока страхования.

Правовой основой проведения на первом этапе возвратного медицинского страхования явились ст. 6 и ст. 15 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ», декларировавшие право граждан на получение и обязанность страховой медицинской организации на осуществление возврата части страхового взноса по добровольному медицинскому страхованию, если это предусмотрено договором. Однако появившийся позже Закон РФ «О страховании» определил условия возврата части страхового взноса, связанные только с досрочным прекращением договора страхования. Порядок возврата части страхового взноса при досрочном расторжении договора ДМС, а также запрет на возврат неиспользованного страхового взноса по окончании срока действия договора добровольного медицинского страхования, были определены рядом распоряжений Росстрахнадзора, в частности письмом №09/1–3 р/02 от 07.02.95 г.

Таким образом, за это время, во-первых, были заложены основы формирования аналогичной западным системы государственного регулирования страхового рынка; во-вторых, были созданы предпосылки интеграции страхового рынка и системы его регулирования в мировое страховое хозяйство; в-третьих, были допущены негативные моменты, включая слабость использования налоговых регуляторов, отсутствие эффективных инструментов защиты потребителей страховых услуг и др. Вследствие этого выявилась необходимость дальнейшего развития и совершенствования системы государственного регулирования страхового рынка в РФ.

1.3 Классификация и особенности медицинского страхования

По форме организации страхование выступает как государственное, акционерное, взаимное, кооперативное. Особыми организационными формами являются медицинское страхование и перестрахование.

Страхование

Медицинское

Личное

Ответственности

Имущества

Обязательное

Добровольное

Рисунок 1.1. Классификация страхования

Государственное страхование представляет собой организационную форму, где в качестве страховщика выступает государство в лице специально уполномоченных на это организаций.

Акционерное страхование – негосударственная организационная форма, где в качестве страховщика выступает частный капитал в виде акционерного общества, уставный фонд которого формируется из акций (облигаций) и других ценных бумаг, принадлежащих юридическим и физическим лицам, что позволяет при сравнительно ограниченных средствах быстро развернуть эффективную работу страховых компаний.

Взаимное страхование – негосударственная организационная форма, которая выражает договоренность между группой физических, юридических лиц о возмещении друг другу будущих возможных убытков в определенных долях согласно принятым условиям.

Кооперативное страхование – негосударственная организационная форма. Заключается в проведении страховых операций кооперативом.

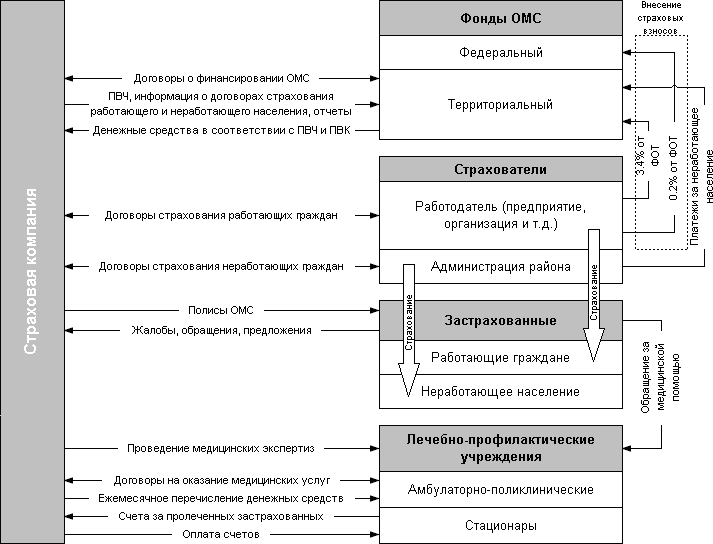


Рис. 1.2 Организационная структура обязательного медицинского страхования

Система обязательного медицинского страхования – результат социального и экономического развития, одна из устойчивых систем связи между социальной и экономической сферами общества. С одной стороны, внедрение и совершенствование ОМС позволяет обеспечить решение социальных, экономических, правовых и организационных проблем здравоохранения, с другой, система обязательного медицинского страхования, гарантируя всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской помощи (предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программе ОМС), через свою финансовую политику способна также в некоторой степени оказывать влияние на уровень здоровья населения.

Добровольное медицинское страхование является гражданско-правовым личным страхованием, объектом которого выступают имущественные интересы застрахованных лиц в области получения квалифицированной медицинской помощи.

Цель его – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств (в том числе в государственной и муниципальной системах здравоохранения) в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванного обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования, и финансировать профилактические мероприятия (диспансеризацию, вакцинацию и др.). В качестве субъектов медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация (страховщик), медицинское учреждение (поликлиника, амбулатория, больница и др.).

Существующая в России система медицинского страхования предусматривает альтернативу ОМС – систему добровольного медицинского

страхования.

Организационно-экономический и правовой механизм ДМС основан на следующих принципах:

1. Дополнительный характер.

Программа ДМС реализуется в дополнение к программе ОМС и включает в себя медицинские услуги, за которые государство не может гарантировать своим гражданам оплату из средств ОМС.

2. Негосударственный (частный, смешанный) характер.

Услуги по добровольному медицинскому страхованию осуществляются за счет личных средств граждан и прибыли предприятий. Государство не участвует в финансировании ДМС и не создает специализированных структур для его проведения, за исключением государственных страховых медицинских организаций, участвующих в ДМС.

3. Коммерческий рисковый характер.

Страховые медицинские организации проводят операции ДМС в целях извлечения прибыли. Финансовая устойчивость и выполнение обязательств перед страхователями и застрахованными обеспечивается за счет образования собственных страховых фондов и резервов, а также перестрахования. Участниками ДМС являются:

– страхователи (предприятия, учреждения, организации и граждане, осуществляющие страхование за счет собственных средств (прибыли или дохода);

– застрахованные (физические лица, в пользу которых заключен договор страхования, либо граждане, непосредственно заключившие договор страхования);

– страховщик (страховая организация, имеющая лицензию на проведение операций ДМС);

– медицинские учреждения, имеющие лицензию на оказание медицинских услуг, включенных в программы ДМС.

Источниками средств при ДМС являются:

– средства предприятий, учреждений, организаций, заключивших договоры по добровольному медицинскому страхованию;

– личные средства граждан, заключивших договоры по ДМС.

При осуществлении добровольного медицинского страхования страховая медицинская организация заключает договоры на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг с любым медицинским и иными учреждениями, контролирует объем, сроки и качество медицинской помощи, защищает интересы застрахованных, непосредственно оплачивает по договорным ценам медицинские услуги, оказанные ЛПУ.

Выделяют две составные части добровольного медицинского страхования:

– страхование, обусловленное взаимодействием с ЛПУ;

– страхование, при котором взаимодействия с ЛПУ не происходит.

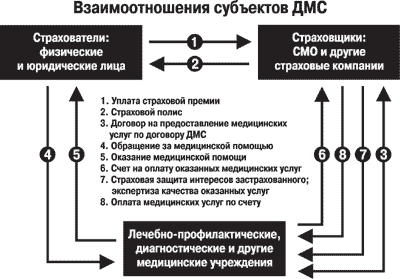


Рис. 1.3 Схема взаимоотношений субъектов ДМС

Таким образом, добровольное медицинское страхование предоставляет возможность лицам, участвующим в нем, получить медицинскую помощь и сервисные услуги (особо высокого качества) в дополнение к тем, которые включены в программу обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в соответствии с действующим Российским законодательством ДМС предусматривает экономические механизмы поощрения лиц, сохраняющих высокий уровень здоровья и трудоспособности (выплата здоровым).

Преимущество добровольного медицинского страхования в том, что клиент лично принимает участие в формировании необходимой ему страховой программы, определяет виды и объем услуг, выбирает медицинские учреждения, в которых он хотел бы обслуживаться и лечиться.

Любое заболевание влечет за собой значительные финансовые последствия: расходы на лечение, потерю дохода вследствие временной утраты трудоспособности, расходы на приобретение медикаментов, реабилитацию и др. Этот вид медицинского страхования осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.

В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают:

1) застрахованные (граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства);

2) страхователи (дееспособные граждане или (и) организации, представляющие интересы граждан); страховые медицинские организации (юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием);

3) медицинские учреждения и предприятия (имеющие лицензии и аккредитованные в установленном законом порядке лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность на началах предпринимательства как индивидуально, так и коллективно).

Таблица 1.2. Особенности обязательного и добровольного медицинского страхования

|  |  |
| --- | --- |
| **Обязательное медицинское страхование** | **Добровольное медицинское страхование** |
| Некоммерческое | Коммерческое |
| Один из видов социального страхования | Один из видов личного страхования |
| Всеобщее или массовое | Индивидуальное или групповое |
| Регламентируется Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» | Регламентируется Законом «О страховании» и Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» |
| Осуществляется государственными или контролируемыми государством организациями. | Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности. |
| Правила страхования определяются государством. | Правила страхования определяются страховыми организациями. |
| Страхователи – работодатели, государство (органы исполнительной местной власти). | Страхователи – юридические и физические лица. |
| Источник средств – взносы работодателей, государственный бюджет. | Источник средств – личные доходы граждан, прибыль работодателей. |
| Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами власти. | Программа определяется договором страховщика и страхователя. |
| Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике. | Тарифы устанавливаются договором страховщика и страхователя. |
| Система контроля качества определяется государственными органами. | Система контроля качества устанавливаются договором субъектов страхования. |
| Доходы могут быть использованы только для основной деятельности – медицинского страхования. | Доходы могут быть использованы для любой коммерческой и некоммерческой деятельности. |

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

1.4 Нормативно-правовое регулирование медицинского страхования как основа защиты прав граждан

Вопрос о защите прав пациента существует с далекой древности. История свидетельствует, что давно известны способы защиты населения от недобросовестных медиков и мошенников, выманивающих у пациента деньги и берущихся лечить, не имея необходимых навыков и квалификации. Эти способы, в основном, сводились к наказаниям и штрафам. Применение этих способов регулировалось законодательным путем. Так, например, в законах вавилонского царя Хаммурапи (XVIII век до нашей эры) написано: «Если врач сделает человеку тяжелый надрез бронзовым ножом и причинит смерть человеку или снимет бельмо человека бронзовым ножом и повредит глаз человека, то ему должно отрезать пальцы». В XV веке в Англии хирург, причинивший ущерб пациенту, представал перед судом и по его приговору подвергался штрафу, тюремному заключению или лишался права на лечебную практику.

Правовой основой охраны здоровья в нашей стране является, прежде всего, Конституция Российской Федерации, в соответствии со статьей 41 которой, каждый гражданин имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь.

К законодательным актам, регулирующим защиту прав пациента, относятся Закон Российской Федерации «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (1991 год, изменения и дополнения в 1993 году) «Основы законодательства об охране здоровья граждан в Российской Федерации» (1993 год). Правовые нормы, касающиеся защиты прав граждан, регулируются также законами Российской Федерации: «О психиатрической помощи населению и гарантиях прав граждан при ее оказании» (1992 год), «О трансплантации органов и (или) тканей человека» (1992 год), «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека» (1995 год). Указ Президента Российской Федерации «О гарантиях прав граждан на охрану здоровья при распространении рекламы» (1995 год). В целях обеспечения предусмотренных законодательством прав граждан Федеральным фондом обязательного медицинского страхования (ОМС) и территориальными фондами созданы Отделы защиты прав граждан в системе ОМС. В Федеральных и других ведущих лечебных учреждениях г. Москвы создана Федеральная справочно-информационная служба.

Территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации проводят работу по защите прав застрахованных. Они организуют (в случае обращения граждан) экспертизу качества медицинской помощи, выявляют виновных и (если пациенту оказывается медицинская помощь ненадлежащего качества) применяют к виновным финансовые санкции. Пациент имеет возможность через страховую компанию пригласить эксперта в случаях, когда качество и результаты лечения вызывают сомнения или нарекания.

Чрезвычайно важным вопросом в системе ОМС является знание своих прав в системе медицинского страхования.

В соответствии со ст. 6 Закона РФ «О медицинском страховании граждан РФ», граждане России в системе медицинского страхования имеют право на: обязательное и добровольное медицинское страхование (ОМС и ДМС); выбор страховой медицинской организации; выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования; получение медицинской помощи на всей территории РФ, 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 или нет в договоре медицинского страхования; возвратность части страховых взносов при ДМС, если это определено условиями договора.

