

**О.И. Русакова  
Е.М. Хитрова  
Н.Н. Абашин  
А.А. Коршунова**

# **Медицинское страхование**

Учебное пособие

Министерство образования и науки Российской Федерации  
Байкальский государственный университет

**О.И. Русакова  
Е.М. Хитрова  
Н.Н. Абашин  
А.А. Коршунова**

# **Медицинское страхование**

Учебное пособие

Иркутск  
Издательство БГУ  
2016

УДК 368.9.06(075.8)  
ББК 65.271.316я7  
Р88

Печатается по решению редакционно-издательского совета  
Байкальского государственного университета

Рецензенты канд. экон. наук, доц. Е.М. Хитрова  
канд. экон. наук, доц. Е.В. Агеева

Русакова О.И.  
Р88 Медицинское страхование [Электронный ресурс] : учеб. пособие /  
О.И. Русакова, Е.М. Хитрова, Н.Н. Абашин, А.А. Коршунова – Иркутск :  
Изд-во БГУ, 2016. – 95 с. – Режим доступа : <http://lib-catalog.isea.ru>.

Исследуются экономические основы становления и развития системы медицинского страхования, а также проблемы функционирования страхового рынка в этом сегменте в рыночных условиях. Дается комплексная характеристика состояния медицинского страхования в России и перспектив его дальнейшего развития.

Для студентов экономических вузов, аспирантов, а также специалистов страховых организаций.

УДК 368.9.06(075.8)  
ББК 65.271.316я7

© Русакова О.И.,  
Хитрова Е.М.,  
Абашин Н.Н.,  
Коршунова А.А, 2016  
© Издательство БГУ, 2016

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	4
1. История развития медицинского страхования в России .....	6
2. Теоретические основы медицинского страхования .....	12
3. Сфера обязательного медицинского страхования в России.....	18
4. Современное состояние системы обязательного медицинского страхования в России.....	37
5. Система добровольного медицинского страхования в России.....	50
6. Современное состояние рынка добровольного медицинского страхования в России.....	61
7. Проблемы и перспективы развития медицинского страхования в России .....	73
Заключение .....	79
Список рекомендуемой литературы.....	81
Глоссарий .....	84

## ВВЕДЕНИЕ

Состояние здоровья человека очень сильно влияет на его жизнедеятельность. Одной из социальных функций государства является предоставление своим гражданам возможности воспользоваться медицинскими услугами в случае необходимости.

На сегодняшний день в здравоохранении многих стран происходят перемены, которые связаны с тем, что даже в экономически развитых странах население не всегда довольно существующей системой здравоохранения.

В мировой экономике обычно выделяют три основные системы финансирования здравоохранения, основанные на преобладающем источнике финансирования: бюджетную, страховую и частную.

Медицинское страхование является неотъемлемой частью жизни во многих странах и ему, как одной из систем, отводится важная роль в большинстве стран мира.

Медицинское страхование в России осуществляется в двух формах обязательной и добровольной.

Система обязательного медицинского страхования в России существует более 20 лет. За этот период достаточно четко проявились как достоинства новой системы финансирования здравоохранения, так и определенные недостатки.

Обязательное медицинское страхование относится к государственному социальному страхованию и гарантирует гражданам равные возможности в получении медицинских услуг, предоставляемых за счет средств обязательного медицинского страхования.

В качестве субъектов и участников обязательного медицинского страхования определены: застрахованные лица, страхователи, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, из них 2 созданы в Крымском федеральном округе.

В 2014 году медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования оказывали 8 460 медицинских организаций (на 235 больше, чем в 2013 году или (2,9 %), 63 страховые медицинские организации (СМО) и их 215 филиалов в 83 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур.

Большинство застрахованных лиц (115,4 млн человек или 79,9 %) застраховано в 13 страховых медицинских организациях и их филиалах, крупнейшими из которых являются группа компаний «Росгосстрах» застраховано 20,8 млн чел., что составляет от общей численности застрахованных (14,5 %), ЗАО МАКС «МАКС – М» застраховано 20,0 млн человек или 13,9 %, СМК ОАО «РОСНО-МС» – 17,3 млн человек (12,1 %).

Добровольное медицинское страхование основано на воле самого гражданина или работодателя и обеспечивает получение дополнительных медицинских услуг сверх территориальных и базовых программ, установленных обязательным медицинским страхованием.

Медицинское страхование является важной социальной составляющей в современном обществе. Однако, несмотря на большое количество изменений и преобразований, в медицинском страховании были и остаются проблемы, которые мешают в полной мере обеспечить население доступной и качественной медицинской помощью.

Основные проблемы ОМС можно свести к следующим:

- отсутствие личной заинтересованности граждан в финансировании ОМС;
- небольшие объемы финансовых средств в расчете на застрахованное лицо;
- отсутствие механизма оценки рисков заболеваний с тяжелыми последствиями;
- существующие диспропорции в развитии отдельных сегментов медицинской помощи и социального обеспечения.

Основным фактором, сдерживающим развитие ДМС в России, являются низкие доходы подавляющей части населения и существенная доля среднего класса, что влечет за собой дефицит массового спроса на коммерческое медицинское страхование.

В этой связи требуется разработка направлений совершенствования финансирования здравоохранения в условиях функционирования рыночной экономики и старения населения, определения сущности и места в нем института ОМС.

## **1. ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

Зарождение элементов социального страхования и страховой медицины в России относится к XVIII – началу XIX веков и связано с развитием финансовых отношений, которые всегда имеют общественный (публичный) перераспределительный характер. В этот период на первых капиталистических предприятиях возникали кассы взаимопомощи. Рабочие за свой счет создавали общества взаимопомощи, которые стали предшественниками больничных касс. В 1827 г. в Санкт-Петербурге появилось первое страховое товарищество в России, которое занималось страхованием от несчастных случаев и страхованием жизни.

Развитие отечественной системы медицинского страхования можно условно разделить на несколько этапов. Следует отметить, что в каждом из этих периодов механизм формирования и использования финансовых ресурсов кардинально изменялся.

I этап: с марта 1861 г. по июнь 1903 г. – зарождение социального страхования. В 1861 г. был принят первый законодательный акт «О вспомогательных товариществах», введивший элементы обязательного страхования в России. В соответствии с этим законом при казенных горных заводах создавались 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 были рабочие, которые уплачивали в кассу установленные взносы (2–3 % от заработной платы). Таким образом, впервые в рамках предприятия организовывались децентрализованные фонды денежных средств, носивших целевой характер. Размер пособий достигал до 3/4 размера заработка. Большое значение вспомогательные кассы получили на Урале и просуществовали даже после Октябрьской революции. Это объясняется высоким уровнем промышленного развития региона и соответственно социального развития, в связи с наличием определенных свобод у рабочего класса, и особенно, у наемных инженерно-технических работников.

В 1866 г. было введено Временное положение Кабинета министров, предусматривающее создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому Положению 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. Однако это Положение не всегда выполнялось, а открывшиеся в 70–80-е гг. 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.

В это же время параллельно с фабрично-заводской медициной развивается система страхования ремесленников и наемных рабочих, что можно охарактеризовать началом формирования общественных финансовых отношений медицинского страхования. Интенсивный рост промышленности в конце XIX в. привел к увеличению числа работников заводов и фабрик. Тяжелые условия труда, низкий

уровень техники безопасности привел к тому, что существенно увеличилось количество несчастных случаев на производстве, все большему числу людей потребовалась помощь в лечении профессиональных заболеваний и соответственно денежных затрат на оплату медицинских услуг. Поэтому последующие законодательные акты XX века были направлены на организацию системы мероприятий для устранения последствий данных неблагоприятных событий, что послужило причиной возникновения медицинского страхования, как страхования от несчастных случаев.

II этап: с июня 1903 г. по июнь 1912 г. – введение финансового механизма обязательного медицинского страхования. Особое значение в становлении обязательного медицинского страхования в России имел Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горно-заводской промышленности», который был принят в 1903 г. Согласно данному Закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве, путем выплаты пособий и пенсий потерпевшим или членам их семей, для чего и создавался специальный денежный фонд посредством действия специального финансового механизма. В общем плане под финансовым механизмом образования и использования целевого денежного фонда следует понимать законодательно установленные правила образования и строго целевого использования финансовых ресурсов соответствующего фонда.

Следует отметить, что указанный нормативный акт был принят в условиях социально-экономического кризиса. Резко стартовавшие рыночные отношения болезненно отразились на положении десятков миллионов людей, не вписывающихся в новые социально-экономические отношения.

Предприниматели стали приспосабливаться к сложившимся условиям. Для решения задач, поставленных вышеназванным законом, стали создаваться первые страховые товарищества, которые были призваны защищать предпринимателей от убытков при выплатах своим работникам. Последние, в свою очередь, отчисляли часть средств в пользу страховых товариществ. Таким образом, произошла модернизация финансового механизма медицинского страхования: в состав участников целевого фонда вошли работодатели.

III этап: с июня 1912 г. по июль 1917 г. – введение финансового механизма обязательного медицинского страхования части работников. 23 июня 1912 г. Государственная Дума приняла четыре страховых закона, которые положили начало страховой медицине в России и попытке выполнения государством социальной функции.

- «О страховании рабочих от несчастных случаев»;
- «О страховании рабочих на случай болезни»;
- «Об учреждении присутствий по делам страхования рабочих»;
- «Об учреждении Совета по делам страхования рабочих».

Организационную основу страховой медицины составляли больничные кассы. Уже к 01.03.1914 г. в России функционировало 2 562 больничные кассы с числом участников 1 902 131 человек, денежные пособия выдали 1 311 касс с числом застрахованных 1 021 588 человек.



В соответствии с Законом для создания самостоятельной больничной кассы на предприятии должно было быть не менее 200 постоянно занятых рабочих. На фабриках и заводах с меньшим числом рабочих предусматривались общие больничные кассы (местные, общегородские, губернские и т.д.)

Управление больничными кассами осуществлялось общим собранием – исполнительным органом, который состоял из представителей рабочих и предпринимателей.

Финансовые ресурсы больничных касс формировались за счет следующих источников:

- взносы рабочих – участников страхования (1–2 % от заработной платы, а при численности участников менее 50 человек – 3 % от заработной платы);
- взносы владельцев предприятий (2/3 от суммы взносов рабочих);
- взносы на страхование материнства (1–2 % от суммы заработка, при этом 40 % взноса уплачивали работодатели, а 60 % – работницы).

Согласно закону «О страховании рабочих на случай болезни» врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничных касс в следующих видах:

- первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях;
- амбулаторное лечение;
- родовспоможение;
- больничное (коечное) лечение с полным содержанием больного.

Таким образом, указанный Закон положил начало организации обязательного социального страхования (в том числе медицинского) и становлению финансового механизма обязательного медицинского страхования. Однако данный финансовый механизм имел существенные недостатки: система страхования распространялась только на тех лиц, которые были заняты на крупных фабрично-заводских, горных, судоходных и железнодорожных предприятиях. Страхование не охватывало рабочих, занятых в строительстве, в сельском хозяйстве, торговле и других отраслях производства, а также прислугу и временных рабочих. К тому же закон распространялся только на европейскую часть России, исключая Сибирь, но включая Дальний Восток. Это следует признать как дискриминацию социальных прав и более жесткую эксплуатацию наемных рабочих и членов их семей, что послужило отставанию, как, в общем социальном развитии в данных регионах, так и, в частности, и системы здравоохранения в них.

В целом социальным страхованием в России было охвачено только 2 % всего населения европейской части России. Из общего числа (13 млн рабочих) страхованию на случай болезни и от несчастных случаев подлежало только 2 млн человек, то есть 15 % всех трудящихся.

IV этап: с июля 1917 г. по октябрь 1917 г. – введение финансового механизма всеобщего обязательного социального и медицинского страхования и выполнение государством социальной функции. После Февральской революции 1917 г. к власти пришло Временное правительство, которое с первых шагов своей деятельности начало реформы в области обязательного медицинского

страхования (Новелла от 25.07.1917 г.), включающие следующие основные концептуальные положения:

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

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

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

- полное самоуправление больничных касс работающими, без участия предпринимателей. Временным правительством были приняты четыре законодательных акта по социальному страхованию, в которых серьезно пересматривались и исправлялись многие недостатки Закона, принятого III Государственной Думой в 1912 г.

V этап: с октября 1917 г. по ноябрь 1921 г. – введение обязательного социального (в том числе медицинского страхования) по жестким административным и финансовым контролем Правительством РСФСР. После октябрьской революции реформа социального страхования началась с принятия Декларации Народного Комиссариата труда 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.

В феврале 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 упраздняялась. 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.

VI этап: с ноября 1921 по 1929 г. С 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 гг. В ноябре 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.

VII этап: с 1929 года 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. В 80-е годы в нашей стране сложился своеобразный кризис здравоохранения, который подтверждается следующими фактами:

1. Кризис здоровья: если еще 20 лет назад группа здоровых составляла приблизительно 30 % от общего числа населения, то теперь не более 20 %. Более 25 % населения ежегодно госпитализируется в больницы, из каждых 100 родившихся 11 имеют дефекты физического и психического состояния. Снизилась средняя продолжительность жизни.

2. Кризис финансирования: если в начале 70-х расходы на здравоохранение составляли около 10 % от ВВП, то в этот период они составили менее 3 % от ВВП.

3. Кризис материально-технической базы.

4. Кризис кадров.

Принятое в 1989 г. «Положение о новом хозяйственном механизме в здравоохранении» было направлено на преодоление всех этих негативных моментов. Согласно этому документу предполагалось, что по мере готовности ЛПУ перейдут на новые условия хозяйствования в 1990–1991 гг. В этом положении были

определены общие принципы и формы работы ЛПУ на основе применения экономических методов управления и перехода преимущественно к территориальному принципу управления здравоохранением. Необходимо отметить, что концепция, заложенная в этом документе, в существенной мере копировала экономические решения относительно других отраслей экономики страны, и в малой степени учитывала специфику здравоохранения.

VIII этап: с июня 1991 г. по ноябрь 2010 г. С принятием Закона РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» 28 июня 1991 г. можно уже говорить о новом этапе в развитии и дальнейшем продвижении социально значимой идеи обязательного медицинского страхования в нашей стране. Предпосылки:

1. Недостаточность финансирования здравоохранения
2. Бесплатная бюджетная медицина автоматически увеличила обращаемость за медицинской помощью (на 60 %).
3. Параллельно с увеличением обращаемость увеличилось количество врачей, объем проводимых исследований и росло число медицинских услуг. Одновременно с ростом количественных показателей падали качественные показатели.
4. Бюджетная система здравоохранения, вводя новый метод, вынуждена была отказываться от чего-то в рамках жесткого финансирования.

IX этап: с ноября 2010 г. по настоящее время. Принят закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ. Закон № 326-ФЗ призван устранить перечисленные прорехи в законодательстве, усовершенствовать законодательное регулирование правоотношений в системе ОМС. Закон закрепил:

– осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые соответствуют территориальной программе ОМС и договору на оказание медицинской помощи по ОМС.

– создание условий для организации единого информационного пространства в рамках системы ОМС, в его основе которого лежит ведение персонализированного учета;

– финансовое обеспечение программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации за счет бюджета ФФОМС и др.

## 2. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Личное страхование подразделяется в зависимости от *объема и характера жизненных интересов страхователей* (застрахованных лиц) на три подотрасли:

- страхование жизни;
- страхование от несчастных случаев;
- медицинское страхование.

В соответствии с отраслевой классификацией страховых отношений, (основополагающим критерием является *объект страхования*), медицинское страхование также является подотраслью личного страхования, где объектом страхования являются жизнь, здоровье и трудоспособность граждан, т.е. категории невещественные, неосязаемые, не имеющие точной стоимостной оценки (жизнь бесценна и наивысшее благо для человека).

Выделение медицинского страхования в подотрасль личного страхования закреплено Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ».

Подотрасль медицинского страхования отражает характер поддержания жизненного уровня страхователей на должном уровне и обеспечение здоровья на длительный период за счет осуществления определенных финансовых затрат.



Рис. 1. Соподчиненность звеньев классификации в личном страховании по российскому законодательству

Исходя из *форм организации страховых отношений*, медицинское страхование можно отнести к социальному страхованию, с выделением обязательного медицинского страхования, как вида медицинского страхования, проводимого в

обязательной форме и добровольного медицинского страхования – как вида медицинского страхования, проводимого в добровольной форме.



Рис. 2. Классификация форм организации страховых отношений

При этом обязательное медицинское страхование отнесено к обязательному социальному страхованию согласно Закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Добровольное медицинское страхование согласно Закона «Об организации страхового дела в РФ» выделено как вид личного страхования наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев и болезней.

Другим критерием (признаком) разделения страховых отношений в медицинском страховании на отдельные виды страхования служит «*вид медицинских рисков и расходы на поддержание здоровья*». Перечень видов медицинского страхования следующий:

- страхование на случай болезни;
- страхование медицинских расходов в стационаре;
- страхование на случай хирургических операций;
- страхование стоматологических расходов;
- страхование медицинских расходов при поездке за границу;
- страхование на случай вызова скорой помощи;
- страхование расходов по уходу за больными людьми;
- страхование «Врач офиса»;
- и другие виды.

Таким образом, системы добровольного и обязательного медицинского страхования преследуют одну и ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи на основе страхового механизма финан-

сирования. При этом общая цель достигается двумя системами разными средствами, что обуславливает существенные их различия по содержанию, характеру страховых отношений, формам страхового покрытия и ценообразованию.

Медицинское страхование представляет собой форму социальной защиты интересов населения по охране здоровья, что заключается в проведении комплекса мероприятий по формированию финансовых средств за счет денежных взносов предприятий, организаций, администрации территории соответствующего уровня, а также личных средств граждан с целью оплаты медицинской помощи застрахованным гражданам.

Правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования определены Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ» от 24.11.2010 г. № 326-ФЗ, Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ» от 27.11.1992 г. № 4015-1, Гражданским кодексом РФ, а также нормативно-методическими документами органа контроля за страховой деятельностью (Банк России) и другими ведомственными актами.

Согласно закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации» объектами медицинского страхования являются имущественные интересы, связанные с оплатой организации и оказания медицинской и лекарственной помощи (медицинских услуг) и иных услуг вследствие расстройства здоровья физического лица или состояния физического лица, требующих организации и оказания таких услуг, а также проведения профилактических мероприятий, снижающих степень опасных для жизни или здоровья физического лица угроз и (или) устраняющих их (медицинское страхование).

Целевая направленность медицинского страхования вытекает из государственной политики достижения высокого уровня здоровья населения посредством осуществления мер превентивного характера – профилактики, с целью предотвращения заболеваемости и мер по поддержанию здоровья.

В связи с этим основополагающим принципом осуществления медицинского страхования следует считать принцип страхования здоровья, а объектом страхования – здоровье граждан, материализуемое в денежных, имущественных их затратах на медицинскую помощь с целью предотвращения заболеваемости, восстановления и поддержания здоровья.

Таким образом, общественное назначение медицинского страхования, как социального института, реализуется через функции:

– репрессивную, которая проявляется при передаче рисков, связанных с жизнедеятельностью человека и угрожающих его жизни и здоровью, страховым организациям и при обеспечении финансовой компенсации затрат на восстановление и поддержание здоровья;

– предупредительную, которая выражает экономическую заинтересованность всех участников страховых отношений в предупреждении рисков обстоятельств, связанных с причинением вреда здоровью и проявляется в осуществлении профилактических мероприятий по уменьшению вероятности заболеваний.

Особенностями медицинского страхования являются:

1. Выплата страхового возмещения осуществляется в виде услуги;

2. В медицинском страховании не происходит возмещение материального ущерба и не оказывается денежная помощь гражданам, а оплачиваются оказанные им услуги;

3. Отсутствие дифференциации при предоставлении медицинских услуг.

Медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Каждая из этих двух форм имеет общие черты и свои особенности: порядок проведения, организационно-правовые и экономические принципы, финансовый механизм реализации.

Таблица 1

Принципиальные отличия обязательной и добровольной форм медицинского страхования

№ п/п	Обязательная форма (ОМС)	Добровольная форма (ДМС)
1	Публичность страховых отношений	Конфиденциальность страховых отношений
2	Сплошной охват объектов страхования	Выборочный охват объектов страхования
3	Бессрочность	Ограничение срока
4	Унифицированность набора страховых услуг	Разнообразие страховых услуг
5	Автоматичность действия страхования	–
6	Тарификация по минимальной ставке	Тарификация в соответствии с рыночным спросом
7	Обязательность возмещения ущерба	–
8	Нормирование страховых выплат	Дифференциация страховых выплат

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования можно представить в следующем виде:

– Основная цель:

ОМС – обеспечение населения гарантированными объемами и условиями оказания медицинской помощи.	ДМС – дополнение медицинской помощи, как правило, сверх социально гарантированных объемов, предоставляемой в рамках ДМС.
--	--

– Задачи страхования:

ОМС – социальные.	ДМС – социальные и коммерческие.
-------------------	----------------------------------

– Вид страхования (по отраслевой классификации):

ОМС – государственное социальное.	ДМС – коммерческое, по законодательству РФ – один из видов личного страхования.
-----------------------------------	---

– Круг (охват) страхователей (застрахованных):

ОМС – всеобщий или массовый.	ДМС – ограниченный (коллективное или индивидуальное).
------------------------------	---

– Инструменты правового регулирования:



ОМС – осуществляется в соответствии с федеральным законом № 326 «Об обязательном медицинском страховании в РФ», законом № 212 «О страховых взносах в пенсионный фонд, фонд социального страхования, федеральный фонд ОМС». № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ».	ДМС – осуществляется в соответствии с Гражданским кодексом РФ – глава 27, 28, 48, законом № 4015-1 «Об организации страхового дела в РФ».
--	---

– Правила и условия страхования определяются:

ОМС – государством, территориальной программой ОМС.	ДМС – страховыми компаниями по согласованию с органом по надзору за страховой деятельностью, договором между страховщиком и страхователем.
---	--

– Страховщики:

ОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования.	ДМС – страховые медицинские организации, коммерческие страховые организации.
--	--

– Страхователи:

ОМС – работодатели, государство (органы исполнительной власти субъектов).	ДМС – юридические лица (работодатели), физические лица (граждане).
---	--

– Источник финансирования:

ОМС – взносы работодателей (в составе страхового взноса), средства бюджета (бюджета РФ, бюджетов субъектов РФ).	ДМС – личные доходы граждан, прибыль работодателей.
---	---

– Система контроля качества медицинских услуг:

ОМС – определяется компетентным органом государственной власти.	ДМС – устанавливается договором страхования.
---	--

– Объем страхового покрытия:

ОМС – гарантирует стандартный минимальный объем услуг, при этом программа утверждается компетентным органом власти (в соответствии с законодательством).	ДМС – программа страхования и объем услуг устанавливается правилами страхования и договором страхования.
--	--

– Использование доходов:

ОМС – только на цели ОМС.	ДМС – для любой коммерческой и некоммерческой деятельности.
---------------------------	---

– Возможности сочетания с другими видами страхования:

ОМС – с ДМС.	ДМС – с ОМС и с другими видами страхования.
--------------	---

Рассмотрим современную систему обязательного медицинского страхования в России.

### **3. СФЕРА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

Сфера обязательного медицинского страхования в настоящее время регулируется в основном законом № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». До принятия Закона № 326-ФЗ правовые, экономические и организационные основы обязательного медицинского страхования населения в Российской Федерации были закреплены законом РФ от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Этим Законом право выбора страховой медицинской организации было одновременно закреплено за страхователем и гражданином, что фактически устраняло граждан от участия в таком выборе. За работающих граждан такой выбор делали работодатели, а за неработающих – региональные и местные органы власти.

Нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования, распространялись на работающих граждан с момента заключения с ними трудовых договоров. Согласно Закону № 1499-1 страхователь был обязан:

- заключать договор ОМС со страховой медицинской организацией;
- вносить страховые взносы в порядке, установленном этим Законом и договором медицинского страхования.

Оформлением полисов ОМС в основном занимались кадровые работники или другие сотрудники, назначенные приказом руководителя. При прекращении трудовых отношений работник обязан был сдать выданный ему страховой медицинский полис.

Обязательное страхование неработающего населения законодательством возлагалось на муниципальные власти и органы власти субъектов РФ. Как правило, платежи на ОМС в этом случае должны были осуществляться за счет средств местных бюджетов, а расходы на указанные цели были предусмотрены в бюджетах субъектов РФ. Но конкретные требования к размеру страховых взносов на ОМС неработающих граждан со стороны органов государственной власти субъектов РФ не были предусмотрены прежним законодательством. Это приводило к существенному различию финансового обеспечения оказания медицинской помощи и, как следствие, снижало доступность, качество и объем медицинской помощи, оказываемой гражданам в различных регионах.

Необходимо отметить, что отсутствовали требования и об оплате медицинских услуг в сфере ОМС по полному тарифу. Прежде тариф на медицинскую помощь по базовой программе ОМС включал лишь расходы на оплату труда с обязательными отчислениями, на приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов и прочие расходы. Например, на 2010 г. подушевой норматив финансового обеспечения базовой программы за счет средств ОМС был установлен в сумме 4 059,6 р.

Не был четко определен и правовой статус Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС) как субъектов системы ОМС.

В прежнем Законе не было положений о единой базе данных застрахованных лиц в Российской Федерации. Это, в свою очередь, создавало трудности в предоставлении медицинской помощи за пределами региона, в котором был застрахован гражданин.

Отсутствовали нормы, раскрывающие права страховых медицинских организаций по контролю объемов, сроков и качества медицинской помощи.

В целом структура управления системой ОМС была несовершенна.

Закон № 326-ФЗ призван устранить перечисленные прорехи в законодательстве, усовершенствовать законодательное регулирование правоотношений в сфере ОМС.

Центром сферы ОМС законодатель определил человека. Его права и свободы являются высшей ценностью. А в обязанности государства входит признание, соблюдение и защита прав и свобод человека и гражданина (ст. 2 Конституции РФ).

К числу конституционно защищаемых ценностей относится и право каждого на охрану здоровья и медицинскую помощь. Это неотъемлемое и неотчуждаемое благо, принадлежащее человеку от рождения, которое охраняется государством. При этом медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений (ч. 1 ст. 41 Конституции РФ).

Основные положения Закона № 326-ФЗ соответствуют Федеральному закону от 16.07.1999 г. № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (закон № 165-ФЗ).

Закон № 326-ФЗ определяет:

- правовые основы ОМС и основные принципы его осуществления (ст. 2, 4);
- полномочия Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и их органов государственной власти в сфере ОМС (ст. 5–8);
- субъекты и участников ОМС (ст. 9–15);
- права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховщиков и медицинских организаций (ст. 16–20).

Отдельные главы Закона посвящены:

- финансовому обеспечению ОМС (источникам формирования средств ОМС) (гл. 5);
- правовому статусу федерального и территориального фондов ОМС (гл. 6);
- видам медицинской помощи и способам ее оплаты в рамках базовой и территориальных программ ОМС (гл. 7);
- вопросам договорных отношений в сфере ОМС (гл. 8).

Закон № 326-ФЗ закрепил осуществление контроля объемов, сроков и качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам медицинскими организациями в объеме и на условиях, которые соответствуют территориальной программе ОМС и договору на оказание медицинской помощи по ОМС. Контроль должен осуществляться путем проведения медико-экономиче-

ского контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи. Определены порядок и механизм их проведения. Предусмотрены контрольные функции со стороны фондов ОМС в целях обеспечения защиты интересов застрахованных лиц (гл. 9).

Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» предусматривает условия для организации единого информационного пространства в рамках сферы ОМС, в основе которой лежит ведение персонифицированного учета.

Персонифицированный учет предполагает:

1. Введение полиса единого образца, не требующего замены при смене страховой медицинской организации и действующего на всей территории РФ.
2. Ведение единого регистра застрахованных лиц в Российской Федерации.
3. Персонификацию объемов оказанной медицинской помощи, расходов на ее оказание за счет средств ОМС, а также результатов контроля объемов и экспертизы качества медицинской помощи.
4. Обоснованное прогнозирование потребности в объемах медицинской помощи в целях формирования и экономического обоснования программ ОМС.

Согласно положениям закона № 326-ФЗ обязательное медицинское страхование – это вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной и базовой программы обязательного медицинского страхования. Сфера обязательного медицинского страхования является одной из важных составляющих охраны здоровья населения и получения необходимых медицинских услуг в случае заболевания.

Объектом ОМС является страховой риск, связанный с возникновением страхового случая. Под страховым случаем понимается свершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение.