Нормы, касающиеся ОМС, устанавливаемые настоящим Законом и принятыми в соответствии с ним нормативными актами, распространяются на работающих граждан с момента заключения с ними трудового договора.  
Защиту интересов граждан осуществляют Правительства РФ и республик в составе РФ, органы государственного управления автономных областей и округов, краев, областей, городов Москвы и Санкт-Петербурга, местная администрация, профсоюзные, общественные или иные организации.

При нарушении прав граждане могут обратиться не только в вышеназванные структуры, но и в администрацию лечебно-профилактического учреждения, страховую медицинскую организацию, территориальный фонд ОМС, а также в суд.

Законодательной основой добровольного медицинского страхования в Российской Федерации являются Гражданский кодекс Российской Федерации и Закон Российской Федерации от 27 ноября 1992 года №4015–1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» в редакции Федерального закона от 10 декабря 2003 года №172-ФЗ «О внесении изменений и дополнений в Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации», а также другие законодательные акты, регулирующие особенности проведения видов добровольного страхования различных категорий граждан.

Согласно пункту 3 статьи 3 Закона об организации страхового дела добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом и содержат положения о субъектах и объектах страхования, страховых случаях, о страховых рисках и порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии, о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и обязанностях сторон, об определении размера убытка или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.

Предложение на рынке страховых услуг нового страхового продукта в виде добровольного медицинского страхования явилось ответом на возникновение соответствующего спроса у различных категорий физических и юридических лиц – субъектов рынка. В свою очередь спрос на специфическую страховую услугу породили следующие обстоятельства.

Во-первых, ухудшение качества бесплатных медицинских услуг, оказываемых в рамках бюджетного здравоохранения, и появление платной медицинской помощи, предоставляемой хозрасчетными лечебными учреждениями (отделениями).

Во-вторых, принятие в июне 1991 года Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР», в результате которого был изменен порядок финансирования здравоохранения.

В-третьих, ограниченность базовой (территориальной) программы обязательного медицинского страхования, определяющей объем и условия оказания медицинской помощи гражданам России.

В результате перечисленных причин появилась потребность в получении медицинских услуг, не оказываемых в рамках бюджетного здравоохранения (а затем на базе обязательного медицинского страхования) или оказываемых на низком уровне. Реализовать такую потребность стало возможно либо путем непосредственной оплаты полученной медицинской помощи или услуги, либо путем приобретения договора добровольного медицинского страхования.

Заключение договора ДМС позволяет потенциальному клиенту лечебно-профилактического учреждения смягчить тяжесть разовых (нередко довольно высоких) затрат на оплату медицинской помощи. Кроме того, договор ДМС обычно предусматривает контроль страховщиком качества оказываемых застрахованному медицинских услуг, их соответствия перечню, гарантированному программой добровольного медицинского страхования.

Указанные моменты создают преимущества получения медицинской помощи и услуг через институт страхования.

По мере развития общества страховые отношения в медицинском страховании отношения получили гражданско-правовое закрепление, что в свою очередь позволило регулировать их правовыми методами.

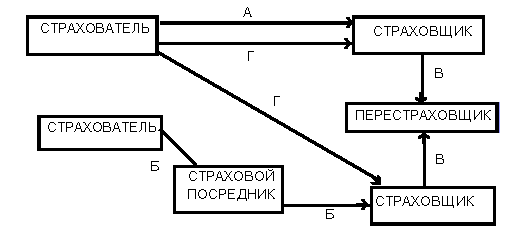


Рис. 1.4 Схема организации страховых правоотношений в добровольном страховании: А – прямое страхование без участия посредника. Б – прямое страхование, опосредованное участием страхового посредника. В-перестрахование. Г – сострахование

Следует отметить, что в рамках программы добровольного медицинского страхования застрахованный пациент может получать не только медицинские, но и иные услуги: частью 5 ст. 1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» №1499–1 от 28.06.1991 г. в качестве задачи этого вида медицинского страхования определено обеспечение получения застрахованными гражданами дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ ОМС.

Иными словами, договором может быть предусмотрено пользование пациентом палатой повышенной комфортности, получение улучшенного питания, сопутствующих услуг и т.п.

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

Страховая программа определяет объём медицинских услуг, оказываемых застрахованному гражданину, и является неотъемлемым приложением к договору добровольного медицинского страхования.

Существует две системы взаимодействия страховой компании и медицинского учреждения. Первая, наиболее часто используемая – когда страховая компания оплачивает счета клиники за оказанные услуги. В этом случае весь риск расходов лежит на страховой компании. Второй способ – перечисление взноса на счет клиники. В этом случае риск возможных затрат лежит на ней – если вам окажут медицинскую помощь на сумму, превышающую страховой взнос, больнице придется оказывать вам услуги бесплатно. В первом случае страховая компания может более жестко подходить к отбору необходимых медицинских процедур, во втором – к концу срока страхования более жесткой в этом отношении может быть поликлиника. В любом случае, у страховщика лучше поинтересоваться, как строятся его взаимоотношения с медицинским учреждением.

2. Оценка социальной роли медицинского страхования в Свердловской области за период 2003–2007 гг.

2.1 Динамика развития обязательного медицинского страхования в Свердловской области за период 2003–2007 гг.

Рассмотренная в первой главе модель обязательного медицинского страхования оказалась эффективной для решения главных задач советской медицины в первые десятилетия ее существования. Тут борьба с заразными болезнями, помощь жертвам военных действий и массовая профилактика рахита и авитаминозов. Однако впоследствии эффективность советской модели здравоохранения стала быстро падать. Сейчас бесплатная медицина осталась разве что в поликлиниках, функция которых свелась, по сути, к выдаче больничных листов.

Обеспечение конституционного права личности на охрану общественного здоровья и обеспечение доступности медицинской помощи достаточного объема и качества явилось важной задачей государства при переходе к рыночной экономике. В этих условиях внедрение системы обязательного медицинского страхования, изначально определенной как бюджетно-страховой, должно было сыграть значительную роль в предоставлении жителям России, как и Уральского Федерального округа, бесплатной медицинской помощи. Однако, вместо использования при построении системы обязательного медицинского страхования принципов истинной страховой системы, в настоящее время в основе нее лежит сложное сочетание отдельных элементов медицинского страхования и монопольного государственного здравоохранения.

Общие затраты на здравоохранение складываются из следующих компонентов: бюджет здравоохранения (федеральный и субъектов федерации); средства ОМС; средства, полученные за платные медицинские услуги; расходы населения на лекарства [без учета стоимости биологически активных добавок (БАД) и средств личной гигиены]; нелегитимные платежи населения (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Финансирование здравоохранения Свердловской области в млн. руб.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Статья расходов, млн. руб.** | | **2004 г.** | **2005 г.** | **2006 г.** |
| **ВВП-16 750** | **ВВП-18720** | **ВВП-24380** |
| Государственные расходы | Федеральный бюджет | 46 | 72 | 128 |
| Бюджет Свердловской области | 242 | 280 | 410 |
| ФОМС | 192 | 174 (154) | 185 |
| Итого |  | 480 | 526 | 723 |
| % ВВП |  | 2,9 | 2,8 | 2,9 |
| Расходы населения | Платные медицинские услуги | 86 | 95 | 110 |
| Приобретение медикаментов | 100 | 120 | 130 |
| Нелигитимные платежи | 4 | 5 | 5 |
| Итого |  | 190 | 220 | 245 |
| Общие расходы |  | 670 | 746 | 968 |
| %ВВП |  | 4 | 4 | 4 |
| Расходы на душу населения |  | 4700 | 5200 | 6800 |

В этой связи наглядным результатом функционирования медицинского страхования служит демографическая и медицинская статистика. В начале ХХ столетия средняя продолжительность жизни была низкой (практически в два раза меньше, чем сегодня), трудящиеся подвергались высокому риску инфекционных и профессиональных заболеваний, ограниченным оставался доступ к медицинскому обслуживанию.

По состоянию на 1 января 2006 года в области проживает 4 479 296 человек постоянного населения. За январь – декабрь 2005 года в области было зарегистрировано 31 645 родившихся и 68 673 умерших человека. Естественная убыль составила 37 028 человек.

Против 2003 г., число родившихся увеличилось на 2 младенца (0,006%), а число умерших уменьшилось на 1 388 человек (2,0%). Естественная убыль уменьшилась на 1390 человек (3,6%).

На каждую 1000 жителей области пришлось 9,1 рождений и 19,8 смертей (в 2003 г. соответственно 8,9 и 19,8).

Относительные показатели смертности населения в январе – декабре 2004 года остались такими же, как и в 2003 году.

В целом по области уровень смертности превышает рождаемость в 2,2 раза, в том числе в городских поселениях – в 2 и в сельской местности – в 2,9 раза.

Из общего числа умерших 36 238 чел. – мужчины (52,8%) и 32 435 – женщины (47,2%).

Таблица 2.2. Основные причины смертности населения области в 2005 г.

|  |  |
| --- | --- |
| **Наименование болезней** | **Структура (в %)** |
| Болезни системы кровообращения | 62,2 |
| Онкологические заболевания | 11,5 |
| Неестественные причины | 10,4 |
| Неустановленные причины | 5,3 |
| Болезни органов пищеварения | 3,7 |
| Инфекционные и паразитарные болезни | 1,4 |
| Другие заболевания | 2,3 |

За январь – декабрь 2005 г. было зарегистрировано 377 случаев смерти детей первого года жизни или 12,0 на 1000 родившихся (в 2003 г. – 13,6%).

Из общего числа умерших детей 51,7% умерли от состояний, возникающих в перинатальный период; 18,8% – от врожденных аномалий; 4,5% – от гриппа, ОРЗ, пневмоний.

Уровень общей заболеваемости (болезненности) в Свердловской области, по сравнению с предыдущим годом, увеличился на 5,5% и составил 1326,3 на 1000 населения (2003 год – 1257,3 на 1000 населения). При этом рост показателя особенно выражен у взрослых, он увеличился на 6,7% и составил 1138,4 на 1000 населения (2003 год – 1066,0). В возрастной группе детей до 14 лет этот показатель увеличился на 4,6% и составил 2270,7 на 1000 соответствующего населения (2003–2169,3 на 1000 населения). В подростковой группе уровень болезненности изменился незначительно – 1747,4 на 1000 населения (2003–1713,9 на 1000).

Уровень первичной заболеваемости также увеличился на 2,8% и составил 767,7 случаев на 1000 населения (2003 – 746,9 на 1000). В возрастных группах картина следующая: у взрослых показатель первичной заболеваемости увеличился на 2,3% – 549,9 случаев на 1000 населения (2003 год – 537,3 на 1000), у детей увеличение показателя более значительное, почти 7% – 1894,3 случаев на 1000 населения (2003 год – 1770,6). У подростков, напротив, наблюдается некоторое снижение (на 2,5%) уровня первичной заболеваемости: с 1196,5 случаев до 1166,1 случаев на 1000 населения.

В структуре распространенности всех заболеваний в Свердловской области изменений практически не произошло.

Таблица 2.3. Структура распространенности заболеваний в 2005 году

|  |  |
| --- | --- |
| Болезни органов дыхания | 28,1% |
| Болезни системы кровообращения | 13,6% |
| Травмы и отравления | 7,3% |
| Болезни костно-мышечной системы | 7,3% |
| Болезни глаза и его придаточного аппарата | 6,6%. |

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности в 2004 году продолжала снижаться: в случаях на 100 работающих – на 13,8% и составила 50,2 (в 2003 г. – 58,2 случаев); в днях на 100 работающих – на 11,6% и составила 667 (в 2003 г. – 754,9 дней). (Расчет показателей производился на численность населения, занятого в экономике в 2003 г.)

Вместе с тем, показатель средней продолжительности одного случая временной нетрудоспособности вырос на 0,3 дня в 2005 г. по сравнению с предыдущим годом и составил 13,3 дня (в 2003 г. – 13,0).

Ухудшение здоровья нации происходит на фоне постоянно снижающихся и исходно недостаточных государственных затрат на здравоохранение и медицинское страхование (рис. 2.1).



Рис. 2.1 Динамика государственного финансирования здравоохранения в реальном выражении, смертность населения Свердловской области и затраты на обязательное медицинское страхование

Доступ к медицинскому обслуживанию открыт для большинства населения и составляет предмет забот специализированных государственных и страховых организаций.

В результате произошел разрыв между декларируемыми и реальными экономическими условими получения медицинской помощи. Финансирование оказания медицинской помощи в значительной мере переносится на самих граждан и работодателей. Расходы населения на лекарственные средства и медицинские услуги устойчиво растут высокими темпами.

## Таблица 2.4. Анализ динамики финансового обеспечения здравоохранения в расчете на одного жителя Свердловской области 2001–2007 гг. и качественных показателей состояния здоровья населения в 2001–2007 гг.