В России организация и осуществление ОМС относится к полномочиям государства. Это означает, что определение основных принципов организации ОМС, установление тарифов страховых взносов, создание специальных государственных фондов для их аккумуляции осуществляется государством в лице законодательных и исполнительных органов. А также необходимо отметить, что ОМС в Российской Федерации носит всеобщий характер, то есть охватывает все население без исключения.

Главной целью ОМС является аккумулирование и капитализация страховых взносов и предоставление медицинских услуг всем гражданам за счет средств ОМС на установленных законодательством условиях и в гарантированных размерах. Исходя из этого, сферу ОМС необходимо рассматривать с двух сторон. Во-первых, ОМС является частью государственной системы социальной защиты населения наравне с социальным страхованием. В то же время, ОМС

является способом обеспечения системы здравоохранения дополнительными денежными средствами помимо средств, выделяемых из бюджета. В этом и состоит экономическая сущность ОМС. В Российской Федерации в программу ОМС входит только медицинское обслуживание граждан, тогда как компенсация потерянного во время болезни заработка относится к системе социального страхования.

Реализация обязательного медицинского страхования основывается на следующих принципах:

1) обеспечение гарантий бесплатного предоставления медицинской помощи застрахованному лицу при наступлении страхового случая за счет средств обязательного медицинского страхования;

2) устойчивость финансовой системы обязательного медицинского страхования, обеспечиваемая на основе эквивалентности страхового обеспечения средствами обязательного медицинского страхования;

3) страхователи в обязательном порядке должны оплачивать страховые взносы в размерах, установленных законодательством;

4) наличие гарантии государства соблюдать права застрахованных лиц об исполнении обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика;

5) создание условий для доступной и качественной медицинской помощи, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования;

б) паритетность представительства субъектов и участников обязательного медицинского страхования в органах управления обязательного медицинского страхования.

Согласно положениям федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в сфере обязательного медицинского страхования в России взаимодействуют три самостоятельных субъекта: страховщик, страхователь, застрахованный. К участникам обязательного медицинского страхования относятся территориальные фонды, страховые медицинские организации, медицинские организации.

Взаимоотношения между субъектами обязательного медицинского страхования осуществляются в соответствии с федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в РФ». Участники ОМС выполняют свои обязательства в соответствии с договорами.

Рассмотрим подробнее субъекты обязательного медицинского страхования, их права и обязанности.

Застрахованными лицами являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства, а также лица, которые имеют право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах» (объекты страхования).

К категории работающих граждан относятся:

1) работающие по трудовому договору, в том числе руководители организаций, являющиеся единственными участниками (учредителями), членами организаций, собственниками их имущества, или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, по договору

авторского заказа, а также авторы произведений, получающие выплаты и иные вознаграждения по договорам об отчуждении исключительного права на произведения науки, литературы, искусства, издательским лицензионным договором, лицензионным договором о предоставлении права использования произведения науки, литературы, искусства;

2) самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты, арбитражные управляющие);

3) являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;

4) являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;

К категории неработающих граждан:

1) дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;

2) неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;

3) граждане, обучающиеся по очной форме обучения в профессиональных образовательных организациях и образовательных организациях высшего образования;

4) безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;

5) один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;

6) трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;

7) иные не работающие по трудовому договору и не указанные в подпунктах выше граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Главным подтверждением возможности получения медицинской помощи по ОМС является полис обязательного медицинского страхования. Такой полис должен иметь каждый застрахованный при обращении за медицинской помощью. Страховой медицинский полис (полис ОМС) представляет собой документ, гарантирующий получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования, как на территории всей Российской Федерации, так и на территориях других государств, с которыми Российская Федерация заключила соглашение о медицинском страховании граждан.

Обращаясь в медицинскую организацию, застрахованный обязан предъявить полис и документ, удостоверяющий его личность. Получить полис может каждый гражданин по месту своего проживания, либо там, где он нуждается в получении медицинской помощи, независимо от места регистрации.

Если страховой полис отсутствует, медицинская организация обязана уведомить об этом страховую медицинскую организацию или территориальный фонд ОМС, которые обязаны, в свою очередь, установить страховую принадлежность гражданина и предоставить требующуюся помощь, но отказать в предоставлении медицинской помощи медицинская организация не имеет право.

В соответствии с Законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» граждане Российской Федерации имеют право на:

1. ОМС и ДМС.
2. Выбор страховой медицинской организации.
3. Выбор медицинской организации.
4. Получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства.
5. Получение медицинских услуг, в объеме и качестве, соответствующих условиям программы государственных гарантий, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса.
6. Предъявление иска страхователю, СМО, медицинской организации, в том числе на материальное возмещение за причиненный по их вине ущерб.
7. Получение медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая.
8. Выбор врача.
9. Получение достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи со стороны территориального фонда, СМО и медицинских организаций.
10. Защиту персональных данных, необходимых для ведения индивидуального учета в сфере ОМС.

11. Возмещение страховой медицинской организацией материального ущерба, который был причинен в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи.

12. Защиту прав и законных интересов в сфере ОМС.

При нарушении прав застрахованного в части получения медицинских услуг, он может обратиться к администрации медицинской организации: заведующему отделением или главному врачу. В случае если вопрос не был разрешен в медицинской организации, пациент или его родственник вправе обратиться в страховую медицинскую организацию в отдел защиты прав застрахованных лиц.

Помимо прав застрахованные лица имеют определенные обязанности, а именно:

1. При обращении за медицинской помощью предъявлять полис ОМС, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи.
2. Подать в медицинскую организацию заявление о выборе страховой медицинской организации.
3. В случае изменения своих данных, предоставить новые данные в страховую медицинскую организацию.
4. Выбрать страховую медицинскую организацию по новому месту жительства.

Необходимо отметить, что на территории Российской Федерации лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в сфере медицинского страхования, как и граждане Российской Федерации.



Следующими субъектами ОМС выступают страхователи. Субъектом является сторона, которая страхует свое здоровье или здоровье своих работников. Страхователями в обязательном медицинском страховании выступают:

1. Для работающего населения – предприятия, учреждения, организации всех форм собственности, лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью и другие лица, самостоятельно обеспечивающие себя работой. В случае расторжения трудовых договоров, обязанности страхователей по обязательному медицинскому страхованию прекращаются и переходят к другим страхователям.

2. Для неработающего населения (дети, учащиеся и студенты дневных форм обучения, пенсионеры, инвалиды, зарегистрированные в установленном порядке безработные) – органы исполнительной власти субъектов РФ, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов РФ.

Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

В обязанности страхователей входит:

1) регистрироваться и сниматься с регистрационного учета в целях обязательного медицинского страхования;

2) производить вовремя и в полном объеме уплату страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

3) страхователи неработающего населения обязаны представлять в территориальные фонды расчеты по начисленным и уплаченным страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей осуществляются на основании документов, представленных ими на бумажном или электронном носителе.

Правила постановки на учет отдельных категорий страхователей и уплаты ими страховых взносов на обязательное медицинское страхование устанавливаются Правительством Российской Федерации.

Далее перейдем к рассмотрению функций и полномочий Федерального Фонда обязательного медицинского страхования.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее ФФОМС) является страховщиком по обязательному медицинскому страхованию и представляет собой некоммерческую организацию, созданную Российской Федерацией в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ для реализации государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования.

ФФОМС является первым уровнем страхования в системе ОМС, который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС.

Деятельность Федерального фонда ОМС подотчетна Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет об его исполнении утверждается Государственной Думой. Управление деятельностью фонда осуществляется Правлением, в состав которого входят представители федеральных органов законодательной и исполнительной власти, общественных организаций, его состав утвержда-

ется органами исполнительной власти, а также действующей исполнительной дирекцией. Федеральный фонд ОМС является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, обособленное имущество, счета в учреждениях Центрального банка Российской Федерации и других кредитных организациях, печать со своим наименованием, штампы и бланки установленного образца.

Финансовые средства Федерального фонда ОМС являются государственной собственностью Российской Федерации и не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат.

Для выполнения поставленных перед ним задач Федеральный фонд ОМС наделен определенными функциями, и наиболее значимые из них это:

- участие в разработке программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи;
- сбор и управление средствами ОМС, формирование и использование резервов, необходимых для обеспечения финансовой устойчивости ОМС;
- принятие из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты страховых взносов на ОМС, необходимой информации для осуществления ОМС;
- начисление и взимание недоимки по страховым взносам со страхователей для неработающих граждан;
- установление форм отчетности и учета;
- издание нормативно-правовых актов и методических указаний;
- установление контроля за соблюдением субъектами и участниками ОМС законодательства об ОМС и за использованием ими средств ОМС, в том числе проведение ревизий и проверок;
- определение общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия;
- ведение единого реестра страховых медицинских организаций, медицинских организаций, экспертов качества медицинской помощи и регистр застрахованных лиц;
- проведение проверки достоверности информации, предоставленной субъектами и участниками, обработка данных персонифицированного учета и др.

Финансовые средства ФФОМСа формируются за счет следующих источников:

- страховые взносы на ОМС;
- недоимки по взносам, налоговым платежам;
- начисленные пени и штрафы;
- средства федерального бюджета;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- иные источники.

Расходными обязательствами данного фонда являются предоставление субвенций территориальным фондам ОМС, а также финансирование реализации программ, разработанных в результате принятия федеральных законов, нормативно-правовых актов Президента РФ и Правительства РФ в сфере охраны здоровья граждан, обеспечение функций органа управления федерального фонда ОМС.

Территориальные фонды ОМС осуществляют отдельные полномочия страховщика в части реализации территориальных программ обязательного медицинского страхования в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования. А также данные фонды осуществляют полномочия страховщика в части установленных территориальными программами обязательного медицинского страхования дополнительных объемов страхового обеспечения по страховым случаям, установленным базовой программой обязательного медицинского страхования, а также дополнительных оснований, перечней страховых случаев, видов и условий оказания медицинской помощи в дополнение к установленным базовой программой обязательного медицинского страхования.

Для выполнения своих полномочий территориальные фонды вправе создавать филиалы и представительства в городах и районах.

Доходы бюджетов территориальных фондов формируются за счет следующих источников:

- субвенции Федерального фонда ОМС;
- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета федерального фонда ОМС;
- платежи субъектов РФ на дополнительное финансовое обеспечение реализации территориальной программы ОМС в пределах базовой программы;
- платежи субъектов РФ на финансовое обеспечение дополнительных видов и условий оказания медицинской помощи сверх базовой программы;
- доходы от размещения временно свободных средств;
- межбюджетные трансферты, передаваемые из бюджета субъекта РФ;
- начисленные пени и штрафы;
- иные источники.

Необходимо отметить, что субвенции из бюджета Федерального фонда ОМС бюджетам территориальных фондов предоставляются в объеме, предусмотренном федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год и плановый период. Общий объем субвенций, предоставляемых бюджетам территориальных фондов, определяется исходя из численности застрахованных лиц, норматива финансового обеспечения, базовой программы ОМС и других показателей.

Субвенции предоставляются при условии соответствия объема бюджетных ассигнований на обязательное медицинское страхование, утвержденного законом о бюджете РФ, размеру страхового взноса на ОМС неработающего населения.

Расходы бюджета фонда осуществляются по следующим направлениям:

- выполнение территориальных программ ОМС;
- исполнение расходных обязательств субъекта РФ, возникающих при осуществлении органами государственной власти субъектов РФ переданных полномочий Российской Федерацией;
- исполнение расходных обязательств субъектов РФ, возникающих в результате принятия законодательных актов субъектами РФ;
- ведение дела по обязательному медицинскому страхованию страховыми медицинскими организациями;

– осуществление функций органа управления территориального фонда ОМС.

В составе бюджета территориального фонда формируется нормированный страховой запас, который необходим для обеспечения финансовой устойчивости обязательного медицинского страхования.

Размер и цели использования средств нормированного страхового запаса устанавливаются законом о бюджете территориального фонда. Размер средств нормированного страхового запаса не должен превышать среднемесячный размер планируемых поступлений средств территориального фонда на очередной год на финансовое обеспечение территориальной программы обязательного медицинского страхования. Средства нормированного страхового запаса учитываются на счете по учету средств обязательного медицинского страхования. Объем этих средств включается в общий объем средств финансового обеспечения.

Средства нормированного страхового запаса используются на следующие цели:

1. Финансовое обеспечение реализации территориальных программ ОМС в форме дополнительного финансирования страховых медицинских организаций;

2. Расчеты за медицинскую помощь, которая была оказана застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в части:

а) возмещения другим территориальным фондам затрат по оплате стоимости медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;

б) оплаты стоимости медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями субъекта Российской Федерации лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, с последующим возвратом средств в состав нормированного страхового запаса по мере возмещения затрат другими территориальными фондами.

Далее рассмотрим третий уровень ОМС. Так он представлен страховыми медицинскими организациями. Они осуществляют отдельные полномочия страховщика в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, который заключается между страховой медицинской организацией и территориальным фондом.

Под страховой медицинской организацией, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, понимается страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке. Особенности лицензирования деятельности страховых медицинских организаций установлены законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» № 4015-1, а также Постановлением Правительства Российской Федерации № 1227.

Страховыми медицинскими организациями могут выступать юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами в любой форме собственности, имеющие необходимую для осуществления обязательного медицинского страхования величину уставного капитала в размере 60 млн руб.

Именно страховые медицинские организации получают финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по подушевым нормативам в зависимости от количества и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, представляемых застрахованным гражданам в рамках территориальной программы. При отсутствии на определенной территории страховых медицинских организаций филиалам территориальных фондов разрешается осуществлять полномочия страховых медицинских организаций, а именно вести расчеты с медицинскими учреждениями.

Страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования.

В состав учредителей (участников, акционеров) и органов управления СМО не вправе входить работники федеральных органов исполнительной власти в сфере здравоохранения, органов исполнительной власти субъектов РФ в сфере здравоохранения, органов местного самоуправления, уполномоченных на осуществление управления в сфере здравоохранения, Федерального фонда и территориальных фондов, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по ОМС.

Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

Страховые медицинские организации вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом учет финансовых средств по обязательному и добровольному медицинскому страхованию ведется раздельно. Страховые медицинские организации не имеют право использовать средства ОМС в коммерческих целях.

В настоящее время страховые медицинские организации не осуществляют формирование страховых резервов и имеют в своем распоряжении только целевые и собственные средства.

Порядок формирования собственных средств страховой медицинской организации определяется договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи и поступающие в страховую медицинскую организацию, являются средствами целевого финансирования.

Целевые средства страховой медицинской организации формируются за счет:

1) средств, поступивших от территориального фонда на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования в соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

2) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи:

а) 50 процентов средств по результатам проведения медико-экономического контроля;

б) 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

в) 50 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

г) 50 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

3) средств, поступивших от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в части сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Собственными средствами страховой медицинской организации в сфере обязательного медицинского страхования являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по обязательному медицинскому страхованию;

2) 15 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи;

3) 15 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы;

4) 25 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;

5) 10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов;

б) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи.

Страховые медицинские организации ведут отдельный учет собственных средств и средств обязательного медицинского страхования, предназначенных для оплаты медицинской помощи.

Операции со средствами обязательного медицинского страхования в страховой медицинской организации подлежат отражению в отчете об исполнении бюджета территориального фонда на основании отчетности страховой медицинской организации без внесения изменений в закон о бюджете территориального фонда.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) оформление, переоформление, выдача полиса обязательного медицинского страхования;

2) ведение учета застрахованных лиц, выданных им полисов обязательного медицинского страхования, а также обеспечение учета и сохранности сведений, поступающих от медицинских организаций в соответствии с порядком ведения персонафицированного учета, установленным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

3) представление в территориальный фонд заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи и оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;

4) использование полученных по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования средств по целевому назначению;

5) возвращение остатка целевых средств после расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования, в территориальный фонд в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленным правилами обязательного медицинского страхования;

6) заключение с медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию;

7) сбор, обработка данных персонафицированного учета сведений о застрахованных лицах и персонафицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, обеспечение их сохранности и конфиденциальности, осуществление обмена указанными сведениями между субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского страхования;

8) информирование застрахованных лиц о видах, качестве и об условиях предоставления им медицинской помощи медицинскими организациями, о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи, об их праве на выбор медицинской организации, о необходимости обращения за получением полиса обязательного медицинского страхования, а также об обязанностях застрахованных лиц;

9) представление в территориальный фонд ежедневно (в случае наличия) данных о новых застрахованных лицах и сведений об изменении данных о ранее застрахованных лицах, а также ежемесячно до 20-го числа месяца, следующего

за отчетным, отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи, о деятельности по защите прав застрахованных лиц и иной отчетности в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

10) осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях, включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля;

11) раскрытие информации о своей деятельности;

12) осуществление рассмотрения обращений и жалоб граждан, осуществление деятельности по защите прав и законных интересов застрахованных лиц в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

13) несение в соответствии с законодательством Российской Федерации ответственности за ненадлежащее исполнение предусмотренных настоящим Федеральным законом условий договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

14) возвращение территориальному фонду при прекращении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования целевых средств, не использованных по целевому назначению, в течение 10 рабочих дней с даты прекращения указанного договора;

15) выполнение иных обязанностей.

В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования содержатся положения, предусматривающие следующие права страховой медицинской организации:

1) принятие участия в формировании территориальной программы обязательного медицинского страхования и в распределении объемов предоставления медицинской помощи посредством участия в комиссии, создаваемой в субъекте Российской Федерации;

2) участие в согласовании тарифов на оплату медицинской помощи;

3) изучение мнения застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи;

4) получение вознаграждения за выполнение условий, предусмотренных договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования;

5) привлечение экспертов качества медицинской помощи, требования к которым предусмотрены законом;

6) осуществление прав.

В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, кото-



рые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

2) проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом;

3) организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности.

Участниками ОМС являются также медицинские организации.

К медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования:

1) организации любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации;

2) индивидуальные предприниматели, которые осуществляют медицинскую деятельность.

Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и оказывает медицинскую помощь застрахованному лицу в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования. Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями. Информация о сроках и порядке подачи уведомления о включении медицинской организации в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, размещается территориальным фондом на своем официальном сайте в сети «Интернет».

Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, за исключением следующих случаев:

- ликвидации медицинской организации;
- утраты права на осуществление медицинской деятельности;
- банкротства медицинской организации;

– иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций, направившая в территориальный фонд уведомление об исключении из реестра медицинских организаций до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, исключается территориальным фондом из реестра медицинских организаций на следующий рабочий день после дня получения территориальным фондом указанного уведомления.

Медицинские организации осуществляют учет по операциям со средствами обязательного медицинского страхования отдельно.

Медицинские организации, находящиеся за пределами территории Российской Федерации, вправе оказывать виды медицинской помощи застрахованным лицам, установленные базовой программой обязательного медицинского страхования, за счет средств обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования.

Медицинские организации имеют право:

1) получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в иных случаях;

2) обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

Медицинские организации обязаны:

– бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;

– вести персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;

– предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;

– предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;

– использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;

– размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

– предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;

– использовать средства нормированного страхового запаса территориального фонда для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации;

– выполнять иные обязанности.

Необходимо отметить, что в России распространена «двухступенчатая» модель финансирования медицинской помощи посредством системы ОМС. Данная модель предполагает поступление средств сначала в государственные фонды обязательного медицинского страхования, а затем – страховым медицинским компаниям, которые заключают контракты непосредственно с медицинскими организациями. Кроме России, двухступенчатые модели существуют еще в двух странах: в Нидерландах и Израиле.

В общем виде движение финансовых средств в системе ОМС представлено на рис. 1.

1. Страхователь-работодатель перечисляет в фонды ОМС через Федеральное Казначейство часть страхового взноса, исчисляемого от фонда оплаты труда, в размере 5,1 %, в том числе: 5,1 % в ФФОМС, 0 % в ТФОМС. Страхователь неработающих граждан – орган исполнительной власти субъекта РФ перечисляет в ФФОМС страховые платежи из средств бюджета;

2. ТФОМС осуществляет финансирование СМО по дифференцированным среднелучевым нормативам для оплаты медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;

3. СМО производит оплату медицинских услуг по тарифам, принятым в рамках тарифного соглашения по ОМС на территории субъекта РФ;

4. ФФОМС направляет на выравнивание условий финансирования территориальных программ ОМС субвенции ТФОМСам.

Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС требует соответствия стоимости территориальной программы ОМС источникам ее финансирования. Бюджет территориального фонда ОМС является основным документом, определяющим источники формирования финансовых ресурсов сферы ОМС и направления их использования в каждом субъекте Российской Федерации. С 2016 г. формируется на один год.

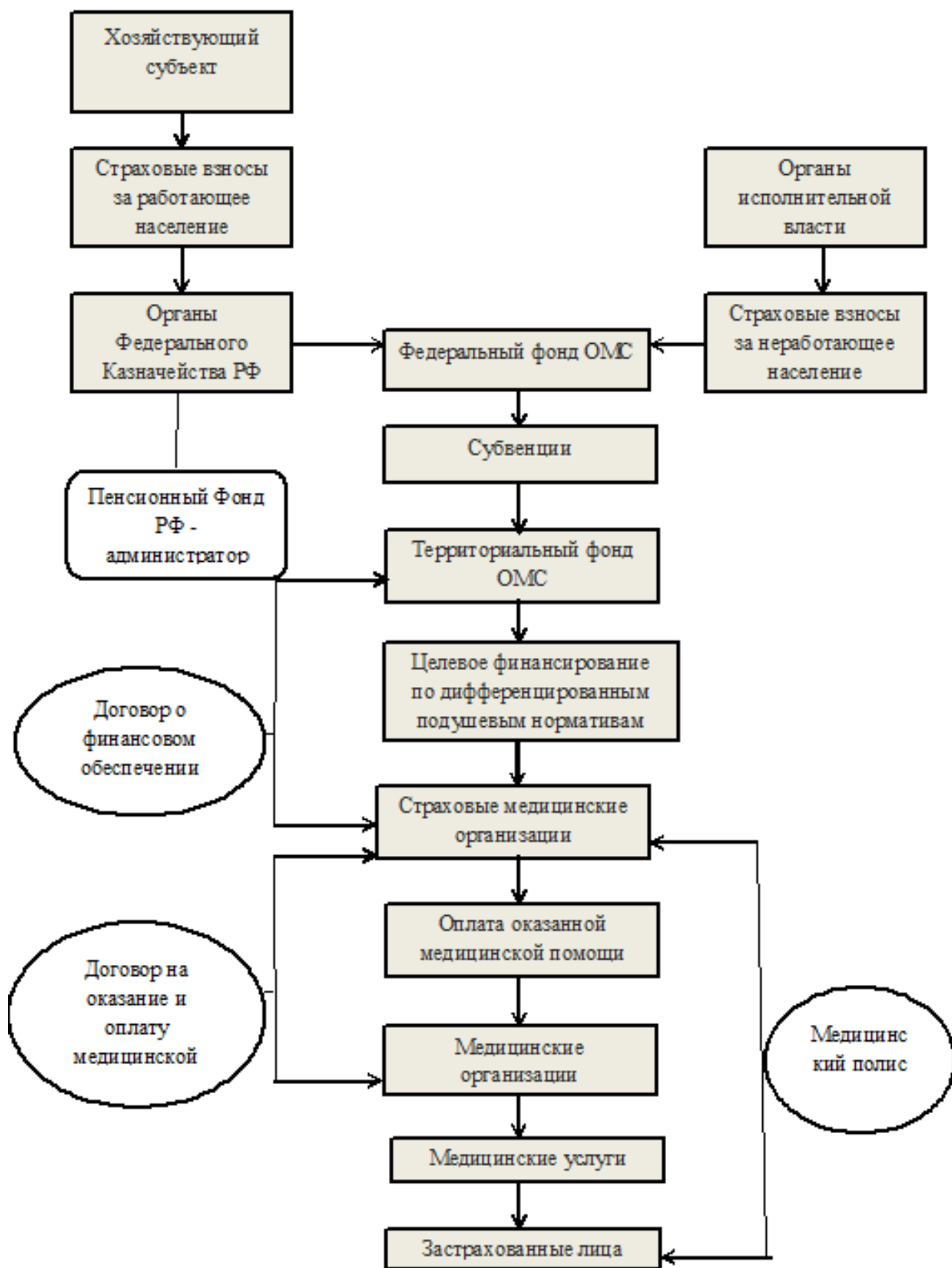


Рис. 3. Финансовый и организационный механизм ОМС

При составлении проекта бюджета территориального фонда ОМС на соответствующий год должны соблюдаться следующие требования:

- реальное прогнозирование всех поступлений финансовых средств, предусмотренных законодательством РФ по обязательному медицинскому страхованию. Субвенции Федерального фонда ОМС в состав прогнозируемых доходных источников территориального фонда не включаются;

- прогнозирование расходов;

- бездефицитность бюджета территориального фонда ОМС.

Проект бюджета, разработанный исполнительной дирекцией территориального фонда и одобренный (согласованный) Правлением территориального фонда, выносится на Административный комитет, а затем, при отсутствии замечаний, утверждается в форме Закона.

Средства бюджета Федерального фонда и бюджетов территориальных фондов не входят в состав иных бюджетов бюджетной системы Российской Федерации и изъятию не подлежат.

#### **4. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

С 2010 г. исчисление страховых взносов по работающему населению производится в соответствии с Федеральным законом от 24 июля 2009 г. № 212-ФЗ «О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования». Администратором страховых взносов работающего населения является Пенсионный фонд Российской Федерации.

По исчислению страхового взноса по неработающему населению единой методики до 2012 г. не существовало. В настоящее время размер страхового взноса исчисляется в соответствии с Федеральным законом РФ от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Согласно данному Закону тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения в субъекте Российской Федерации рассчитывается как произведение тарифа, установленного Федеральным законом, коэффициента дифференциации и коэффициента удорожания стоимости медицинских услуг, ежегодно устанавливаемого федеральным законом о бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования на соответствующий финансовый год и плановый период. Тариф страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения учитывает финансовое обеспечение медицинской помощи, виды и условия оказания которой установлены базовой программой обязательного медицинского страхования.

Администратором страховых взносов неработающего населения являются территориальные фонды.

В России уплата страховых взносов на ОМС работающего населения осуществляется по тарифу 5,1 %, исходя из фонда заработной платы на 2014 г. в сумме 18 017 млрд р., на 2015 г. – 19 464 млрд р., на 2016 г. – 21 122 млрд р., коэффициента корректировки фонда заработной платы в размере 0,853 – на основании фактического поступления страховых взносов на обязательное медицинское страхование, сложившегося по итогам истекшего года, и коэффициента сбора – 96 %, исходя из фактического уровня сбора за последние три года. В итоге поступление страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения составит в 2014 г. 733,2 млрд р., в 2015 г. – 797,7 млрд р., в 2016 г. – 864,9 млрд р.

Размер страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения определен на численность неработающего населения на 1 апреля 2013 г. в количестве 86,5 млн человек, по данным регистра застрахованных лиц, ведение которого осуществляется в соответствии с требованиями Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Единый тариф страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения с учетом коэффициента 0,9 на 2014 г. составит 16 978,1 р. Коэффициент удорожания стоимости медицинских услуг для

определения размера страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения на 2014 г. утвержден в размере 1,0 для всех субъектов Российской Федерации. На 2015 и 2016 гг. расчет страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения произведен исходя из тарифа 18 864,6 р., установленного статьей 1 Федерального закона от 30 ноября 2011 г. № 354-ФЗ «О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения». Поступление страховых взносов на ОМС неработающего населения учтено в доходах бюджета Фонда в размерах на 2014 г. – 478,3 млрд р., на 2015 г. и на 2016 г. – по 630,4 млрд р. ежегодно.

Средний подушевой норматив финансирования за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования за счет субвенции из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования в 2014 г. установлен в размере 6 962,5 р. на одно застрахованное лицо. При этом для субъектов Российской Федерации установлены единые нормативы подушевого финансирования на одного застрахованного, которые корректируются с учетом коэффициента дифференциации. В среднем по Российской Федерации фактический подушевой норматив составил 7 866,6 р., что на 13,0 % превышает установленный Программой.

В настоящее время ОМС реализуется на территории субъектов в соответствии Территориальной программой ОМС, одним из показателей которой является ее стоимость. Утвержденная стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования на 2014 год составила 1 372,8 млрд р. Фактическая стоимость территориальных программ обязательного медицинского страхования сложилась в размере 1 326,8 млрд р., что составляет 96,6 % от утвержденной стоимости

В 2014 г. медицинскую помощь в сфере обязательного медицинского страхования оказывали 8 460 медицинских организаций (на 235 больше, чем в 2013 г. или (2,9 %), 63 страховые медицинские организации (СМО) и их 215 филиалов в 83 субъектах Российской Федерации и в городе Байконур.