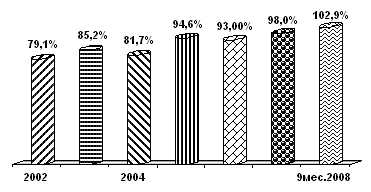
|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Цепные темпы роста** | | | | **Темп роста за 2001–2007 гг.** |
| **2001** | **2003** | **2005** | **2007** |
| Расходы системы ОМС | 124.6 | 107,5 | 120,1 | 126,2 | 177,5 |
| Поступления из бюджетной системы РФ на финансирование здравоохранения | 121.3 | 110,2 | 93,0 | 112,5 | 146,0 |
| Всего финансовых ресурсов здравоохранения | 122,2 | 109,3 | 101,8 | 114,6 | 156,4 |
| Продолжительность жизни | 99,1 | 101,5 | - | 99,7 | 99,0 |
| Уровень заболеваемости | 103,6 | 98,6 | - |  | 108,2 |
| Уровень смертности | 104,3 | 101,9 | - | 105,8 | 114,9 |
| Уровень младенческой смертности | 90,7 | 95,6 | - | 100,2 | 88,8 |
| Уровень смертности населения в трудоспособном возрасте | 108,1 | 102,3 | - | 97,1 | 122,3 |
| Общая сумма расходов на здравоохранение, к ВВП | 96,5 | 107,1 | 100,0 | 105 | 90,9 |

Из таблицы 2.4. видно, что результаты анализа эффективности здравоохранения свидетельствуют о том, что доля расходов ВВП на данную сферу снизилась за 5 лет на 9,1%. С учетом незначительного колебания этого показателя можно утверждать, что он «замер» на отметке 3%.

Однако расходы в здравоохранении на одного жителя характеризуются положительной динамикой: в среднем растут на 12% в год, в том числе за счет социального страхования – на 15%, бюджетного финансирования – на 11%. В то же время следует отметить замедление темпов роста в 2005 г., но затем их постепенное увеличение в 2007 г.

Недостаточное финансирование медицины на протяжении нескольких десятилетий не могло не отразиться на состоянии здоровья россиян. За анализируемый период продолжительность жизни снизилась на 1%. Причем российская оценка ожидаемой продолжительности жизни (65 лет) выше, чем по методике ВОЗ (1961). В стране растет заболеваемость и смертность (кроме младенческой), причем темп роста смертности трудоспособного населения опережает рост общей смертности.

Нарастание платности медицинской помощи усиливается, несмотря на рост государственного финансирования в последние годы (рис. 2.2).



а) Динамика собираемости средств ОМС



б) Динамика государственных и частных расходов на здравоохранение в Российской Федерации в 2004–2007 гг.

Рис. 2.2 Динамика собираемости средств ОМС(а) и государственных и частных расходов на здравоохранение в Российской Федерации (2004–2007 гг.) (б)

Происходит нерегулируемое замещение государственных расходов частными, снижение качества бесплатной медицинской помощи. В наибольшей мере от этого страдают малообеспеченные слои населения. Увеличивается неравенство возможностей различных социальных групп в получении качественной медицинской помощи.

Проблема усугубляется тем, что подходы к финансированию государственных гарантий оказания медицинской помощи населению не позволяют четко определить зависимость оплаты и качества помощи, которая должна бесплатно предоставляться гражданам. Ссылки на недостаточность государственного финансирования здравоохранения и на неисполнимость декларативных правил бесплатного медицинского обеспечения используются медицинскими работниками и руководителями здравоохранения в качестве оправдания снижения качества медицинских услуг и предоставление за плату услуг, которые реально должны быть оказаны для граждан бесплатно. Поэтому без конкретизации государственных гарантий медицинской помощи, разграничения медицинской помощи на бесплатные и платные медицинские услуги уже нельзя рассчитывать на то, что проблему разрыва между гарантиями и их финансовым обеспечением можно решить лишь путем увеличения размеров государственного финансирования здравоохранения.

Анализируя финансирование ТФОМСом Свердловской области «Программы государственных гарантий – 2007», следует отметить, что отличительной особенностью реализации Программы в 2007 году явилось выполнение основных мероприятий Национального проекта «Здоровье», реализация в 19 субъектах Российской Федерации пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (постановление Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 г. №296), осуществление обеспечения жизненно необходимыми лекарственными средствами отдельных категорий граждан, ведение медицинскими организациями раздельного учета расходов финансовых средств по источникам финансирования, видам затрат и видам медицинской помощи.

Таблица 2.5. Выполнение ТФОМСом финансирования Программы государственных гарантий (ПГГ) по оказанию гражданам Свердловской области бесплатной медицинской помощи на 2007 год

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Виды медицинской помощи** | **единицы измерения (число, в тыс.)** | **Всего** | | |
| **Федеральные нормативы** | **Расчетные нормативы на 2007 г.** | **Фактическое исполнение в 2007 г.** |
| Скорая медицинская помощь | вызовов | 46849,13 | 46 900,38 | 49 153,24 |
| обслуж. лиц | 34272,27 | 34 466,21 | 50 278,76 |
| рублей | 57848688,97 | 43 604 016,65 | 43 664 416,98 |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь | посещений | 132363,83 | 1 303349,93 | 1 242 922,69 |
| рублей | 205711800,61 | 190 275 650,56 | 191 171 497,18 |
| Стационарная помощь | к/дней | 416477,45 | 416 347,94 | 414 192,20 |
| выбыв. больн. | 20511,35 | 20 568,41 | 31 548,94 |
| рублей | 385406134,06 | 348 391 293,68 | 356 460 811,75 |
| Медицинская помощь в дневных стационарах всех типов | пациенто-дней | 78801,82 | 76 088,42 | 68 133,34 |
| выбыв. больн. | 4485,86 | 4 295,18 | 5 937,05 |
| рублей | 23513887,13 | 19 894 154,64 | 16 394 767,10 |
| Санаторная помощь | к/дней | 8232,97 | 8 634,44 | 9 415,65 |
| выбыв. больн. | 187,39 | 196,10 | 264,39 |
| рублей | 6013837,83 | 5 856 922,23 | 6 549 508,93 |
| Прочие виды медицинской помощи и иных услуг | рублей | 121942754,65 | 106 113 212,00 | 100 358 082,43 |
| Высокотехнологичные виды медицинской помощи в федеральных медицинских организациях | рублей | 305647,50 | 604 911,58 | 481 445,29 |
| в медицинских организациях субъекта Российской Федерации | к\дней | 1285,92 | 1 142,90 | 1 100,81 |
| выбыв. больн. | 95,88 | 94,70 | 114,55 |
| рублей | 5618648,23 | 5 566 025,74 | 6 302 243,69 |
| Затраты на ведение дела в системе ОМС | рублей | 14254321,89 | 13147072,75 | 11 909 530,62 |
| **Итого** | **рублей** | **820615720,87** | **733453259,83** | **733 292 303,96** |

Расходы на Программу из государственных источников финансирования в 2007 году составили 897,3 млрд. руб. и возросли в текущих ценах в 3,8 раза по сравнению с 2001 годом. Программа финансировалась в отчетном году за счет бюджетов всех уровней (63,4%) и средств системы ОМС (36,6%).

Расходы системы обязательного медицинского страхования (как источника финансирования территориальных программ ОМС) возросли за семилетний период в 3,6 раза и составили в 2007 году 328,2 млрд. рублей. Наиболее существенно (в 9 раз) за период 2001–2007 гг. увеличились расходы федерального бюджета на финансирование Программы, которые составили в 2007 году 162,5 млрд. руб. (18,1% всех расходов).

Расходы федерального бюджета включали не только затраты на оказание медицинской помощи в федеральных медицинских организациях (46,7 млрд. рублей), в том числе высокотехнологичной специализированной медицинской помощи (17,3 млрд. рублей), но и расходы на профилактику, выявление и лечение ВИЧ-инфекции и гепатитов В и С (7,7 млрд. рублей), денежные выплаты медицинскому персоналу ФАПов и учреждений скорой медицинской помощи (6,7 млрд. рублей), а также средства, передаваемые ФОМС (90,7 млрд. рублей) и Фонду социального страхования Российской Федерации (10,7 млрд. рублей) на обеспечение отдельных категорий граждан жизненно необходимыми лекарственными средствами и реализацию отдельных направлений национального проекта «Здоровье».

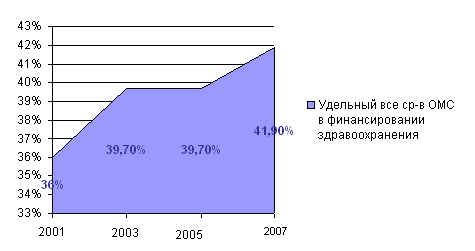
Фонд социального страхования Российской Федерации, как распорядитель финансовых средств, в 2007 году израсходовал 8,7 млрд. рублей на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по санаторно-курортному лечению, дополнительную оплату амбулаторно-поликлинической помощи, оказанной работающим гражданам – 1,5 млрд. рублей (средства ФОМС, переданные бюджету Фонда социального страхования Российской Федерации), дополнительные медицинские осмотры граждан, работающих в отраслях с вредными и (или) опасными производственными условиями – 2,0 млрд. рублей.

Отмечена позитивная тенденция дальнейшего сокращения объемов стационарной медицинской помощи в расчете на одного жителя с 3,002 в 2006 году до 2,911 в 2007 году. Объемы амбулаторно-поликлинической помощи в расчете на одного жителя в отчетном году увеличились с 8,527 посещения в 2006 году до 8,736 посещения в 2007 году.

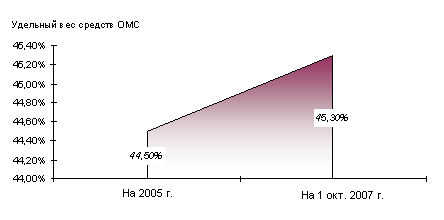
Возросли объемы медицинской помощи, предоставляемой в дневных стационарах, с 0,456 в 2006 году до 0,479 в 2007 году. Объемы скорой медицинской помощи возрастали на протяжении последних четырех лет и составили в 2007 году 0,345 вызова в расчете на одного жителя (в 2006 году – 0,342).

В отличие от других видов социального страхования ОМС является всеобщим, охватывает как экономическим активное население, так и неработающее (пенсионеров, детей, учащихся, студентов, безработных) (ст. 2 Закона о медицинском страховании граждан).

По моему мнению, медицинское страхование выступает формой страхования расходов на медицинскую помощь, то есть позволяет защищать доходы населения на случай несения повышенных социально значимых расходов. Страхование становится возможным только в том случае, если все охваченные им лица подвержены страховому риску примерно в равной степени. Поэтому в системе ОМС осуществляется покрытие только расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, предусмотренной Программой ОМС, которая не включает лечение некоторых видов заболеваний, которые проводятся за счет средств бюджетов различных уровней. Главным изъяном является несбалансированность программ ОМС с размерами страховых платежей. Система ОМС аккумулирует лишь 41,9%(2004 год) – 45,3%(2006 год) совокупного объема государственного финансирования здравоохранения (рис. 2.3).



а) Удельный вес средств ОМС в финансировании здравоохранения Свердловской области в 2001–2007 гг. (в %)



б) Удельный вес средств ОМС в финансировании здравоохранения Свердловской области в 2005–2007 гг. (в%)

Рис. 2.3 Удельный вес средств ОМС в финансировании здравоохранения Свердловской области в 2001–2007 гг. (а) (в %) и в 2005–1-м полугодии 2007 года (б)

В качестве двух основных источников финансирования ОМС были определены: страховые взносы работодателей, вносимые ими за наемных работников; за неработающее население предполагалось получить ресурсы из бюджетов (федерального и региональных), которые вдвое должны были превышать платежи работодателей.

Страховые тарифы увязывались с учетом численности и состава населения, состояния здоровья граждан и других факторов и их величина (при условии полного покрытия расходов на уровне субъектов Федерации) оценивались в диапазоне 7–18% фонда оплаты труда.

На практике страховой тариф был установлен на уровне всего 3,6% фонда оплаты труда, что по крайней мере в 2,5–3,0 раза меньше требуемой величины. Что касается уплаты страховых взносов за неработающее население на постоянной основе и в приемлемых объемах, то эта задача не решена: отсутствует ее законодательное решение, не сформированы экономические и организационные механизмы.

Это приводит к тому, что медицинское страхование внедрено в усеченном и не страховом виде, оно не дополняет государственную медицинскую помощь, а замещает ее.