Большинство застрахованных лиц (115,4 млн человек или 79,9 %) застраховано в 13 страховых медицинских организациях и их филиалах, крупнейшими из которых являются группа компаний «Росгосстрах» (застраховано 20,8 млн чел., что составляет от общей численности застрахованных 14,5 %), ЗАО МАКС «МАКС–М» застраховано 20,0 млн человек или 13,9 %, СМК ОАО «РОСНО-МС» – 17,3 млн человек (12,1 %).

В структуре поступлений средств обязательного медицинского страхования в страховых медицинских организациях основную долю составляют средства, перечисляемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. На эти цели в 2014 г. поступило 1 217,3 млрд р. (что на 13 % больше чем в 2013 г.) или 93,9 % от общей суммы поступивших средств. На ведение дела СМО поступило 13,8 млрд р. (1,1 %).

В общей структуре расходования средств обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций в 2014 г. 98,5 % (1 260,6 млрд р.) составляют расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи. На формирование собственных средств СМО в сфере обязательного медицинского страхования было направлено 18,0 млрд р., или (1,4 %).

С 2013 г. в сфере ОМС РФ введено преимущественно одноканальное финансирование, т.е. в состав тарифа вошли практически все расходы за исключением капитального ремонта и приобретения медицинского оборудования стоимостью свыше 100 тыс. р.

В 2014 году в медицинские организации поступило 1 319,7 млрд р., что на 15,2 % больше чем в 2013 г. Расходование средств ОМС медицинскими организациями в 2014 г. составило 1 300,3 млрд р., что на 14,2 % больше чем в 2013 г. В структуре расходов медицинских организаций доля расходов на оплату труда и начисления на выплаты по оплате труда составила 70,6 %, на приобретение медикаментов и перевязочных средств – 9,8 %, продуктов питания – 1,8 %, мягкого инвентаря – 0,2 %, иные расходы 17,9 %.

В настоящее время реализацию государственной политики в сфере обязательного медицинского страхования, кроме Федерального фонда ОМС, осуществляют 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования, из них 2 созданы в Крымском федеральном округе.

Численность лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, на 1 апреля 2015 г. составила 146,5 млн человек; в том числе 61,5 млн работающих и 85 млн неработающих граждан.

В I полугодии 2015 г. в сфере ОМС работали 8 736 медицинских организаций, 62 страховые медицинские организации и 221 филиал страховых медицинских организаций.

В структуре поступлений средств обязательного медицинского страхования в страховых медицинских организациях основную долю составляют средства, перечисляемые территориальными фондами обязательного медицинского страхования для оплаты медицинской помощи в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС. На эти цели в I полугодии 2015 г. поступило 630,3 млрд р. или 95,3 % от общей суммы поступивших средств. На ведение дела поступило 6,9 млрд р. (1 %).

В общей сумме расходов страховых медицинских организаций в I полугодии 2015 г. 98,6 % (645,5 млрд р.) составляют расходы на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в соответствии с заключенными с медицинскими организациями договорами на оказание и оплату медицинской помощи. На формирование собственных средств в сфере ОМС было направлено 8,9 млрд р., что на 211,6 млн р. (2,4 %) больше, чем в I полугодии 2014 г.

В I полугодии 2015 г. в медицинские организации поступило 678,6 млрд рублей (в соответствующем периоде 2014 г. – 622,3 млрд р.), в том числе на оплату медицинской помощи 677,8 млрд р. (99,9 %). В структуре расходов медицинских организаций доля расходов на оплату труда и начисления на выплаты



по оплате труда составила 70,7 %, на приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла и химпосуды и прочих материальных запасов – 15,2 %, продуктов питания – 1,8 %, мягкого инвентаря – 0,1 %, на оплату работ (услуг) – 10 %.

Одним из основных разделов защиты прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования является рассмотрение обращений граждан, предоставление законных интересов застрахованных лиц при рассмотрении спорных случаев в судебном и досудебном порядке, организация и проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по программам обязательного медицинского страхования, включающего медико-экономический контроль, медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи.

Так, в 2014 г. в территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации от граждан поступило 37,2 млн обращений, что на 30,2 % меньше, чем за предыдущий год (см. рис. 4).

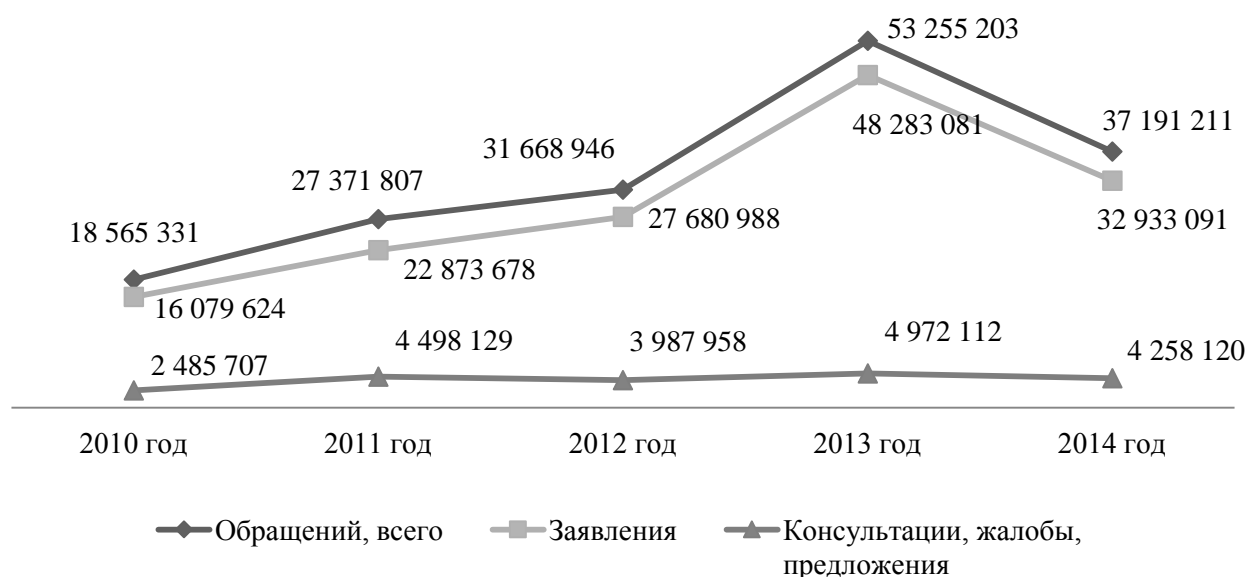


Рис. 4. Количество обращений застрахованных лиц в целом, в том числе заявлений, консультаций, жалоб и предложений за 2010–2014 гг.

В структуре обращений преобладали заявления граждан – 88,6 %. Большинство заявлений касались выбора или замены страховой медицинской организации и их количество составило 27,6 млн или 83,7 % от всех заявлений из них:

- 87,4 % – о выборе страховой медицинской организации;
- 12,6 % – о замене страховой медицинской организации.

В территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации поступило 47,1 тысяч обращений по поводу нарушения прав и законных интересов граждан (жалобы) (в 2013 г. – 43,2 тысяч), что составляет 0,1 % от общего количества обращений. В 2014 г. по сравнению с прошлым годом количество жалоб возросло на 9,1 %, в том числе обоснованных – на

34,0 %. Обоснованными признано 26,8 тысяч жалоб, что составляет 56,8 % от общего количества (в 2013 году – 19,9 тысяч или 46,3 %) (см. рис. 5).

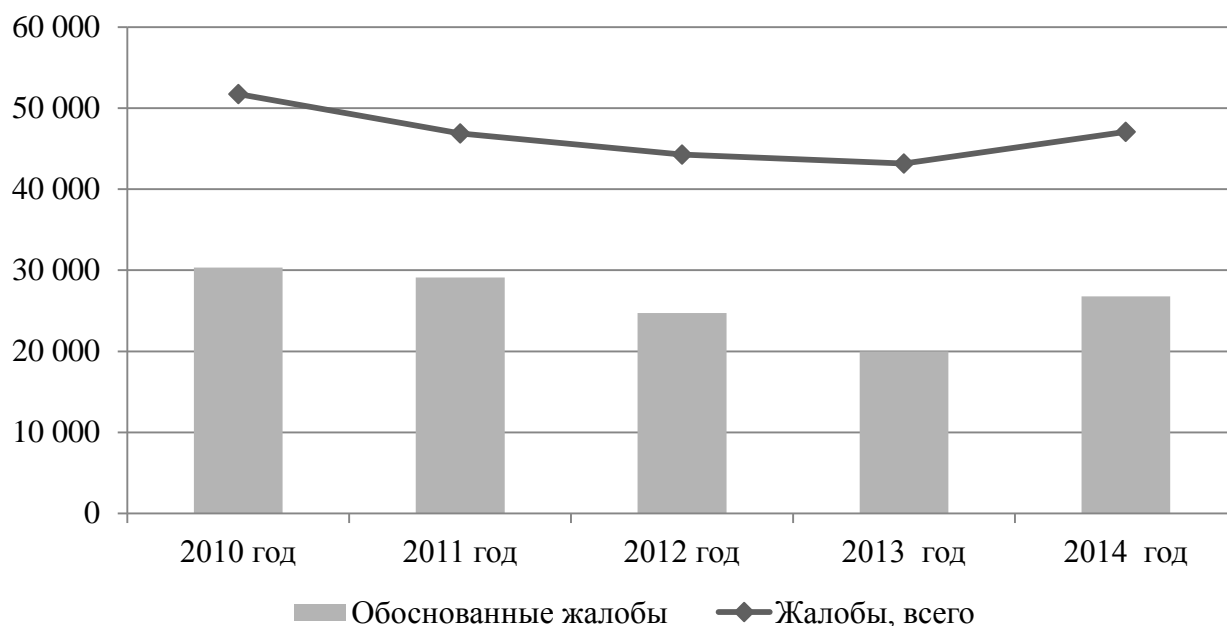


Рис. 5. Динамика количества жалоб, в том числе обоснованных, поступивших в 2010–2014 гг.

Основными причинами обоснованных жалоб являются низкое качество медицинской помощи, отказ от оказания медицинской помощи по программам ОМС, при этом количество данных видов жалоб за период 2013–2014 гг. увеличилось на 11 и на 4 % соответственно. А также поступает большое количество жалоб, связанных с организацией работы медицинских учреждений, с взиманием денежных средств за медицинскую помощь по программам ОМС, с лекарственным обеспечением, санитарно-гигиеническим состоянием медицинских учреждений, материально-техническим обеспечением медицинских организаций. Однако количество данных жалоб за исследуемый период уменьшается.

По итогам 2014 г. всего по Российской Федерации к оплате по программам обязательного медицинского страхования предъявлено более 910 млн счетов, по которым проведен медико-экономический контроль, из них территориальными фондами обязательного медицинского страхования – около 1,8 %, тогда как в 2013 г. этот показатель был равен 1,9 %, в 2012 г. – 3,2 %. По результатам медико-экономического контроля выявлено более 39,5 млн счетов (4,3 % от общего числа предъявленных счетов, в 2013 г. – 4,4 %), содержащих 53,2 млн нарушений (в 2013 г. – 56,3 млн).

Среди всех выявленных нарушений более четверти составляют нарушения, связанные с неправильным оформлением реестра счетов (25,7 %). Количество нарушений, связанных с включением в реестр медицинской помощи, не входящей в территориальную программу обязательного медицинского страхования,

увеличились более чем в два раза по сравнению с итогами 2013 г.: 10,2 млн против 4,4 млн. Почти в два раза выросла доля данного вида нарушений: с 10,3 % в 2013 г. до 18,1 % в 2014 г.

За отчетный период проведено более 1,87 млн целевых медико-экономических экспертиз, из которых 98,9 % проведено специалистами-экспертами страховых медицинских организаций, около 1 % – организовано территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

По результатам проведенных медико-экономических экспертиз выявлено более 8,2 млн нарушений (в 2013 г. – 8,0 млн) по 4,9 млн страховых случаев, что составляет более 25 % от всех прошедших медико-экономическую экспертизу страховых случаев (см. рис. 6).

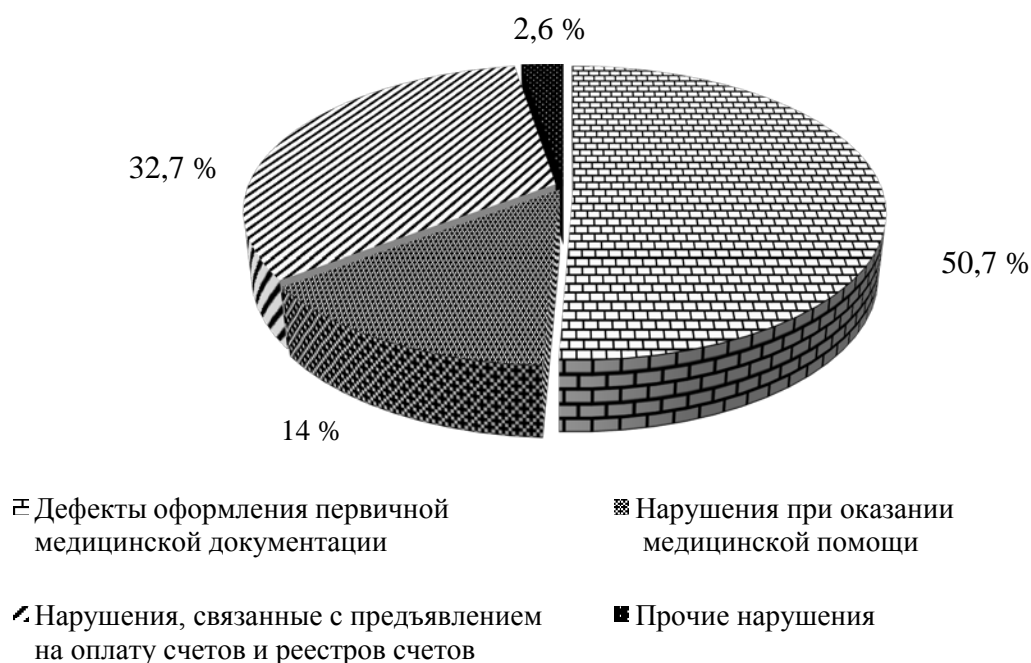


Рис. 6. Структура нарушений, выявленных при проведении медико-экономических экспертиз в 2014 году

В структуре основных нарушений, выявленных при проведении медико-экономических экспертиз, аналогично результатам 2013 г. лидировали дефекты оформления первичной медицинской документации – более 50 % от всех нарушений, из них более 65 % – дефекты, связанные с несоответствием данных первичной медицинской документации данным счетов и реестра счетов.

Нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов и реестров счетов, составили почти треть от общего числа нарушений (32,7 %), дефекты, связанные с нарушениями при оказании медицинской помощи, – 14 % (в 2013 г. – 15,7 %), или более 1,14 млн нарушений. С 14,7 тыс. в 2013 году до 10,6 тыс. в 2014 г. сократилось число нарушений, связанных с госпитализацией застрахованного лица (1,2 и 0,9 % соответственно в общем числе нарушений при оказании медицинской помощи). Прочие нарушения, такие как взимание платы с застрахованных лиц за медицинскую помощь, нарушения информированности застрахованных лиц и др. составляют 2,6 % от всех нарушений.

В период 2014 г. в Российской Федерации проведено почти 4,2 млн экспертиз качества медицинской помощи, при этом страховых случаев за данный период 8,2 млн (в 2013 г. – 7,6 млн случаев). Страховыми медицинскими организациями в 2014 г. проведено 98,7 % от общего количества проведенных экспертиз качества медицинской помощи, территориальными фондами обязательного медицинского страхования проведено 102 738 экспертизы, или 1,3 % (в 2013 году – 18 504 экспертизы или 0,5 %).

При проведении экспертиз качества медицинской помощи в 2014 г. выявлено 1 904 055 страховых случаев, содержащих 2 671 841 нарушение, тогда как в 2013 г. выявлено 1 721 571 страховой случай, содержащий 2 244 030 нарушений (см. рис. 7).



Рис. 7. Структура нарушений, выявленных при проведении экспертиз качества медицинской помощи в 2014 г.

Таким образом, аналогично результатам 2013 года преобладают нарушения при оказании медицинской помощи, их доля составляет более 54 % в общем объеме нарушений, и в первую очередь – нарушения порядков или стандартов оказания медицинской помощи (87 %).

Дефекты оформления первичной медицинской документации в целом выросли более чем на 20 %: с 851 581 нарушения в 2013 году до 1 068 406 нарушений в отчетном периоде, в первую очередь за счет почти 50 %-го роста числа нарушений, связанных с дефектами оформления и ведения медицинской документации: 602 875 против 456 776 нарушений в 2013 г.

Перейдем к более подробному рассмотрению одного из участников системы ОМС – Территориальному фонду обязательного медицинского страхования. Сумма поступлений и расходования средств представлена в табл. 2.

Таблица 2

Поступление и расходование средств территориальных фондов  
обязательного медицинского страхования за период 2010–2014 гг., млн р.

Поступление	2010	2011	2012	2013	2014
	574 891	904 411	1 041 908	1 227 759	1 417 026
в том числе:					
налоги, страховые взносы <sup>1)</sup>	183 729	226 564	316	149	58
безвозмездные поступления <sup>2)</sup>	376 805	656 734	1 005 887	1 200 761	1 415 267
Расходование	574 166	883 478	1 036 586	1 211 261	1 454 862
в том числе:					
на финансирование территориальной программы обязательного медицинского страхования	535 561	657 794	752 906	1 185 973	1 380 577
на финансовое обеспечение оказания дополнительной медицинской помощи, оказываемой врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами, соответствующих врачей	18 753	19 715	18 823	5	–
на проведение дополнительной диспансеризации работающих граждан	4 232	4 094	4 044	–	–
на оказание социальной помощи региональным льготникам	923	810	1 202	1 395	6 384
на финансирование расходов на содержание исполнительного органа Фонда	7 956	8 961	9 911	10 926	11 510

<sup>1)</sup> С 2002 г. – включая недоимку, штрафы, пени по налогам, страховым взносам.

<sup>2)</sup> С учетом поступлений из Федерального фонда ОМС, бюджетов субъектов РФ и прочих безвозмездных поступлений от других бюджетов бюджетной системы.

Согласно данным табл. 1 доходы бюджетов ТФОМС в 2014 г. сформированы в объеме 1 417 млрд р., что на 189,3 млрд р. или 15,4 % больше, чем в 2013 г. Субвенции Федерального фонда ОМС, бюджетов субъектов Российской Федерации и других бюджетов бюджетной системы, размер которых составил 1 415,3 млрд р. (99,9 %), являлись основным источником финансового обеспечения выполнения территориальных программ обязательного медицинского страхования. Необходимо отметить, что за период 2010–2014 гг. сумма поступлений территориальных фондов увеличилась в 2,5 раза.

Что касается расходов территориальных фондов обязательного медицинского страхования, то их сумма также с каждым годом возрастает. Основная часть расходов направлена на финансирование территориальной программы ОМС – 95 %.

В 2014 году сумма расходов территориальных фондов превышает поступления, в результате чего дефицит бюджетов составляет 37 836 млн р.

Остановимся на более детальном изучении Территориального фонда одного из субъектов Российской Федерации – Иркутской области.

Согласно закону Иркутской области «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области на 2015 г. и на плановый период 2016 и 2017 г.» сумма доходов и расходов территориального фонда ОМС Иркутской области представлены в следующих размерах (см. табл. 3).

Таблица 3

Доходы и расходы бюджета ТФОМС Иркутской области на 2015 г.  
и плановый период 2016 и 2017 гг.

Показатель	2015		2016		2017	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
<b>1. Доходы, всего в т. ч.</b>	<b>30 756,30</b>	<b>100,00</b>	<b>30 612,40</b>	<b>100,00</b>	<b>35 588,70</b>	<b>100,00</b>
Налоговые и неналоговые до- ходы	19,50	0,06	–	–	–	–
Безвозмездные поступления в т. ч.	30 736,80	99,94	30 612,40	100,00	35 588,70	100,00
Средства Федерального фонда обязательного медицинского страхования, передаваемые бюд- жетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования	30 353,00	98,75	30 192	98,63	35 070,20	98,54
Прочие межбюджетные транс- ферты, передаваемые бюджетам территориальных фондов обяза- тельного медицинского страхо- вания	400,00	1,30	420,40	1,37	518,50	1,46
Доходы бюджетов бюджетной си- стемы Российской Федерации от возврата бюджетами бюджетной системы Российской Федерации и организациями остатков субси- дий, субвенций и иных межбюд- жетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	2,00	0,01	–	–	–	–
Возврат остатков субсидий, суб- венций и иных межбюджетных трансфертов, имеющих целевое назначение, прошлых лет	–18,20	–0,06	–	–	–	–
<b>2. Расходы, всего в т. ч.</b>	<b>30 843,80</b>	<b>100,00</b>	<b>30 601,90</b>	<b>100,00</b>	<b>35 562,80</b>	<b>100,00</b>
Общегосударственные вопросы	275	0,89	280	0,91	332	0,93
Здравоохранение	30 568,80	99,11	30 321,90	99,09	35 230,80	99,07
<b>3. Дефицит бюджета</b>	<b>87,5</b>	–	–	–	–	–

Основными источниками формирования доходов бюджета территориального фонда ОМС на 2015 год и плановые 2016 и 2017 г. являются безвозмездные поступления, а именно средства из федерального фонда ОМС, сумма которых в 2015 г. составила 30 353,20 млн р. Доля данной статьи в общей сумме

безвозмездных поступлений в 2015 г. составляет более 98,5 %. Также источником доходов бюджета в 2015 г. являются налоговые и неналоговые доходы, доля которых 0,06 %. Общая сумма доходов в 2015 г. составляет 30 756,30 млн р.

Основным направлением расходования фонда является территориальная программа ОМС – за исследуемый период данная статья расходов занимает более 99 %.

В 2015 г. наблюдается превышение расходов территориального фонда ОМС над доходами, что влечет за собой дефицит бюджета в размере 87,5 млн р.

Численность застрахованного населения на территории Иркутской области по состоянию на 01.01.2015 г. составила 2 523 448 человек, тогда как численность постоянного населения Иркутской области по данным Федеральной службы государственной статистики года составила 2 414 913 человек. Связано это с тем, что часть застрахованного населения Иркутской области имеет место проживания в других регионах России (см. табл. 4).

Таблица 4

Численность застрахованного населения Иркутской области

Показатель	01.01.2014 г.		01.01.2015 г.		Изменение абс. ч. рост (+) снижение (-)	Темп роста, %
	Сумма, чел.	Уд. вес, %	Сумма, чел.	Уд. вес, %		
Застраховано по ОМС, всего, в том числе	2 522 772	100	2 523 448	100	676	100,03
В том числе: работавшие	994 249	39,4	947 355	37,5	-46 894	95,28
неработающие	1 528 523	60,6	1 576 093	62,5	45 570	103,11

Численность застрахованного населения по ОМС увеличилась по сравнению с аналогичным периодом 2014 г. на 676 человек или на 0,03 %. (на 01.01.2014 г. численность застрахованного населения по ОМС составляла 2 522 772 человека).

Доля работающего населения в страховом поле по состоянию на 01.01.2015 г. составляет 37,5 % (947 355 человек), неработающего населения 62,5 % (1 576 093 человека). Необходимо отметить, что численность неработающих застрахованных лиц имеет динамику в сторону увеличения, тогда как численность работающих напротив – уменьшается.

Детей от 0 до 17 лет застраховано 573 729 человек, из них дети от 0 до 4 года 181 780 человек.

Количество застрахованных по ОМС лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах» на 01.01.2015 г., составило 2 866 человек.

Средние подушевые нормативы финансового обеспечения в Иркутской области, предусмотренные Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Иркутской области на 2016 г. (без учета расходов федерального бюджета), составляют в расчете на 1 жителя в год:

- за счет средств областного бюджета в 2016 году – 2 798,2 р.;
- за счет средств обязательного медицинского страхования на финансирование Программы обязательного медицинского страхования в расчете на 1 застрахованное лицо в 2016 году – 11 974,7 р.

Стоимость Территориальной программы ОМС в Иркутской области имеет устойчивую тенденцию к росту. Стоимость территориальной программы выросла с 1994 по 2012 гг. в 179 раз с 69,3 млн р. до 12 435,9 млн р. Стоимость программы резко возрастает с 2011 г. в связи с вступлением в силу ФЗ № 326 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

По состоянию на 1 января 2015 г. пролонгированы договоры о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования со следующими страховыми медицинскими организациями:

1. ОАО «МАСКИ»;
2. Иркутский филиал АО «Страховая компания «СОГАЗ-Мед»;
3. Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» ;
4. Иркутский филиал ОАО «РОСНО-МС»;
5. Филиал АО ВТБ Медицинское страхование в Иркутской области.

Распределение страхового поля между данными страховыми медицинскими организациями представлено в табл. 5.

Таблица 5

Распределение страхового поля Иркутской области  
по состоянию на 01.01.2015 г.

Наименование СМО	Застраховано граждан	Доля в страховом поле, %
Иркутский филиал АО «СОГАЗ-Мед»	1 608 098	63,7
Иркутский филиал ОАО «РОСНО-МС»	327 856	13,0
ОАО «МАСКИ»	261 709	10,4
филиал ООО «СК «Ингосстрах-М»	205 511	8,1
филиал АО ВТБ Медицинское страхование в Иркутской области	120 274	4,8
Всего	2 523 448	100,0

Лидером страхового поля по ОМС в Иркутской области является Иркутский филиал АО «СОГАЗ-Мед». Доля его страхового поля составляет на 01.01.2015 г. 63,7 % или 1 608 098 граждан.

Второе место по количеству застрахованных по ОМС занимает Иркутский филиал ОАО «РОСНО-МС» 327 856 застрахованных лиц или 13,0 %.

ОАО «МАСКИ» застраховало по ОМС на 01.01.2015 г. 261 709 граждан или 10,4 % от общего числа застрахованных.

Филиал ООО «СК «Ингосстрах-М» застраховал по ОМС на 01.01.2015 г. 205 511 граждан или 8,1 % от общего числа застрахованных.

Филиал АО ВТБ Медицинское страхование в Иркутской области на 01.01.2015 г. застраховано 120 274 граждан, что составляет 4,8 % страхового поля.



Количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС в 2016 г., составляет 149, в том числе иных форм собственности 38, из них частной формы собственности 26, негосударственных учреждений здравоохранения – 9, медицинских автономных некоммерческих организаций – 2 и международных – 1.

Одной из функций территориальных фондов является обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе путем проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. По данным отчета территориального фонда ОМС Иркутской области за 2014 г. от граждан поступило более 670 тыс. обращений, из них 94 % составляют заявления, о выборе и замене страховой медицинской организации и выдаче дубликата (переоформлении) полиса. Жалоб поступило 205 (0,8 на 10 тыс.) – 0,03 % от всех обращений. Данный показатель на 35 обращений меньше, чем в 2013 г. (жалоб – 240 – 0,95 на 10 тыс.)

Обоснованными было признано 108 жалоб, что составляет 53 % от всех жалоб. Данный показатель на 15 жалоб меньше, чем за 2013 год (обоснованных жалоб – 123 – 51 % от всех жалоб).

Первое место занимают обоснованные жалобы на качество медицинской помощи. Зарегистрировано 68 обращений (63 %) – 0,26 на 10 тыс. застрахованного населения.

На втором месте обоснованные жалобы на взимание денежных средств по программе ОМС. Зарегистрирована 21 жалоба – 19 % – 0,08 на 10 тыс.

На третьем месте в структуре обоснованных обращений находятся жалобы на организацию работы медицинской организации. Зарегистрировано 17 обращений – 16 % – 0,07 на 10 тыс.

А также в 2014 г. филиалами территориального фонда и страховыми организациями проводились медико-экономические экспертизы страховых случаев и экспертизы качества медицинской помощи. Так, за данный период проведено 233 900 медико-экономических экспертиз страховых случаев и повторных медико-экономических экспертиз, тогда как в 2013 г. данный показатель был равен 163 113. Кроме того, было проведено 123 241 экспертиз качества медицинской помощи и повторных экспертиз качества медицинской помощи, тогда как в 2013 г. данный показатель был равен 108 513. По результатам проведенных экспертиз и реэкспертиз выявлено 121 508 нарушений, что ниже 2013 г. на 1 271, частота выявленных нарушений составила – 3,4 на 10 экспертных случаев (2013 г. – 4,5).

Первое место среди выявленных нарушений занимает «Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядком оказания медицинской помощи и (или) стандартами медицинской помощи». Частота выявленных нарушений равна 1,11 на 10 экспертных случаев, тогда как в 2013 г. данная величина составляла 1,54.