Основная причина сложившегося положения дел состоит в том, что совокупные расходы на функционирование здравоохранения (государственные и страховые) крайне низки и достигают порядка 2.8 – 3.0% ВВП, тогда как по рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и международной организации труда (МОТ) их минимально-допустимый уровень должен составлять не менее 5% ВВП.

Для России с ее территориальной спецификой рассредоточения малонаселенных пунктов и мест проживания этот минимальный порог объемов финансирования должен быть существенно выше.

Развитые страны в среднем тратят около 6–8% ВВП на медицинское обслуживание населения, что в абсолютном выражении в расчете на одного жителя равняется примерно 2,0–2,5 тысяч долларов в год, по сравнению с 100 долларами в России.

Более того, такой важный бюджетоформирующий показатель, как расчетный норматив Минздрава России по оказанию медицинской помощи населению за счет бюджетных средств, составляет всего 1544 руб. в год на душу населения, то есть всего 50 долларов.

Поскольку местные бюджеты образуются за счет налоговых поступлений, в системе ОМС осуществляется перераспределение средств между поколениями. Статистика свидетельствует о том, что в России из 127,1 млн. человек (на 01.06.2006 года 86,7% населения, охваченного ОМС), 55 млн. (37,5%) составляют работающие и 72,1 млн. (49,2%) неработающие. Удельный вес страховых платежей за неработающее население в финансовой системе ОМС – 23,4%, в то время, как доля неработающих в общей массе населения – 57%.

Такая ситуация обусловлена в том числе демографическим кризисом: старением населения, падением рождаемости и т.д. Отсюда – стремление увеличить финансовую нагрузку на работающее население. При введении ОМС в 1992 г. было определено, что для финансирования программы обязательного медицинского страхования тариф взносов должен был составить 8%, а по отдельным субъектам РФ показали, что тариф должен составлять от 7 до 18% фонда оплаты труда с учетом численности и состава населения, состояния здоровья граждан и других факторов. Установление гораздо более низкого тарифа было обусловлено тем, что общая социально-страховая нагрузка не должна, по оценкам экономистов, превышать 40% фонда оплаты труда.

При достаточно высокой страховой нагрузке (и особенно для работодателей) уровень большинства социальных выплат и, прежде всего пенсий, явно недостаточен и не увязан с объемом вносимых страховых средств. То есть отсутствует должная зависимость уровня выплачиваемых пособий от размеров взносов. Для дисциплинированных плательщиков страховых взносов с заработной платы средних и высоких размеров размер коэффициентов замещения составляет всего 10–20%, что является крайне заниженной величиной.

Во многом это объясняется тем, что за счет налогообложения фонда оплаты труда в форме единого социального налога (ЕСН) финансируются выплаты как страхового, так и нестрахового характера, что свидетельствует об отсутствии реального разделения системы социального страхования и системы социальной помощи.

Таблица 2.6. Существующая модель распределения страховых взносов по видам обязательного социального страхования (в % от фонда зарплаты)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Вид страхования** | **Работодатели** | **Работники** | **Государство** | **Всего** |
| Пенсионное страхование | 20,0 | - | - | 20,0 |
| Медицинское страхование | 2,8 | - | - | 2,8 |

Для решения проблемы страховых платежей за неработающее население начиная с 2003 года применяется новая схема, которая предполагает заключение соглашений между органами исполнительной власти субъекта РФ и Пенсионным фондом России (далее – ПФР). В соответствии с соглашениями из ПФР перечисляются дополнительные платежи за неработающих пенсионеров, которые получают трудовые пенсии по старости при условии уплаты органами исполнительной власти страховых платежей на ОМС неработающего населения в объеме не ниже платежей ПФР.

За счет дополнительных финансовых ресурсов должна оказываться адресная медицинская помощь указанным категориям пенсионеров. Если в 2003 году в бюджете ПФР на эти цели было предусмотрено 1,5 млрд. руб., то в 2004 году – уже 6,5 млрд. руб. (в расчете на одного пенсионера – 580 руб.). С 18 до 50 увеличится число регионов-участников эксперимента. Несмотря на положительную оценку его результатов в СМИ, данный эксперимент наглядно демонстрирует наличие свободных финансовых ресурсов в пенсионном страховании и их нецелевое использование, что не способствует достижению целей пенсионной реформы.

Однако, коэффициенты пенсий и пособий (соотношение пенсий к предшествующим размерам заработной плате) составляют всего 10–20%, что нельзя признать справедливым способом в организации социального медицинского страхования.



Рис. 2.4 Соотношение коэффициента замещения и размера заработной платы

Государственные и муниципальные лечебно-профилактические учреждения получают примерно от 50 до 60% средств в виде бюджетного финансирования содержания учреждения, от 30 до 50% – из системы ОМС в виде оплаты оказанной медицинской помощи и от 5 до 15% – в виде доходов от оказания платных медицинских услуг населению. Согласно федеральным рекомендациям, бюджетные и страховые средства должны использоваться для покрытия разных статей расходов. На практике же нередко отдельные статьи расходов лечебно-профилактических учреждений покрываются одновременно из двух указанных источников финансирования. Это создает у учреждений заинтересованность в затратном хозяйствовании, а не в более эффективном использовании ресурсов.

Хотя в системе ОМС был хорошо отлажен механизм сбора взносов на ОМС и оплаты медицинской помощи, оказываемой населению, хотя врачи прикладывали и прикладывают большие усилия, показатели здоровья россиян оставляют желать лучшего. Почему? Потому что система здравоохранения лишь на 10–12% может оказать влияние на состояние здоровья населения, а остальные 90% обусловлены другими факторами: социально-экономическими, биологическими, климатическими и другими. Но в самой системе медицинского страхования до настоящего времени отсутствуют два важнейших звена: профилактика заболеваний и реабилитация после перенесенного заболевания. Если реабилитация после инсульта или инфаркта проводится, то почему бы не реабилитировать людей, перенесших пневмонию или тяжелые эмоциональные потрясения.

В 2007 году в Территориальном фонде обязательного медицинского страхования страховых медицинских организациях Свердловской области зарегистрировано 775 обращений, что на 251 или 24% меньше, чем в 2006 г. Из них, в ТФОМС поступило 512 (в 2006 г. – 214 или 21%), в СМО поступило 263 или 34% всех обращений (в 2006 г. – 812 или 79%).

Таблица 2.7. Динамика обращений в ТФОМС Свердловской области по вопросам ОМС

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма обращения | Поступило обращений | | | | | |
| Всего в % | | В том числе в ТФ ОМС | | в СМО | |
| 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 |
| Все виды | 100 | 100 | 21 | 66 | 79 | 34 |
| Письменные | 5,8 | 10,1 | 4,2 | 1,9 | 6,3 | 25,8 |
| Устные | 94,2 | 89,9 | 95,8 | 98,1 | 93,7 | 74,2 |

Территориальным фондом ОМС и страховыми медицинскими организациями на письменные и устные обращения граждан по вопросам обязательного медицинского страхования было дано 325 консультаций, что в структуре обращений составляет 42%. Обоснованными признано 352 обращения или 45,4% от общего количества обращений.

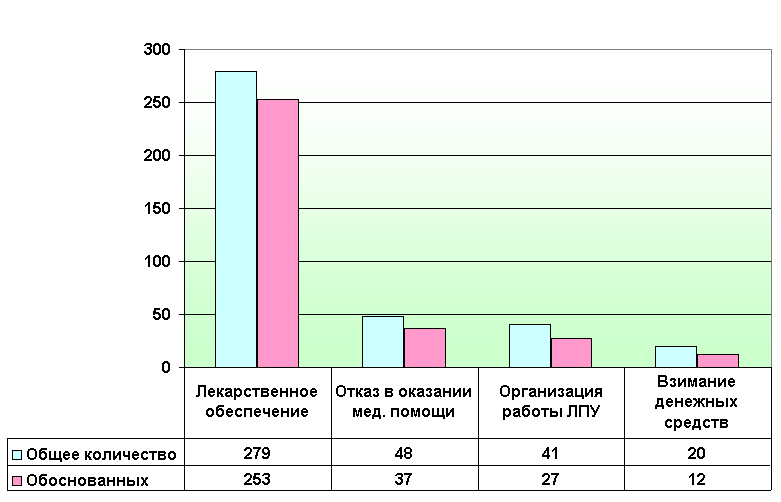


Рис. 2.5 Динамика обращений в ТФОМС в 2007 году

В ТФОМС обращаются так же и в случае нарушений работы медицинских учреждений различного профиля (рис. 2.6).

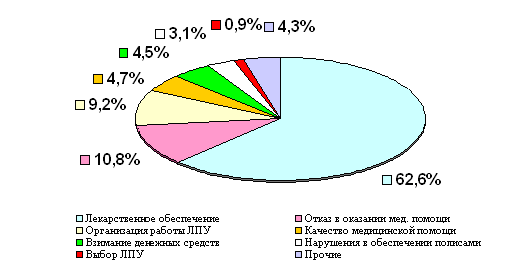


Рис. 2.6 Структура обращений по нарушениям медицинского обслуживания населения в 2007 году (%)

Здравоохранение – достаточно затратная сфера. Дешевле заниматься профилактикой, не допускать болезни, а также проводить реабилитацию, отодвигая тем самым формирование хронических процессов или устойчивой утраты трудоспособности (инвалидности).

Кроме того, органы управления здравоохранением практически подчинили себе все правовые рычаги управления медицинскими учреждениями – лицензирование и аккредитацию ЛПУ и предприятий обслуживания медтехники, аттестацию персонала, подготовку и переподготовку кадров.

Таким образом, система ОМС практически сливается с производителем медицинской помощи, тем самым, лишаясь возможности защищать права застрахованных, экономическими методами.

Переход к страхованию здоровья потребует перераспределения финансовых потоков. Если сегодня на медицинскую профилактику расходуется всего 6–7% средств ОМС, на реабилитацию – 0%, а на лечение больных людей направляется 94%(!) средств ОМС, то при страховании здоровья (согласно мировой практике) на лечение заболеваний необходимо будет направлять только 50% средств, но при этом на профилактику потребуется 30% финансовых ресурсов, а на реабилитацию – 20% средств.

Требуется ли при таком подходе участие страховых компаний? При проведении профилактики заболеваний и реабилитации пациентов после перенесенных недугов можно обойтись и без страховых компаний. Когда же речь идет о лечении пациентов, присутствие страховых компаний желательно, потому что здесь они выполняют роль арбитра, защищающего права граждан на бесплатную медицинскую помощь. Страховщик проводит экспертизу качества предоставляемой медицинской помощи, проверяет – в достаточном ли объеме проведена диагностика, и, если права граждан нарушаются, страховщик вправе рублем наказать проштрафившееся лечебное учреждение.

Для перехода от медицинского страхования к страхованию здоровья, кроме перераспределения финансовых потоков необходимо, во-первых, принятие решения на государственном уровне, во-вторых, введение дифференциации страховых взносов.

Дифференциация страховых взносов означает, что чем ниже показатель заболеваемости в трудовом коллективе, тем меньше размер страхового взноса платит предприятие, а оставшиеся средства от базового тарифа остаются в распоряжении работодателя и направляются на оздоровление трудового коллектива), в-третьих, экономическое стимулирование работодателей и застрахованных граждан. Всем известна аксиома: если каждому человеку будет выгодно вести здоровый образ жизни, население в целом будет осуществлять индивидуальные меры профилактики для того, чтобы меньше болеть. Тем самым удастся достичь одной из главных целей страхования здоровья – снижения заболеваемости и укрепления здоровья застрахованных.

2.2 Проблемы добровольного медицинского страхования в Свердловской области

На фоне снижения значимости и эффективности системы ОМС должно было бы бурно развиваться добровольное медицинское страхование, однако на сегодняшний день можно констатировать, что система добровольного медицинского страхования в здравоохранении Российской Федерации, в целом, и в Уральском федеральном округе, в частности, включая и его частную систему, функционирует неэффективно. Как видятся основные проблемы добровольного медицинского страхования? Представляется, что в первую очередь заслуживают рассмотрения три проблемы:

1) неразвитость рынка медицинских и страховых услуг в как России, так и УрФО;

2) невысокая мотивация граждан в области добровольного медицинского страхования;

3) отсутствие развитых институтов добровольного медицинского страхования.

Таблица 2.8. Динамика сети ЛПУ в системе ДМС УрФО

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Ед.**  **изм.** | **2005 г.** | **2006 г.** | **2007 г.** | |
| **1-е полугодие** | **2-е полугодие** |
| Число частных стационаров | ед. | 20 | 32 | 80 | 80 |
| Число больничных коек | коек | 340 | 530 | 830 | 840 |
| Пролечено больных в частных круглосуточных стационарах | тыс. чел. | 3,9 | 3,5 | 2,0 | 3,5 |
| Средняя длительность пребывания 1 больного на койке в частных стационарах | дней | 13,4 | 13,2 | 13,0 | 13,2 |
| Работа койки в частных стационарах | дней | 350,4 | 350,0 | 347,0 | 350,0 |
| Объем лекарственных средств, приобретаемый частными больничными учреждениями | млн. руб. | 466,2 | 470,0 | 500,0 | 550,0 |
| Число амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ) | ед. | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Фактическое количество посещений АПУ | тыс. пос. в год | 1353,1 | 1350,0 | 13200 | 1347,0 |
| Пролечено больных в дневных стационарах при амбулаторно-поликлинических учреждениях | тыс. чел. | 3,1 | 6,5 | 7,0 | 8,0 |
| Численность врачей | чел. | 5094 | 5010 | 4970 | 5010 |
| Численность среднего медицинского персонала | чел. | 9 340 | 9200 | 9150 | 9200 |
| Укомплектованность кадрами,  в том числе |  |  |  |  |  |
| – врачами | % | 96,6 | 97,6 | 97,2 | 98,1 |
| – средним медицинским персоналом | % | 96,2 | 97,3 | 97,0 | 98,3 |

Неразвитость рынка медицинских и страховых услуг в Уральском регионе играет ключевую роль при недостаточной реализации финансового потенциала добровольного медицинского страхования. Действительно, мировой опыт показывает, что рынок страховых услуг в здравоохранении следует рассматривать в качестве субрынка рынка медицинских услуг. Где отсутствует развитый рынок медицинских услуг, там трудно ожидать эффективно работающую систему добровольного медицинского страхования.

Если говорить объективно, то в Свердловской области пока можно говорить лишь о становлении цивилизованного рынка медицинских услуг. В Уральском федеральном округе на 01.05.06 г. всего 80 частных больниц и 9560 учреждений, преимущественно стоматологических клиник и кабинетов, работающих в системе ДМС. Эти ЛПУ расположены преимущественно в крупных городах. В роли аутсайдеров следует отметить большинство сельскохозяйственных территорий региона, расположенных в северных районах округа.

В сети ЛПУ региона, работающих по программам ДМС, за последние годы прослеживается незначительная тенденция к уменьшению количества учреждений, в основном за счет амбулаторно-поликлинической сети, входящих в больнично-поликлинические объединения. Снижение числа амбулаторно-поликлинических учреждений происходит за счет закрытия ряда здравпунктов и ФАП.

Отдельная проблема – качество медицинского обслуживания при массовом наплыве клиентов ДМС. Качество медицинского обслуживания можно получить только при высокой квалификации медицинского персонала.

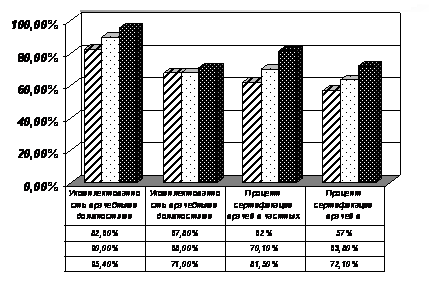


Рис. 2.7 Кадровая динамика в ДМС ЛПУ в 2005–2007 гг.

В ЛПУ, оказывающих услуги по программам ДМС сохраняется соотношение врач: средний медицинский работник в среднем по УрФО – 1:2,24 (РФ – 1:2,4) при нормативе 1:3,5. В 2007 году прибыло 494 врача, убыло – 415 (положительный баланс + 79 врачей). В 2007 г. в частные стационары, участвующих в программах ДМС прибыло: – 50 молодых специалистов, в том числе: 14 педиатров, 10 хирургов, 6 терапевтов и 6 акушер-гинекологов.

Кроме того, более 3 тыс. врачей, участвующих в программах ДМС, получили лицензии на право заниматься частной врачебной практикой. Только за 2004 г. такие лицензии получили 550 врачей, из которых 27,6% – стоматологи, терапевты – 16,7%, акушеры-гинекологи – 12,4%, педиатры -7,6%, невропатологи – 6% и т.д. В 2005–2007 гг. частными стоматологическими клиниками по программам ДМС было оказано услуг на 213–350 тыс. руб. соответственно. Предоставить качественные медицинские услуги для резко возросшего потока платных больных смогут те лечебные учреждения, которые уже имеют опыт работы в системе ДМС. На рис. 2.8 показана структура сети ЛПУ, предоставляющих медицинские услуги по программам ДМС в различные периоды.



Рис. 2.8 Структура сети ЛПУ в УрФО, работающих с программами ДМС

Лечебным учреждениям, ранее не работавшим в сфере предоставления платных медицинских услуг, придется на первом этапе достаточно сложно, что связано с отсутствием хорошо налаженной финансово-экономической службы, навыков в организации учета, разделения потоков пациентов, с не отлаженными механизмами контроля, статистической обработки и с элементарным отсутствием программного обеспечения, без которого невозможно четко работать в системе ДМС.

К приему значительного числа новых клиентов в ДМС готовы только крупные страховые компании и лечебные учреждения.

Реформа ОМС поможет создать конкуренцию между страховыми организациями и среди медицинских учреждений, улучшить систему финансирования здравоохранения. Сегодня различные виды платных услуг составляют порядка 13% в общем объеме финансирования лечебных учреждений, в том числе 3–4% приходится на ДМС (во многих западных странах ДМС формирует 55–70% доходов клиник и больниц).

При этом, что очень важно, именно для системы добровольного медицинского страхования, медицинские услуги не всегда отвечают высоким стандартам качества и сервисной поддержки.

Программы добровольного медицинского страхования (ДМС) должны, согласно законодательству, обеспечивать гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программой обязательного медицинского страхования. Реальная практика расходится с требованиями закона. Многие программы ДМС предусматривают предоставление услуг, которые не дополняют программу ОМС, а перечислены в этой программе.

Очевидно, что в частных клиниках, заинтересованных в поддержании высокого спроса пациентов на предоставляемые в них медицинские услуги, вопросы качества и сервиса услуг стоят наиболее остро. Как показывают данные Минздрава Свердловской области, на сегодняшний день от 30% до 50% граждан УрФО выражают готовность при возникновении проблем со здоровьем обратиться в частную клинику (к частнопрактикующему врачу).

Но фактически обращаемость в частные клиники, работающие с программами ДМС, значительно ниже. При этом преобладает система непосредственной оплаты пациентом медицинской услуги, оказанной в частной клинике, а оплата через систему добровольного медицинского страхования не превышает 2%. При проведении одной из деловых встреч с представителями крупной зарубежной страховой компании, которая реализует программы добровольного медицинского страхования во многих странах, выяснилось, что деятельность этой страховой компании на российском рынке в течение трех лет оказалась нерентабельной.

Одним из путей реализации финансового потенциала добровольного медицинского страхования в частной медицине является заинтересованность субъектов частной системы здравоохранения в становлении и развитии в УрФО цивилизованного рынка медицинских услуг, обеспечение надежных гарантий высокого качества и сервиса медицинских услуг. Данные статистики свидетельствуют о высоких темпах роста взносов физических и юридических лиц на добровольное медицинское страхование и объемов предоставления населению платных медицинских услуг (см. табл. 2.9).

Таблица 2.9. Частные расходы на здравоохранение, млрд. руб.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2003** | **2004** | **2005** | **2006** | **2007** |
| Взносы на добровольное личное медицинское страхование | 2237 | 3386 | 3841²² | 7155²² | 12756 |
| Платные медицинские услуги населению | 5515 | 9573 | 12056 | 19826 | 27506 |

Страхование по программам ДМС производят как физические лица, так и их организации-работодатели. Уплату взносов на ДМС сотрудников сегодня осуществляют около 1,5% российских предприятий и организаций и 80% иностранных компаний, чьи представительства действуют на территории РФ.

Но ДМС пока не стало основной формой частного финансирования здравоохранения. Платные медицинские услуги развивались более быстрыми темпами, чем ДМС.

По оценкам ОАО «РОСНО», российские предприятия обеспечивают 55% объема собранных страховых взносов по ДМС, иностранные – 35%.

Следует констатировать, что в «классической» рисковой форме ДМС осуществляется только некоторыми российскими страховщиками при страховании отдельных физических и юридических лиц. При этом тарифы на такой вид страхования достаточно велики. Это объясняется тем, что в силу незначительного распространения ДМС наблюдается большая величина убыточности страховой суммы. А именно этот статистический показатель кладется в основу расчета тарифов при добровольных видах страхования. В результате страховщики, которым при рисковом страховании необходимо иметь достаточные страховые резервы для покрытия своих обязательств, вынуждены продавать страховые услуги за высокую цену, обеспечивающую накопление нужных резервов. Немногие российские страхователи и страховщики могут позволить себе работать в таких условиях. До настоящего времени основная часть программ ДМС представляла собой варианты предоставления «разовых» медицинских услуг – так называемые «монополисы» или «депозитные страховые схемы». В этих случаях роль страховщика сводится к организации предоставления пациенту медицинской помощи в пределах суммы, несколько меньшей той, которую он выплатил.

При этом средства от граждан и их работодателей первоначально поступают в страховую организацию, позволяя медицинскому учреждению переложить на нее же ответственность за учет этих средств, оформление договорных отношений с пациентами и т.п.

Учитывая, что пациент или его работодатель, приобретая монополис, платит за необходимые услуги непосредственно перед их получением, можно констатировать отсутствие признаков страхового риска в данной схеме. При заключении договора здесь заранее известен размер «страховой выплаты» – цена услуги.

Также отсутствует главное достоинство системы ДМС – возможность планирования индивидуальных затрат на медицинскую помощь (в классической схеме ДМС страховой взнос уплачивается один раз, и при получении медицинской помощи застрахованный уже не беспокоится об оплате лечения, даже если его стоимость многократно превышает уплаченный взнос). С теоретической точки зрения, средства, поступающие в медицинское учреждение при работе по монополисной схеме, нельзя считать средствами ДМС. Однако эта форма предоставления услуг является основной в реальной деятельности страховых медицинских организаций, осуществляемой под наименованием добровольного медицинского страхования.

Отсутствие развитых институтов добровольного медицинского страхования – это характерная черта многих стран, в том числе России. Существенным является тот факт, что количество страховых медицинских организаций (страховых компаний) само по себе не является решающим фактором эффективного функционирования системы добровольного медицинского страхования. В настоящее время в России действует немало крупных отечественных страховщиков, начинается освоение российского рынка авторитетными зарубежными страховыми компаниями. Так, если рассмотреть взаимодействие страхователей (юридических и физических лиц), страховщиков и медицинских организаций между собой, то можно заметить, что им присуще некоторое противоречие интересов. Страхователь при любых обстоятельствах заинтересован с меньшими финансовыми потерями для себя приобрести наиболее надежную страховую защиту. Страховщик, с одной стороны, стремясь к минимизации вероятности наступления страхового случая, заинтересован в упрощении страхового продукта и предотвращении кумулятивного эффекта по многим страховым рискам, с другой стороны, заинтересован в невысоких ценах на медицинские услуги при заключении договоров с медицинскими организациями. Последние, в свою очередь, заинтересованы в достойной оплате за оказанные медицинские услуги. Этот комплекс отношений еще в большей степени усложняется при условии отсутствия у каждой из сторон полной и достоверной информации по предмету договорных отношений.

Одной из основных проблем ДМС называют страховщики новый Налоговый кодекс. Он, говорят специалисты, нанес серьезный удар по здравоохранению. Предприятие, желающее застраховать сотрудников, освобождается от части налогов. Но если раньше эта цифра равнялась 1% от годового оборота, то сейчас она составляет 3% от фонда оплаты труда.

Потребность в добровольном страховании неодинакова в разных регионах России, а самый большой спрос на эту услугу, понятно, наблюдается в Москве. Еще одним ограничением для развития добровольного медицинского страхования являются ограниченные возможности медицинской базы. Все медицинские центры в крупных городах уже загружены, а добровольное страхование может развиваться только параллельно с развитием поликлиник и больниц. Тем не менее, у страховщиков прибавляется число озабоченных здоровьем клиентов. Даже несмотря на то, что теперь работодатели могут относить на себестоимость гораздо меньше затрат по страхованию сотрудников.