«Дефекты оформления первичной медицинской документации, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления медицинской помощи)» занимают второе место среди выявленных нарушений – 1,1 на 10 экспертных случаев, в 2013 г. – 1,3.

На третьем месте «Включение в счет на оплату медицинской помощи и реестр счетов посещений, койко-дней и др., не подтвержденных первичной медицинской документацией». Частота выявленных нарушений составляет 0,28 на 10 экспертных случаев, что на 0,05 выше 2013 г.

Кроме того, страховыми медицинскими организациями и ТФОМС граждан Иркутской области ежемесячно проводится мониторинг порядка и условий предоставления бесплатной медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Иркутской области. Так, по итогам мониторинга в 2014 г. были выявлены следующие замечания:

- нарушение сроков ожидания к участковому терапевту в ОГБУЗ «Шелеховская ЦРБ» – 1–2 дня.

- превышены сроки ожидания к узким специалистам: окулисту, неврологу, эндокринологу, кардиологу, также длительное ожидание на УЗИ, холтеровское мониторирование, ЭХО-КГ, колоноскопию, КТ, МРТ.

- по сравнению с началом года отмечается увеличение сроков ожидания УЗИ с 14 до 30 дней в ОГБУЗ «Чунская ЦРБ».

Однако наблюдается и положительная тенденция:

- сократились сроки ожидания на холтеровское мониторирование с 30 и до 10 дней в ОГАУЗ «Братская городская больница № 1»;

- Сократились сроки ожидания на МРТ до 4 месяцев в ОГАУЗ «Ангарская городская больница № 1», до 2 месяцев в ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи», в ФГБУЗ ЦМСЧ № 28 ФМБА России.

Рассмотрим добровольное медицинское страхование.

## 5. СИСТЕМА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Добровольное медицинское страхование, также как и обязательное медицинское страхование, гарантирует гражданам получение медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако способы достижения этой цели применяются другие. ДМС отличается от ОМС. Основными отличительными чертами являются:

1. ДМС является видом коммерческого страхования, тогда как ОМС – это отрасль государственного социального страхования;

2. ДМС относятся к личному страхованию так же, как и страхование от несчастных случаев и страхование жизни;

3. Чаще всего ДМС предоставляет гражданам возможность получать медицинские услуги сверх территориальной и базовой программ ОМС;

4. ДМС основано на принципе эквивалентности и замкнутого распределения ущерба среди участников страхового фонда, тогда как в ОМС имеет место принцип солидарности между застрахованными лицами;

5. по ДМС застрахованный получает тот перечень страховых услуг и тех в размерах, которые установлены в договоре страхования и за которые была уплачена страховая премия, а также по ДМС предоставляются медицинские услуги более высокого качества с персональным подходом к каждому клиенту и др.

Таким образом, добровольное медицинское страхование дополняет бесплатное обеспечение медицинскими услугами. Соотношение между обязательным и добровольным страхованием в каждой стране установлено свое. Однако присутствие ДМС наблюдается в системе здравоохранения всегда, поскольку тот объем государственных ресурсов и средств, который поступает через ОМС, не обеспечивает население качественной медицинской помощью в полной мере.

В мировой практике в основном распространены несколько основных способов реализации ДМС (см. рис. 8).

Добровольное медицинское страхование (ДМС) – вид страхования, возникающий на основе добровольно заключаемого договора между страхователем и страховщиком, в соответствии с требованиями действующего законодательства. ДМС является важным видом финансово-коммерческой деятельности, относится к видам личного страхования и регулируется, в основном, Законом «Об организации страхового дела в РФ».

С экономической точки зрения ДМС представляет собой способ компенсации расходов и потерь, которые имели место связи с возникновением болезни или несчастного случая.

Объект ДМС – здоровье граждан, выраженное в расходах на медицинское обслуживание и помощь.

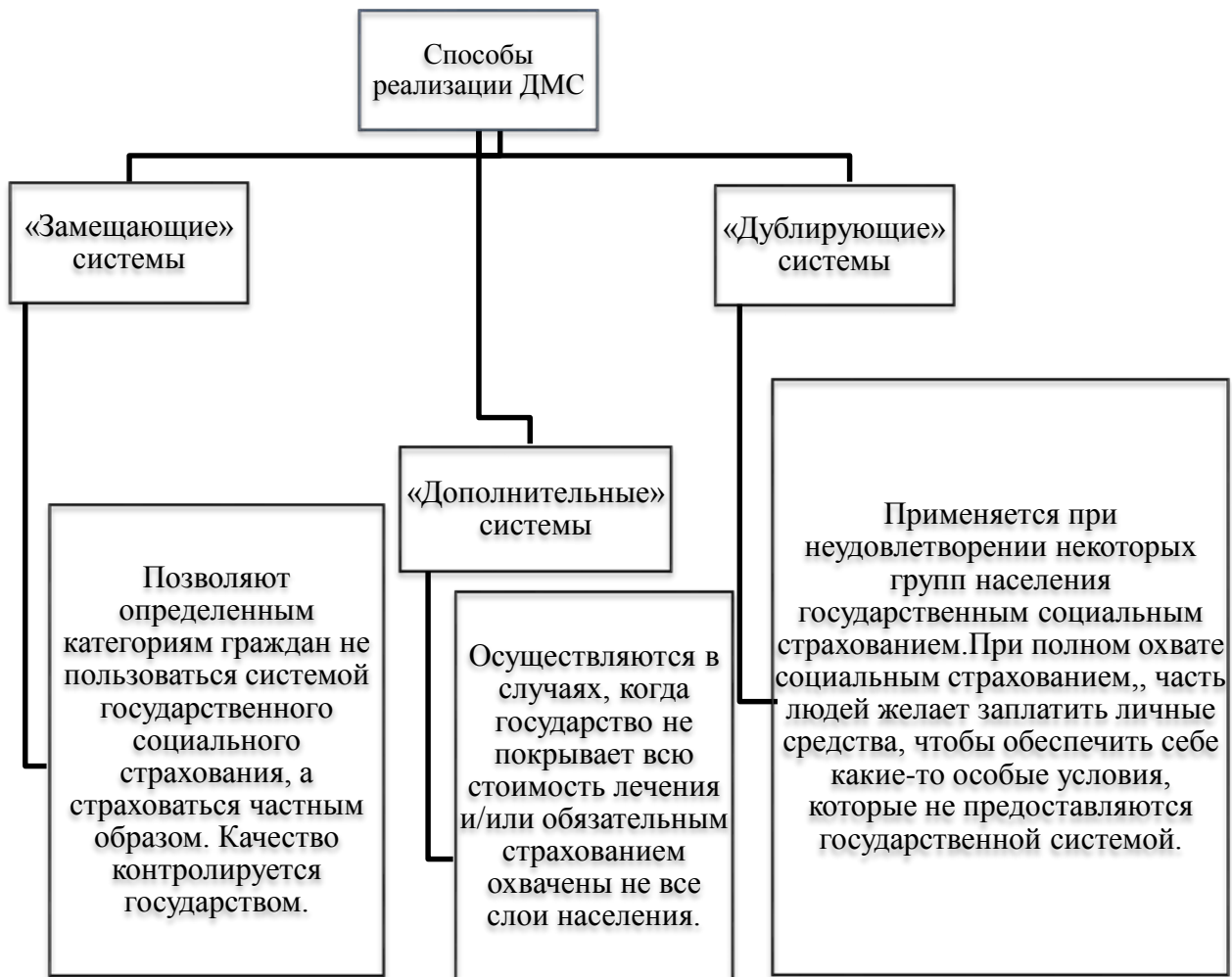


Рис. 8. Способы реализации ДМС

По общемировым стандартам ДМС покрывает две группы рисков возникающих в связи с заболеванием:

1. Затраты на медицинскую помощь, необходимую для восстановления здоровья, реабилитацию и уход;
2. Потерю трудового дохода, по причине невозможности осуществления профессиональной деятельности во время болезни и после нее в случае наступления инвалидности.

В первом случае страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности осуществлять профессиональную деятельность. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и предоставляет клиенту защиту от непредвиденных расходов.

Что касается второго случая, то здесь страховщик выплачивает застрахованному возмещение на день болезни. Сумма возмещения и дата начала осуществления его выплаты фиксируются в договоре. Таким образом, страхование трудового дохода является страхованием суммы и необходимо для защиты личного дохода застрахованного лица, так же как и в страховании жизни.

В России ДМС отличается от системы большинства зарубежных стран отсутствием страховой защиты, связанной с потерей дохода в результате болезни. Данный факт объясняется тем, что в Российской Федерации потеря трудового дохода компенсируется социальным страхованием.

Так, примером подтверждения перспективности развития данного направления могут служить совместители, которым потеря заработка в рамках социального страхования возмещается только по одному месту работы, а для индивидуальных предпринимателей компенсация потери дохода вообще социальным страхованием не осуществляется.

Таким образом, ДМС выполняет ряд функций, наиболее важными из которых, с макроэкономической точки зрения, являются:

- охрана здоровья и обеспечение воспроизводства населения;
- развитие сфер медицинского обслуживания;
- улучшение материальной базы лечебно-профилактических учреждений.

Основными принципами осуществления ДМС являются добровольность и доступность.

ДМС можно классифицировать по определенным признакам. Так, например, исходя из последствий наступления болезни, как экономического, так и медико-реабилитационного характера; объема страхового покрытия (страховой ответственности) и т.п.

Так, по экономическим последствиям для человека (характеру страхового покрытия) выделяют 2 вида страховой защиты:

1) страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья, реабилитацией и уходом;

2) страхование потери дохода, вызванной невозможностью осуществления профессиональной деятельности в результате наступления заболевания.

По медико-реабилитационным последствиям в зависимости от типа и методов необходимого лечения различают следующие виды страхования расходов:

- амбулаторное лечение и домашнего (семейного) врача;
- стационарное лечение;
- стоматологическое обслуживание;
- специализированную диагностику заболеваний;
- приобретение лекарств;
- посещение врачей–специалистов;
- протезирование;
- приобретение очков, контактных линз;
- затраты, связанные с беременностью и родами;
- сервисные расходы;
- затраты, по уходу за больными.

Как правило, выделяют основные виды медицинского страхования и дополнительные услуги. Так, основными видами являются страхование расходов на амбулаторное и стационарное обслуживание, которое предусматривает компенсацию затрат на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям.

К дополнительным опциям относятся те виды страхования, которые покрывают расходы на сопутствующее лечение или на специализированную медицинскую помощь, например, такие как стоматология, протезирование и другие.

В зависимости от объема страхового покрытия различают:

- 1) полное страхование медицинских расходов;
- 2) частичное страхование медицинских расходов;
- 3) страхование расходов только по одному риску.

В первом случае понимается предоставление гарантии покрытия расходов, как на амбулаторном, так и на стационарном лечении. При частичном страховании покрываются расходы либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное (стоматология, санаторно-курортное лечение и др.) по выбору страхователя.

По типам применяемых страховых тарифов медицинское страхование классифицирует следующим образом:

- страхование по полному (комбинированному тарифу);
- страхование по тарифу с собственным участием страхователя;
- страхование по тарифу с лимитом ответственности страховщика.

В первом случае покрываются все расходы по амбулаторному и стационарному лечению, включая дополнительную оплату за выбранные опционы.

Страхование по тарифу с собственным участием страхователя предполагает наличие франшизы, в зависимости от которой медицинские расходы покрываются либо, начиная с оговоренной в договоре суммы, либо при каждом страховом случае страхователь самостоятельно оплачивает согласованную со страховщиком часть произведенных затрат на лечение.

Тарифы с лимитом ответственности страховщика ограничивают участие страховщика в покрытии медицинских расходов страхователя в пределах той суммы, за которую страхователь в состоянии заплатить премии, и которая соответствует его потребностям, например, договором могут быть установлены лимиты ответственности на год, на вид медицинской помощи, на один страховой случай.

Правовой характер отношений в ДМС имеет договорную и деликтную основы. В рамках деликтного права ДМС в России реализуется на основании федерального закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и главы 48 Гражданского кодекса.

К субъектам добровольного медицинского страхования относятся застрахованный, страхователь, страховщики, медицинские организации.

Остановимся на их характеристиках подробнее.

Застрахованными гражданами являются физические лица, которые не имеют заболеваний, ограничивающих принятие их на страхование в соответствии с правилами ДМС. Перед заключением договора страховщик определяет группу здоровья застрахованного лица. Для этого застрахованному лицу необходимо заполнить анкету или пройти медицинское освидетельствование. Обычно страховщик отказывает лицам, состоящим на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, а также ВИЧ-инфицированным, инвалидам I группы. В случае, если после заключения договора страхования будет выявлено, что застрахованный указал ложные сведения в анкете, страховщик вправе признать договора страхования недействительным.

Страхователем является дееспособное физическое лицо и юридическое лицо, которое заключает договор ДМС со страховщиком и осуществляет оплату страховых взносов. Страхователь – физическое лицо вправе заключать договор, как в свою пользу, так и в пользу третьего лица (застрахованного). Страхователь – юридическое лицо заключает договоры только в пользу третьих лиц.

Страховщиком признается юридическое лицо любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством Российской Федерации, имеющее лицензию на осуществление данного вида страховой деятельности. Необходимо отметить, что лицензию на ДМС в настоящее время могут получить как универсальные страховые компании, так и специализированные страховые медицинские организации, которые вправе осуществлять только обязательное и добровольное медицинское страхование.

Медицинские организации – это имеющие право на осуществление медицинской деятельности:

- организации любой организационно-правовой формы, предусмотренной законодательством РФ;

- индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

Источниками уплаты страховых взносов по ДМС являются:

1. Для страхователей-юридических лиц – прибыль без ограничений либо в расходы можно включить платежи по договорам ДМС, но в размере не более шести процентов от суммы расходов на оплату труда.

2. Для страхователей-физических лиц – личные доходы. При этом страхователь имеет право на получение налогового вычета при определении налоговой базы в отношении доходов, облагаемых по налоговой ставке 13 %. Данный социальный налоговый вычет предоставляется в размере фактически произведенных расходов, но в совокупности не более 120 000 р. в налоговом периоде.

Следует отметить, что добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. В коллективном страховании застрахованными лицами являются сотрудники крупных компаний. В России ему отдается особенное предпочтение, так как корпоративное страхование более удобно и выгодно страховщикам, ведь продать один договор корпорации проще, чем «ходить» за каждым клиентом.