По данным союза страховщиков «Белый Соболь», лицензию на осуществление ДМС в нашей области имеют 30 страховых компаний и филиалов (здесь учтены только те операторы рынка, которые предоставили информацию в союз страховщиков). Однако предоставляют те или иные страховые услуги лишь 20 из них. Это прежде всего компании, имеющие государственную лицензию на право заниматься обязательным медицинским страхованием и параллельно предлагающие своим клиентам застраховаться добровольно («Астрамед-МС», «Мединком», «Крона», «Пульс» и др.). Никакими другими видами страхования они по действующему законодательству заниматься не имеют права. Зато, говорят страховщики, благодаря работе в системе ОМС у них больше опыта и налажены связи в сфере здравоохранения.

И все же большинство екатеринбургских страховых компаний развивают добровольное медицинское страхование как одно из направлений деятельности наряду с иными видами личного и имущественного страхования («Северная казна», «Гамма», ЕАСК) или создают дочерние предприятия («Белая Башня-Здоровье», «Кольцо Урала-Медицина»). Таким образом, страховщики диверсифицируют риски и повышают платежеспособность, устойчивость компании.

Отдельная группа – филиалы столичных компаний, пришедшие на рынок Свердловской области вслед за своими клиентами. Одни из них занимаются обслуживанием застрахованных москвичей в Екатеринбурге («Ресо-гарантия») и пока только планируют работать по договорам ДМС с местными предприятиями. Другие (РОСНО, «Спасские ворота», Ингосстрах) сразу же развернули на Урале бурную деятельность по привлечению новых клиентов. На москвичей во многом работает имя, например, страхования компания РОСНО: что и говорить, РОСНО – бренд раскрученный. Только по договорам сопровождения в Свердловской области нашими клиентами являются 1500 человек. Московские компании страхуют в РОСНО сотрудников своих филиалов, ведется работа и с местными организациями. За три года работы в РОСНО заключили договоры с такими крупными предприятиями, как Первоуральский новотрубный завод, «Облавтодор», «Электрохимприбор», «Уралтелеком».

В Челябинской области, Ханты-Мансийском автономном округе, Ямало-Ненецком автономном округе лидирует компания «Росно». В Свердловской области страховой рынок ДМС поделен несколькими компаниями. Самый большой сегмент рынка приходится на долю РОСНО-17%, на втором месте СК «Белая башня-Здоровье» 14%, СК «МЕДИНКОМ» – 14% и «Северная казна» – 14%, на третьем месте по доле рынка – «Кольцо-Урал-Медицина» – 12% (табл. 2.10).

Таблица 2.10. Финансово-экономические показатели страховых компаний на рынке ДМС УРФО

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Емкость рынка, млн. руб.** | | **Количество заключенных договоров, тыс. ед.** | | **Средняя сумма страхового договора** | |
| **2006 год** | **2007 год** | **2006 год** | **2007 год** | **2006 год** | **2007 год** |
| РОСНО | 1754,6 | 1790,1 | 66,2 | 66,7 | 1882 | 1715 |
| СК «Белая башня-Здоровье» | 666,1 | 826,7 | 48,8 | 37,0 | 1156 | 893 |
| СК «МЕДИНКОМ» | Нет данных | 461,7 | Нет данных | 59,9 | Нет данных | 1478 |
| «Северная казна» | 152,3 | 248,3 | 55,8 | 58,2 | 1789 | 1900 |
| Наста | 68,3 | 48,2 | 94,0 | 88,0 | 5700 | 3600 |
| Прочие | 12,8 | 13,8 | 79,4 | 76,8 | 2464 | 2388 |
| Всего | 2641,3 | 3375,0 | - | - | - | - |

На долю компаний «Наста» и «Уралрос» приходится по 5% рынка, на долю остальных компаний приходится 5,4% от рынка страховых услуг ДМС в Свердловской области.

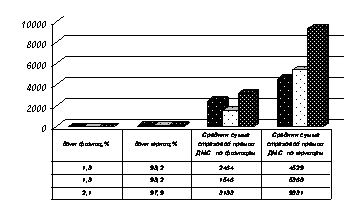


Рис. 2.9 Структура услуг ДМС для физических и юридических лиц в Свердловской области

Страховые компании оказывают услуги как физическим, так и юридическим лицам. Однако в целом доля физических лиц на рынке ДМС крайне мала.

Страховщики ведут борьбу за договоры с крупными предприятиями и главные клиенты страховых компаний по ДМС – крупные и средние юридические лица со штатом сотрудников от 50 человек и выше. Дело в том, что с введением 25 главы НК РФ предприятиям было позволено включать суммы, уплаченные по договорам медицинского страхования, в расходы на оплату труда, если они не превышают 3% фонда оплаты труда. Когда сотрудников мало, сумма получается незначительная, и страхование становится невыгодным.

Получается, что для оценки емкости рынка ДМС УрФО на сегодняшний день можно взять 3% от совокупного фонда оплаты труда всех предприятий и вычесть суммы, приходящиеся на мелкие организации. Конечно, метод не совсем корректен, но он показывает: потенциал для развития страхования есть, и немалый. Пока что добровольным медицинским страхованием охвачена лишь небольшая часть компаний (рис. 2.10).

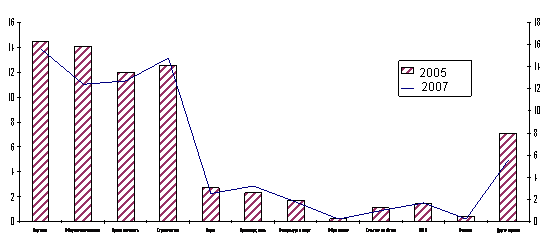


Рис. 2.10 Отраслевая структура рынка ДМС по Свердловской области за 2005–2007 гг.

Тем более что ДМС позволяет обеспечить медицинской помощью не только самих работающих, но и членов их семей. Есть даже случаи, когда корпоративный договор заключают на сумму, превышающую 3% ФОТ, и доплачивают недостающую часть из прибыли организации.

С юридическими лицами страховые компании работают по так называемым депозитным договорам. Предприятие просто уплачивает страховщику определенную сумму, в рамках которой и оказываются услуги по лечению застрахованных работников. Неиспользованный остаток суммы возвращается страхователю или переносится на следующий срок, а в случае перерасхода средства вносятся дополнительно. Впрочем, некоторые страховые компании начали работать с клиентами (юридическими лицами) и по рисковым схемам. Такие договоры иногда называют сервисными. Взнос здесь уже меньше страховой суммы, хотя тарифы высоки – гораздо выше, чем, например, в классическом рисковом страховании для физических лиц. В целом же сегодня трудно найти предприятие, на котором рисковое страхование было бы выгодным.



Рис. 2.11 Динамика депозитных и сервисных договоров

Руководители частных предприятий тоже начинают понимать, что заботиться о здоровье сотрудников дешевле, чем готовить и обучать новых, а забота о коллективе – это лучший способ удержать хорошие кадры Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой организацией и медучреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. Предлагаемые страховщиками программы, по большому счету, идентичны: программа амбулаторного обслуживания, программа стационарного обслуживания, программа экстренного вызова «скорой помощи», программа «семейный врач», программа ведения беременности и родов, а также различные комбинации этих вариантов.



Рис. 2.12 Динамика средних тарифов по страховым организациям за 2003–2007 гг.

Главная причина различий в тарифах – ограничения, устанавливаемые компаниями по отдельным видам лечения и обследований, то есть в одном и том же медицинском учреждении пациентам с одинаковыми заболеваниями могут оказывать различный набор медицинских услуг в зависимости от условий страхования. Также разница в тарифах зависит от числа застрахованных, особых договоренностей страховщиков и медучреждений.

Таким образом, по проведенному исследованию проблем и современного состояния рынка добровольного медицинского страхования в Уральском федеральном округе можно сделать следующие выводы:

Основные проблемы и трудности при становлении добровольного медицинского страхования в Уральском федеральном округе это:

1) неразвитость рынка медицинских и страховых услуг;

2) невысокая мотивация граждан в области добровольного медицинского страхования;

3) отсутствие развитых институтов добровольного медицинского страхования.

В Уральском федеральном округе услуг по добровольному медицинскому страхованию оказывают те же страховые организации, которые оказывают услуг по обязательному медицинскому страхованию.

Лицензию на осуществление ДМС имеют 30 страховых компаний, предоставляют услуг ДМС лишь 20 из них

Большинство страховых компаний развивают добровольное медицинское страхование как одно из направлений деятельности наряду с иными видами личного и имущественного страхования.

Добровольное медстрахование в Уральском регионе осуществляют страховые компании Екатеринбурга и их филиалы, региональные страховые компании и их филиалы и филиалы московских компаний.

Страховые компании оказывают услуги как физическим, так и юридическим лица. Однако в целом доля физических лиц на рынке ДМС крайне мала – менее 5%.

Главные клиенты страховых компаний по ДМС – крупные и средние юридические лица со штатом сотрудников от 50 человек и выше, что обусловлено налоговыми льготами при начислении ФОТ.

Добровольным медицинским страхованием охвачена лишь небольшая часть компаний, больше всего в торговле и в строительстве, меньше всего в образовании и финансовой сфере.

С юридическими лицами страховые компании работают по депозитным и сервисным договорам. Доля депозитных договоров, как более выгодных для предприятий увеличивается.

Предлагаемые страховщиками программы, по большому счету, идентичны: программа амбулаторного обслуживания, программа стационарного обслуживания, программа экстренного вызова «скорой помощи», программа «семейный врач», программа ведения беременности и родов, а также различные комбинации этих вариантов.

Тарифы у различных компаний разные и зависят от предлагаемых программ ДМС.

2.3 Перспективы развития социальных функций медицинского страхования в Российской Федерации и Свердловской области

Формирующиеся рыночные отношения на основе различных видов собственности изменили здравоохранение как социальный институт, в котором остались прежние принципы финансирования сети учреждений при снижении относительных показателей их обеспеченности финансовыми ресурсами. При этом государственные и муниципальные учреждения здравоохранения вынуждены приобретать материально-технические ресурсы по рыночным ценам. Возник дисбаланс доходов и расходов учреждений.

До настоящего времени развитие здравоохранения в нашей стране не приобрело характер зависимости от потребностей граждан, как потребителей медицинской помощи. Человек не стал центральной фигурой при формировании правоотношений на получение медицинской помощи, Потребности человека, государства, направленные на обеспечение необходимого уровня здоровья, не стали основой формирования организационно-экономической модели здравоохранения.

По проведенному исследованию можно сделать выводы, что имеются диспропорции между видами и уровнями медицинской помощи – приоритет отдается дорогостоящим стационарным методам лечения. Из-за отсутствия финансовых стимулов эффективного хозяйствования страдает качество предоставляемой медицинской помощи при возрастающих издержках. Федеральный центр не выполняет в должной мере регулирующий функции по выравниванию условий предоставления медицинской помощи:

– страховые принципы финансирования здравоохранения не получили должной реализации. Системы обязательного страхования рисков, связанные со здоровьем граждан, страхование на случай болезни, от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, по временной нетрудоспособности в связи с болезнью и другие разобщены;

– обязательное медицинское страхование не ввело страховые механизмы, способствующие развитию конкуренции, и не включило в оборот здравоохранения необходимого объема финансовых ресурсов, не стало механизмом их эффективного расходования;

– работники здравоохранения относятся к одной из самых мало оплачиваемых категорий. Система и уровень оплаты труда не мотивируют их к качественной и результативной работе;

– отмечается увеличение стоимости новых медицинских технологий и рост затрат на здравоохранение, что обостряет проблему экономической эффективности использования ресурсов;

– происходит усиление импортозависимости по лекарственным средствам и медицинской технике и оборудованию;

– отсутствие системообразующих законов, регулирующих сферу здравоохранения, не позволило сформировать единство этого социального института, а переход к частноправовому регулированию данных отношений привел к ослаблению управляющей функции государства, не сформированы и рыночные отношения между субъектами системы здравоохранения;

– существующая многоканальность финансирования и различный правовой режим расходования финансовых средств бюджетов всех уровней, обязательного и добровольного медицинского страхования, платных услуг, является одной из причин их неэффективного расходования;

– наблюдается потеря системности и управляемости отраслью при сохранившихся органах управления всех уровней;

– отмечается нечеткость разделения компетенции Российской Федерации, ее субъектов и органов местного самоуправления. Процесс делегирования полномочий для здравоохранения прошел в двух направлениях: по вертикали по разделению компетенции – государственное и муниципальное здравоохранение, что можно рассматривать как децентрализованный вариант реализации прав и гарантий граждан, а также частное, и по горизонтали по разделению функций – общественное, ведомственное. При этом между подсистемами нет четких границ, недостаточно конкретно содержание их деятельности и критерии оценки результатов;

– противоречивость статуса медицинских учреждений. Конституция определила, что государственные и муниципальные медицинские учреждения оказывают бесплатную для граждан медицинскую помощь, а нормы Гражданского Кодекса Российской Федерации определяют, что учреждением признается организация, созданная собственником для осуществления управленческих, социально-культурных или иных функций некоммерческого характера и финансируется им полностью или частично.

При недостаточности денежных средств субсидиарную ответственность по обязательствам учреждения несет собственник имущества. В реальной жизни учреждение вынуждено самостоятельно зарабатывать недостающие денежные средства для обеспечения своей деятельности за счет оказания платных услуг. В результате в здравоохранении в одном ряду на основе государственной и муниципальной собственности одновременно реализуются и государственные, и рыночные отношения.

Для развития социально-экономических показателей здравоохранения с 2006 по 2009 г. поэтапно увеличиваются расходы на здравоохранение до 6% ВВП. Источником покрытия недофинансирования в первую очередь стал федеральный бюджет по следующим причинам: мероприятия по повышению собираемости взносов в систему ОМС на неработающее население в субъектах РФ, скорее всего, не приведут к существенному увеличению объемов средств в системе ОМС, так как даже до реформы жилищно-коммунального хозяйства и монетизации льгот эти взносы субъекты РФ собирать в полном объеме не могли;

– с 2005 г. ставка единого социального налога снижена до 26% с уменьшением отчислений в систему ОМС с 3,6 до 2,8%, что привело к снижению финансирования здравоохранения в системе ОМС ещё на 35 млрд. руб. в год;

– оптимизация управления отраслью дает 10% экономии средств, но реальная экономия в условиях недофинансирования не достигает и этого уровня;

– переложить часть финансирования здравоохранения путем увеличения объема платных медицинских услуг возможно только для 15–20% населения, у которых доходы составляют не менее 500 $ США на одного члена семьи.

Таким образом, федеральный бюджет в условиях резко ограниченных финансовых возможностей субъектов РФ и населения остается единственно возможным источником покрытия недофинансирования здравоохранения. В 2006 г. расходы Федерального бюджета на здравоохранение составили 127 млрд. руб. вместо 430 млрд. руб. Если бы данная цифра (430 млрд. руб.) реализовалась в действительности, тогда зарплату в здравоохранении можно было приблизить к уровню оплаты труда в промышленности, но этого не произошло.

Следует усилить эффективность управления отраслью на всех уровнях (федеральном, региональном, муниципальном). Примером может служить программа по льготному лекарственному обеспечению, идея которой заслуживает самой высокой оценки.

Управление на всех уровнях власти должно строиться исходя из принципов современного проектного управления.

Целевая направленность всех мероприятий на преодоление к 2010 г. отрицательной динамики здоровья населения РФ и достижения к 2015 г. показателей здоровья, сопоставимых с уровнем стран Восточной Европы. Для этого необходимо разработать погодовые графики достижения этих целей (рис. 2. 13,2.14). Научная обоснованность принимаемых решений [в странах ЕС при министерствах здравоохранения или аппарате правительства для этих целей специально создаются специальные комитеты (Health<echnology Assesment Commity)].

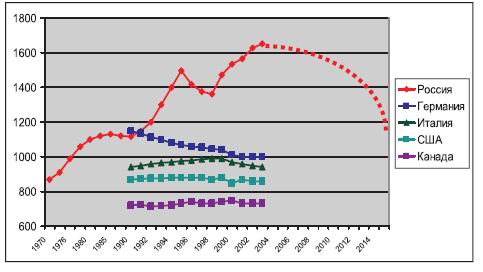


Рис. 2.13 Смертность населения РФ; скорость снижения параметра примерно 3% в год

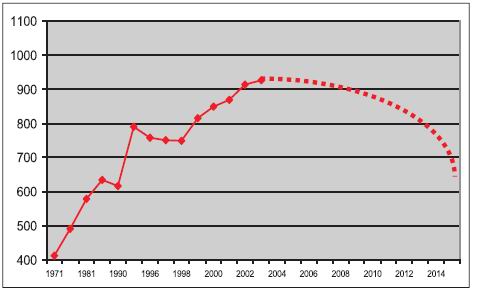


Рис. 2.14 Смертность населения РФ от болезней системы кровообращения; скорость снижения параметра примерно 3% в год

Ежемесячный мониторинг по количественно измеряемым показателям (индикаторам), поскольку все мероприятия программы следует оценивать не только по объемным показателям, но и по качественным. Например, в рамках проекта «Здоровье» увеличено число больных, которым доступны высокотехнологичные виды медицинской помощи, с 60 тыс. в 2004 г. до 128 тыс. в 2006 г. и до 170 тыс. в 2007 г. При этом неясно, достаточно ли такого увеличения для существенного снижения смертности трудоспособного населения, например от сердечнососудистых заболеваний.

Мотивация не отдельных категорий врачей, а всех работников здравоохранения на достижение качественного результата.

Публичность полученных результатов, управление взаимодействием других министерств и ведомств и всего населения.

Необходимо скорректировать ряд позиций по проекту «Здоровье», в первую очередь дополнить список медицинских работников, которым будет повышена заработная плата, с включением в него всех врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а именно врачей скорой помощи, акушеров-гинекологов, узких специалистов, а также медицинского персонала фельдшерско-акушерского пунктов (ФАП) и др. (Для справки: повышение оплаты труда всем врачам на 10 тыс. руб. обойдется бюджету в 90 млрд. руб., включая единый социальный налог, что составит 0,37% ВВП). Повышение заработной платы на 5 тыс. рублей среднему медицинскому персоналу обойдется бюджету еще в 113 млрд. руб., включая ЕСН. Кроме того, необходимо выстроить управление программой «Здоровье» в соответствии с современными принципами проектного управления.

Преодоление отрицательной динамики здоровья населения России и достижение показателей здоровья, соответствующих развитому государству – являются общенациональной задачей.

В течение последних нескольких лет предложения о реформировании ОМС высказывались неоднократно. Их можно свести к трем основным вариантам:

1) объединение ОМС и страхования на случай болезни, материнства и смерти и переход к медико-социальному страхованию;

2) переход к условно-обязательному медицинскому страхованию экономически активного населения;

3) переход к условно-обязательному медицинскому страхованию неработающего населения.

Это позволит за период до 2015 г. сохранить 4 млн. жизней наших сограждан.

Страховые взносы субъекта Российской Федерации на ОМС неработающего населения должны устанавливаться в размере не меньшем, чем размер, обеспечивающий сбалансированность суммы средств из всех источников, предназначенных для финансирования базовой программы ОМС, и ее стоимости. Стоимость базовой программы ОМС в субъекте Российской Федерации должна определяться после утверждения тарифов на оплату медицинских услуг, которые не должны быть меньше величин, рассчитанных в соответствии с методикой определения минимальных тарифов на гарантированную медицинскую помощь, утверждаемой федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим управление здравоохранением, что должно поднять планку требований к ресурсному обеспечению оказания медицинской помощи и на этой основе – преодолеть стремление регионов искусственно занижать размер взносов на ОМС неработающего населения.

За счет средств Федерального фонда ОМС, в том числе субсидий и субвенций из федерального бюджета, должно производиться выравнивание условий финансирования базовой программы ОМС в субъектах Российской Федерации. За счет субсидий из Федерального фонда ОМС финансовые ресурсы ОМС будут перемещаться в пользу регионов, не способных собрать достаточные средства для обеспечения стоимости базовой программы ОМС в силу объективных социально-экономических причин. Размер субсидий рассчитывается с учетом уровней бюджетной обеспеченности субъектов Российской Федерации и устанавливается в составе расходов бюджета Федерального фонда ОМС Российской Федерации.

Страховые медицинские организации должны стать информированными покупателями медицинской помощи в интересах застрахованных. Для этого необходимо существенно изменить правила участия страховщиков в системе обязательного медицинского страхования.

Участие страховых медицинских организаций в системе ОМС необходимо в качестве средства создания в системе здравоохранения субъектов, экономически заинтересованных в защите прав пациентов и в повышении эффективности использования ресурсов системы здравоохранения, достигаемой благодаря конкуренции страховых медицинских организаций друг с другом за застрахованных.

Необходимо ввести систему разделения финансовых рисков между территориальными фондами ОМС и страховщиками: последние будут брать на себя часть рисков, связанных с отклонениями фактических расходов на оказание медицинской помощи застрахованным от плановых. Крайне важно обеспечить реальные возможности участия страховщиков в планировании и проведении организационных мероприятий, направленных на повышение эффективности оказания медицинской помощи населению (участие в разработке программ ОМС, программ структурных преобразований и др.).

Изменение правил участия страховщиков в системе ОМС призвано обеспечить их заинтересованность не только в контроле качества и клинико-экономической обоснованности медицинской помощи, оказываемой застрахованным, но и в планировании и согласовании с медицинскими организациями наиболее рациональных форм оказания медицинской помощи и воздействии на процессы структурных сдвигов в здравоохранении.

Чтобы сделать договорные отношения между страховщиками и медицинскими организациями реальным фактором стимулирования структурных сдвигов, необходимо обеспечить включение в тариф оплаты медицинских услуг всех видов затрат, связанных с их оказанием, включая нормативные расходы на коммунальные услуги и амортизацию оборудования.

Экономическая заинтересованность в оптимизации издержек на оказание медицинской помощи, обусловленная системой разделения рисков между территориальным фондом ОМС и страховщиками, должна дополняться мерами, обеспечивающими реальную возможность страховщиков участвовать в организации и планировании медицинской помощи застрахованным.

Заключение

Согласно официальным документам, медицинское страхование в Российской Федерации – это форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Цель медицинского страхования состоит в том, чтобы гарантировать гражданам РФ при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Различают обязательное и добровольное медицинское страхование.

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.

Основными отличиями обязательного медицинского страхования (ОМС) от государственной системы здравоохранения являются:

– правовое регулирование (государственное здравоохранение регулируется административным правом» а обязательное медицинское страхование – гражданским);

– финансирование (в государственном здравоохранении финансировалось медицинское учреждение, а при обязательном медицинском страховании – медицинская помощь гражданину).

Обязательное медицинское страхование в соответствии с действующим законодательством позволяет исправить недостатки бюджетного финансирования, а именно:

– ликвидировать остаточность финансирования отрасли (так как взносы на ОМС включаются в стоимость продукции и услуг на стадии их производства);

– ввести адекватное финансирование услуг, включенных в программу ОМС;

– изменить принципы финансирования здравоохранения и применить новые способы оплаты труда, стимулирующие у медицинских работников экономическую заинтересованность в оказании медицинской помощи высокого качества и бережное отношение к ресурсам здравоохранения;

– ликвидировать кризис в управлении здравоохранением путем поэтапного изменения функций управления здравоохранением и введения экономических методов в процессе формирования договорных отношений;

– создать отвечающую современным требованиям систему учреждений здравоохранения, обеспечивающих высокую медицинскую и социально-экономическую эффективность их деятельности.

Таким образом, система ОМС является наиболее адекватной формой социально-экономических отношений в здравоохранении в условиях действия рыночных механизмов. Несмотря на то, что медицинская помощь тех или иных видов необходима всем, характер социального риска, которому подвергаются указанные категории населения, существенно различается. Если объектом социального страхования является социальный риск как предполагаемое событие, влекущее изменение материального и (или) социального положения застрахованного лица, то объектом ОМС, как следует из ст. 7 Федерального закона «Об основах обязательного социального страхования», выступает необходимость получения медицинской помощи.

С моей точки зрения, что в значительной мере благодаря созданию системы обязательного медицинского страхования (ОМС), ставшей для лечебных учреждений дополнительным источником финансирования, до сих пор выполняется 41-я статья Конституции, гарантирующая населению бесплатное медицинское обслуживание. В законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определен механизм финансирования лечебных учреждений в условиях зарождавшейся тогда рыночной экономики. Территориальные фонды ОМС перечисляют средства страховым медицинским организациям, которые на основе счетов, выставленных лечебными учреждениями, оплачивают фактически оказанные медицинские услуги. Но при одном непременном условии – страховщики обязаны осуществлять контроль объемов и качества медицинской помощи. Если при плановом хозяйстве финансирование рассчитывалось на число коек и объем выделяемых средств не зависел от количества и качества медицинской помощи, то в системе ОМС поликлиники и больницы свои средства получают в прямой зависимости от количества и качества медицинских услуг, разумеется, чем больше выполнен объем работы при соблюдении качества, тем больше средств перечислит страховая организация.

Спектр предлагаемых услуг в сфере ДМС достаточно широк: от оплаты медицинских услуг в простых больницах до обслуживания VIP-клиентов в элитных медицинских учреждениях. Причем стоимость полиса добровольного медицинского страхования еще не является гарантией качественных медицинских услуг.

Среди добровольных видов страхования малый и средний бизнес наиболее интересует страхование имущества и корпоративные программы ДМС.

По проведенному исследованию проблем и современного состояния рынка добровольного медицинского страхования в Уральском федеральном округе можно сделать следующие выводы.

Основные проблемы и трудности при становлении добровольного медицинского страхования в Уральском федеральном округе это:

1) неразвитость рынка медицинских и страховых услуг;

2) невысокая мотивация граждан в области добровольного медицинского страхования;

3) отсутствие развитых институтов добровольного медицинского страхования.

В Уральском федеральном округе услуг по добровольному медицинскому страхованию оказывают те же страховые организации, которые оказывают услуг по обязательному медицинскому страхованию.

Лицензию на осуществление ДМС имеют 30 страховых компаний, предоставляют услуг ДМС лишь 20 из них.

Большинство страховых компаний развивают добровольное медицинское страхование как одно из направлений деятельности наряду с иными видами личного и имущественного страхования.

Добровольное медстрахование в Уральском регионе осуществляют страховые компании Екатеринбурга и их филиалы, региональные страховые компании и их филиалы и филиалы московских компаний.

Страховые компании оказывают услуги как физическим, так и юридическим лицам. Однако в целом доля физических лиц на рынке ДМС крайне мала – менее 5%.

Главные клиенты страховых компаний по ДМС – крупные и средние юридические лица со штатом сотрудников от 50 человек и выше, что обусловлено налоговыми льготами при начислении ФОТ.

Добровольным медицинским страхованием охвачена лишь небольшая часть компаний, больше всего в торговле и в строительстве, меньше всего в образовании и финансовой сфере.

С юридическими лицами страховые компании работают по депозитным и сервисным договорам. Доля депозитных договоров, как более выгодных для предприятий увеличивается.

Предлагаемые страховщиками программы, по большому счету, идентичны: программа амбулаторного обслуживания, программа стационарного обслуживания, программа экстренного вызова «скорой помощи», программа «семейный врач», программа ведения беременности и родов, а также различные комбинации этих вариантов.

Тарифы у различных компаний разные и зависят от предлагаемых программ ДМС.

Для повышения эффективности добровольного медицинского страхования возможны следующие предложения.

Для увеличения заинтересованности населения в услугах по добровольному страхованию необходимо создание многоуровневой системы медицинского страхования.

Программы ДМС выступают в качестве программ третьего и более высоких уровней. Их предметом могут являться услуги, включенные в программу ОМС второго уровня, соплатежи за такие услуги, а также услуги сверх программы ОМС.

Отсутствие же юридической базы, регулирующей платежи за дополнительные медицинские услуги, приводит сегодня к увеличению потока поступающих в конвертах «теневых» средств. Видим мы и прямое мошенничество как медучреждений, так и связанных с ними страховщиков, стремящихся дважды получить деньги за одну оказанную клиенту услугу – от государства по программе ОМС и из взносов предприятий или физических лиц по программе ДМС.

Рациональное расходование средств в системе здравоохранения возможно лишь при взаимодействии систем ОМС и ДМС. Добровольные страховки должны не подменять собой услуги, заложенные в обязательном страховании, а дополнять их. В сложившейся экономической ситуации программы ДМС следует разрабатывать с учетом условий базовой программы ОМС.

Необходимо четко определить тот минимум бесплатной медицинской помощи гражданам, который финансово был бы обеспечен государственными обязательствами. Все остальные услуги предприятия или индивидуальные клиенты должны докупать «за свой счет». Только так можно реально улучшить качество медицинской помощи работающему населению.

Источником бед системы ОМС страховщики считают неплатежи за неработающих – детей, инвалидов, пенсионеров. За эту категорию граждан, согласно закону, взносы перечисляют соответствующие органы исполнительной власти регионов и муниципальных образований.

Чтобы система ОМС стала эффективной, надо предпринять следующие шаги. Ввести единую по всей России систему с четко прописанным списком оказываемых услуг, едиными стандартами медпомощи и подушевыми нормативами. Организовать для страховых организаций конкурентную среду деятельности, принять меры, чтобы у них появились возможности формировать страховые резервы и доступ непосредственно к плательщикам страховых взносов. Передать в ОМС все операции, финансируемые сейчас через комитеты здравоохранения и фонды соцстраха: профилактику заболеваний, лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, оплату услуг профильных медицинских центров. Позволить клиенту самому выбирать страховую компанию, базовое медучреждение, врача. Разрешить предприятиям за счет объединения отчислений в ОМС и ДМС формировать для своих сотрудников качественную медицинскую защиту. Все эти меры обязательно должны быть отражены в новой версии закона о медицинском страховании, его скорейшая разработка и принятие – среди первоочередных задач государства.

Список источников и литературы:

1. Конституция РФ. – Из-во Правительства РФ. – 2004. – М. – 140 с.
2. Гражданский Кодекс РФ. – ч.II.
3. Налоговый Кодекс РФ. – ч.II, гл. 16,21–25, ст. 205–238.
4. ФЗ РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» от 28.06.1991 г. №1499–1 (в редакции Закона РФ от 02.04.93 г. №4741–1; указа Президента РФ от 24.12.93 г. №2288; Федерального закона от 01.07.94 г. №9-ФЗ).
5. ФЗ РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» №4015–1 от 27.11.92.
6. ФЗ РФ от 19.12.2003 г. №172-ФЗ «О внесении дополнений и изменений в Закон РФ «Об организации страхового дела в РФ».
7. Постановление Правительства Свердловской области от 09.07.2003 г. №411-ПП «О Концепции развития страхования в Свердловской области в 2003–2007 годах» с изменениями от 05.08.2005 г. №623-ПП.
8. Постановление Коллегии Счетной палаты Российской Федерации от 24 декабря 2005 года №18 (301) «О результатах проверки использования государственных средств и федеральной собственности в Министерстве обороны Российской Федерации на медицинское обслуживание, содержание лечебных и лечебно-оздоровительных учреждений, закупку медицинского оборудования и медикаментов, оплату НИОКР» // Бюллетень Счетной палаты Российской Федерации – №9 (57). – 2005.
9. Приказ Минфина России от 19.11.2002 №114н. Положение по бухгалтерскому учету «Учет расчетов по налогу на прибыль» (ПБУ 18/02).
10. «Устав Купеческого Водоходства» от 23 ноября 1781 года. ст. 181.
11. Адамчук А.А. Россия очень нуждается в развитом страховом рынке // Страховое дело. – №1. – 1999.
12. Александров А.П. ДМС открывается для одиночек // Медицина. – №2. – 2006.-с. 47–51.
13. Аналитический обзор состояния и перспектив развития социальной политики государства // Экономика и социология. – №12. – 13 декабря 2005 года.
14. Антропов В.В. Проблемы управления здравоохранением // Медицина. – №4, 2005 г., c. 16–21.
15. Ануфриев С.А. Взаимодействие медицинских учреждений и страховых компаний // Бюллетень агентства «Интерфакс-АФИ». – 2006. – апрель. – М.-14 с.
16. Ахтямов И.П. Технология синхронизации сложных баз данных на примере задачи учета деятельности страховой компании и работы ЛПУ в рамках добровольного медицинского страхования // Сборник статей аспирантов и преподавателей кафедры АСУ. – Московский инженерно-физический институт (МИФИ). – 2005. – №117–450 с.
17. Баринова К.Е. Социально-гигиенический мониторинг в Свердловской области за 2004–2005 гг. // Аналитический отчет. – Екатеринбург. – 2006. – январь. – с. 359.
18. Брезгина Л.П. Две системы страхования: обязательное и добровольное // Эксперт. – №3. – 2006.-c. 125–127.
19. Владова К.Е. Начало «страхового дела» в России // Страхование. – 1 июля 2005 г.
20. Воблый К.Г. Основы экономии страхования // Репринтное издание. – М.: Издательский центр «Анкил», 20055. – 232 с.
21. Вульф Л.В. Социальное страхование, социальное государство, гражданское общество в России: взгляд в XXI век // Человек и труд. – №4. – 2006.
22. Вялков А.И. Управление страхованием в условиях рыночных отношений // Страхование в России – 2003. – №5. – C. 3–4.
23. Габидулин И.А Виды личного страхования // Доклад на II Ялтинском Международном форуме участников страхового рынка, 22–26 сентября. – 2005 года.
24. Гурдис В.В. Доля ДМС в объеме финансирования российского здравоохранения // Эксперт. – 31.01.2003.
25. Даль В.И. Толковый словарь живого великорусского языка. – М., 1980. т. 4, стр. 337.
26. Дмитриев М.Э., Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Соловьева О.Г., Салахутдинова С.К. Создание системы обязательного медико-социального страхования // Здравоохранение, 1998, №4, с. 5–18.
27. Доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в 2007 году [Электронный ресурс] // Режим доступа: http://www.minzdravsoc.ru/docs/mzsr/letters/112
28. Егорова Н.Р. Актуарные расчеты в добровольном медицинском страховании // Страхование.– №10. – 2004.-С. 18.
29. Ефимов Л.С. «Страховое дело в России», Издательство «Русское слово» АСО «Россия», Москва, 1997. стр. 11–26.
30. Ибраев К.М. Даст ли страховой полис абсолютную гарантию на сохранение или восстановление здоровья? // Панорама. – 2005.– №44 ноябрь.
31. Исаева О.С. Применение модели нечеткого вывода для построения агрегированных медико-демографических показателей // Вестник КрасГУ. – 2004. – Вып. 3. – С. 44.
32. Климантова Г.И. Государственная политика в области охраны здоровья // Сборник статей сотрудников отдела социальной политики Информационно-аналитического управления Аппарата Совета Федерации. – М. – 2006. – январь.
33. Коломин Е.В Страхование как экономическая категория // Финансовая газета №35, сентябрь, 1997 г., с. 12.
34. Конкурсная документация на участие в конкурсе по размещению государственного заказа «Добровольное медицинское страхование работников» // Из материалов к проведению Конкурса Пенсионным фондом Российской Федерации. – Санкт-Петербург, 2006.
35. Кораблёв В.Н., Топалов К.П. К проблеме страхования как экономического ресурса общества // Страховое дело.– №3. – 2005 г.
36. Коробецкая Н.А. Организационно-правовые аспекты функционирования страхования // Страховой рынок. – 2005. – №12.
37. Матвеева О.Ю. Характеристика финансовой устойчивости страховых организаций. Методологические аспекты // Доклад на заседании Свердловской риэлтерской палаты. – 21.12.02 г.
38. Матузок И.А. Страхование: тенденции, проблемы, перспективы // Страхование. – 2004. – №1. – С. 19.
39. Матузок И.А., проф. руководитель отдела медико-экономических экспертиз компании «Дентал Менеджмент Групп» «Добровольное медицинское страхование: тенденции, проблемы, перспективы» // Аналитическая газета DMG №2 (6) -2006 г.
40. Морозов О.Н. Менеджмент в страховании // Тезисы докладов конференции «Новые направления в страховании в РФ». – М: 2005.
41. Морозов О.Н., Никольская В.А. Анализ платежеспособности учреждений страхования в условиях рынка // Основы антикризисного управления экономикой. – СПб: 2002. – №18 (412).-С. 23.
42. Носов А. Законный фактор // Эксперт-Урал. – 2008. – №13.
43. Сенчихин М.А. Врачебная тайна раскрыта (медицинская страховка стимулирует работоспособность и продвижение по службе) // Российская газета №210, 21.09.05 г., c. 12.
44. Соколова Н.В. Самовыживание страхового рынка // Страховое дело»№3, 2005 г.
45. Страхование и управление риском: Терминологический словарь. – М.: Наука 2000 г.
46. Ступаченко И.Р. Новая технология продажи медицинских услуг страховым компаниям – аукцион // Бизнес и предпринимательство.– №2. – 2006.-М. – 78–82 с.
47. Суханов Е.Б. Функции медицинского страхования на современном этапе // Финансы. – №10. – 2005.-112 с.
48. Тимаков В.А. Полное физическое и психическое благополучие // 22.12.2004 г., №414.
49. Трусова О.Б. Платежеспособность страховой организации. – М.: Инфра-М, 2002. – №12. – С. 8.
50. Турицин И.И. Экономический аспект страхования // Страхование. – 2005. – №1.
51. Уткин П.И. Финансовый менеджмент в сфере страхования // Экономика страхования. – 2003 – №11.-С. 11.