В действующем законодательстве к перечню медицинских услуг, оказываемых в рамках добровольного медицинского страхования, каких-либо требований и ограничений не предъявляется. Поэтому страховщики вправе предоставлять широкий спектр медицинских услуг, все зависит только от запросов клиентов и возможностей страховщика. Необходимо отметить, что количество страховых случаев по правилам добровольного медицинского страхования также не имеет ограничений.

Отношения между субъектами добровольного медицинского страхования регулируются на основании договора, который бывает двух типов:

1. Договора ДМС, который заключается между страховщиком и страхователем.

2. Договора на оказание медицинской помощи по ДМС, заключаемого между страховщиком и медицинской организацией. На основании этого договора предоставляется медицинская помощь страхователям, застрахованным лицам конкретными медицинскими, социальными и оздоровительными организациями, учреждениями с установлением оплаты за конкретные медицинские услуги. В этом случае условиями договора определяются объем программы предоставления медицинских услуг, возможность выбора условий получения медицинской помощи.

Порядок взаимоотношений между субъектами ДМС изображен на рис. 9.

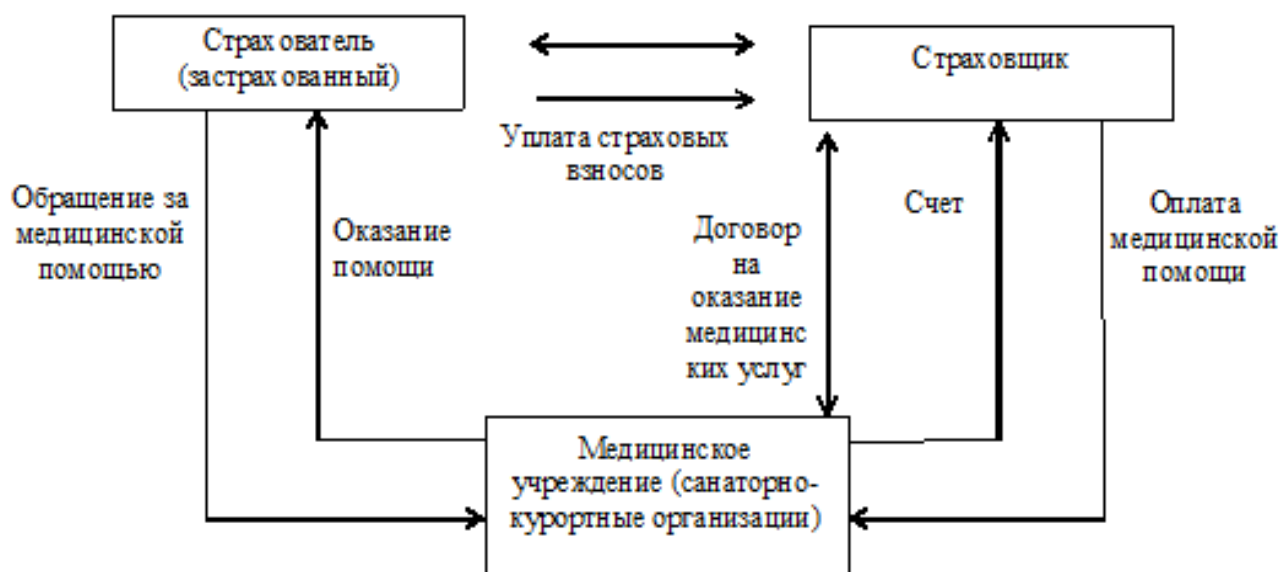


Рис. 9. Порядок взаимоотношений между субъектами ДМС

Он выглядит следующим образом:

1. Заключение договора страхования между страховщиком и страхователем – страхователь уплачивает страховые взносы, в свою очередь страховщик предоставляет гарантии организации оказания медицинской организацией застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая.

2. Медицинская организация и страховщик заключают договор на оказание медицинской помощи страхователю или застрахованному.

3. Страхователь обращается при возникновении страхового случая в медицинскую организацию. При этом с собой необходимо иметь страховой полис – документ, который свидетельствует о праве на получение медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию.

4. Медицинская организация оказывает застрахованному медицинскую помощь.

5. Медицинская организация выписывает и предоставляет счет страховщику за оказанные услуги.



6. Страховщик оплачивает предоставленный счет. В этом случае оплата медицинских услуг осуществляется без участия страхователя, когда медицинская организация направляет счет на оплату предоставленных услуг непосредственно страховой компании. Данный способ является наиболее распространенным.

Однако существуют более простые методы оплаты медицинской помощи. Так, например, медицинское учреждение выставляет счет страхователю, а тот в свою очередь, оплачивает его и предъявляет в страховую компанию. Страховая компания компенсирует последнему расходы на лечение. Также существует и предварительная оплата страховых услуг (до наступления страхового случая) осуществляется, например, при отправлении застрахованного на лечение за рубеж.

Гражданский Кодекс РФ статья 927 говорит нам о том, что личное страхование осуществляется путем заключения договора личного страхования между гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховщиком, имеющим соответствующую лицензию на осуществление определенного вида страхования.

Договор ДМС является публичным договором, то есть страховщик не имеет права отказать страхователю в страховании объекта, если намерения страхователя не противоречат условиям страхования. Одним из условий предоставления страховой защиты по договору страхования является вероятностный характер события, на случай реализации которого производится страхование.

Перед заключением договора добровольного медицинского страхования страховщики проводят андеррайтинговую оценку страхуемого лица, то есть определяют состояние его здоровья, финансовая платежеспособность и др. Андеррайтинг в ДМС необходим для оценки принимаемых на страхование рисков, так как существует высокая вероятность покупки полиса страхования лицом, либо предрасположенным к заболеваниям, входящим в страховое покрытие, либо уже болеющим определенным заболеванием. При заключении договора страхования страховщики должны учитывать данный факт и максимально корректировать условия страхования каждого договора. В этом случае договор заключается после предварительного медицинского осмотра страхуемого лица, либо после заполнения декларации о здоровье.

Для того, чтобы заключить договор страхования, страхователь должен обратиться к страховщику, при этом подав письменное заявление, которое будет содержать список застрахованных лиц, перечень выбранных программ и страховых сумм либо сообщить данную информацию иным способом.

К обязательным условиям договора добровольного медицинского страхования относятся:

- контингент страхователей и застрахованных (наименование сторон и численность застрахованных);
- объект страхования (застрахованные);
- объем страховой ответственности (включая перечень медицинских услуг, соответствующих программе добровольного медицинского страхования);
- страховая сумма;
- тарифные ставки;
- порядок выплат страхового обеспечения;

- срок действия договора страхования.

А также, договором определяются:

- размер страховых платежей и порядок их уплаты;
- условия и сроки вступления договора в силу, а также его прекращения;
- возможность и порядок изменения отдельных первоначальных условий договора;

договора;

- права и обязанности сторон;
- порядок разрешения споров и другие условия.

Договоры могут заключаться как с предварительным медицинским освидетельствованием, так и без него.

После заключения договора каждому гражданину, в отношении которого заключен договор медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, выдается страховой медицинский полис. К полису обязательно прилагаются правила страхования либо выдержки из них, включающие существенные условия, не вошедшие в полис.

Как правило, договор страхования вступает в силу с 00 часов дня, следующего за днем поступления страховой премии либо, если уплата страховой премии предусмотрена договором в рассрочку, то с момента уплаты первого страхового взноса в кассу или на расчетный счет страховщика, если договором страхования не предусмотрено иное.

Договоры ДМС по срокам страхования оформляются на:

- неопределенный срок, т.е. пока страхователь имеет интерес в действии договора (страховой защите) при условии, что уплата страховой премии будет осуществляться регулярно;

– определенный срок в пределах от 3 месяцев до одного года или один год – 10 лет;

– конкретный срок, т.е. на небольшой период времени, что может быть связано с конкретным путешествием, поездкой или другим событием, которые длятся от нескольких дней до 3 месяцев.

Страховым случаем по договору добровольного медицинского страхования является обращение застрахованного за медицинской помощью в лечебно-профилактическое учреждение по причине внезапно возникшего заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления, требующего оказания консультативной и лечебно-диагностической помощи. При этом предполагается организация и оплата медицинских услуг определенного объема и качества в соответствии со страховой программой. Страховой случай считается урегулированным после полного выздоровления, что подтверждается медицинским освидетельствованием.

В системе добровольного медицинского страхования существуют основания для отказа в страховой выплате:

- страхователь сообщил ложные сведения об объекте страхования;
- получение травмы в состоянии различного рода опьянения;

- получение травмы или иного расстройства здоровья, которое наступило при совершении застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- получение травм при покушении на самоубийство;
- умышленного причинения себе телесных повреждений (членовредительство);
- заболевание возникло в результате несчастного случая вследствие военных действий или военной службы;
- лечение производилось методами нетрадиционной медицины или в медицинских учреждениях, не имеющих официальной аккредитации или лицензии;
- получение медицинских услуг, которых нет в перечне оговоренных договором добровольного медицинского страхования;
- получение медицинских услуг в учреждениях, не предусмотренных договором страхования.

К группе рисков, не принимаемых на страхование, обычно относят социально значимые заболевания: СПИД, онкологические, психические, ряд инфекционных заболеваний и т.п.

Страховая премия по договору страхования уплачивается единовременно или в рассрочку. Порядок уплаты страховых взносов при уплате страховой премии в рассрочку определяется в договоре страхования.

Размер страховой премии зависит от следующих факторов:

- вида страховой программы;
- перечня услуг;
- возраста застрахованного лица;
- лимита страховой ответственности;
- тарифа;
- срока страхования;
- действующих цен на медицинские услуги,
- количества застрахованных лиц.

Если договор страхования расторгается раньше положенного срока по причине того, что возможность наступления страхового случая отпала, страховщик имеет право на часть страховой премии пропорционально времени, в течение которого действовал договор страхования. В случае если договор страхования расторгается по инициативе самого страхователя страховая премия не возвращается.

Страховая сумма определяется по соглашению между страхователем и страховщиком. Величина страховой суммы зависит от перечня и стоимости медицинских услуг по договору с включением надбавки страховой организации. Страхователь имеет право по согласованию со страховщиком в течение срока действия договора увеличить размер страховой суммы, расширить или изменить перечень программ страхования с оплатой дополнительного страхового взноса.

При наступлении страхового случая застрахованный должен обратиться в медицинское учреждение, где ему окажут предусмотренные договором услуги, либо страхователь может обратиться непосредственно к страховщику.

Необходимо отметить, что в договоре страхования может быть предусмотрен выжидательный период. Выжидательный период представляет собой промежуток времени, в течение которого застрахованное лицо не может обратиться за медицинскими услугами в медицинское учреждение после наступления страхового случая. Тогда обязательства страховщика возникают после истечения выжидательного периода. Данный период исключает случаи преднамеренного заключения договоров с лицами, ожидающими наступления болезни или уже имеющими страхуемое заболевание. Кроме того, данный период дает страховщику возможность накопить средства для осуществления последующих выплат.

Страховое покрытие (страховая выплата) по ДМС определяется по одному из вариантов:

- 1) твердо установленной страховой суммой, в пределах которой определяется годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного;
- 2) перечнем страховых случаев, при наступлении которых гарантируется полная оплата лечения (в пределах страховой суммы);
- 3) перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Условиями прекращения договора ДМС являются:

- страховщик выполнил свои обязательства по договору в полном объеме;
- срок действия договора страхования истек;
- страхователь не уплатил страховые взносы в установленный договором срок;
- страхователь предоставил неполную или недостоверную информацию;
- застрахованный не соблюдал медицинских предписаний;
- страховой полис используется другими лицами;
- смерть страхователя – физического лица, ликвидация страхователя-юридического лица;
- ликвидация страховщика;
- прекращение договора по согласованию сторон.

После того, как страховой случай урегулирован, страховщик проверяет соответствие оказываемых застрахованному лицу услуг, установленных договором объема, требованиям медицинских стандартов, срокам предоставления услуг и выполнение других условий договора страхования, а также проводит экспертизу качества медицинской помощи.

Важно отметить, что страховщик должен соблюдать тайну страхования. Тайна страхования по договору ДМС заключается в том, что страховщик не имеет право разглашать сведения, полученные им в результате своей профессиональной деятельности, составляющие служебную и/или коммерческую тайну страхователей, выгодоприобретателей и застрахованных лиц, а также личную и/или семейную тайну этих лиц и, сведения о здоровье и имущественном положении этих лиц. Кроме того, страховщики также обязаны хранить врачебную тайну, которую составляет факт обращения за медицинской помощью, сведения о состоянии здоровья, диагнозе и иные данные, полученные при обследовании и лечении, включая содержащиеся в медицинских документах.

Подводя итоги рассмотрения теоретического вопроса по обязательному и добровольному медицинскому страхованию необходимо отметить, что медицинское страхование имеет важное значение для развития отечественной системы здравоохранения. Медицинское страхование служит формой социальной защиты интересов населения Российской Федерации в сфере охраны здоровья. Обязательное медицинское страхование осуществляется в силу закона, а добровольное реализуется на основе договора, который заключается между страховщиком и страхователем.

Целью создания системы медицинского страхования является предоставление населению гарантий получения медицинской помощи за счет накопленных средств при возникновении страхового случая, а также обеспечение финансовыми средствами профилактических мероприятий.

## 6. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ РЫНКА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Для понимания современного состояния рынка добровольного медицинского страхования в России рассмотрим, как изменяется сумма страховых премий и выплат по данному виду страхования за последние шесть лет (см. табл. 6).

Таблица 6

Динамика страховых премий и выплат по добровольному медицинскому страхованию в Российской Федерации за период 2010–2015 гг.

Год	Поступления, млн р.	Темп роста, %	Выплаты, млн р.	Темп роста, %	Коэфф. выплат
2015	128 957	103,94	99 641	104,64	77,27
2014	124 075	107,92	95 220	105,87	76,74
2013	114 966	105,81	89 942	110,29	78,23
2012	108 654	111,8	81 551	111,01	75,06
2011	97 184	113,32	73 463	111,84	75,59
2010	85 763	–	65 685		76,59

Согласно данным табл. 6 величина страховых премий, как и страховых выплат, за период 2010–2015 гг. увеличивается. Так за исследуемый период величина страховых премий возросла в 1,5 раза (на 50 %), а страховых выплат 1,52 раза (на 52 %). По мнению аналитиков, рынок добровольного медицинского страхования растет в основном за счет инфляции стоимости услуг лечебно-профилактических учреждений. Так, средние цены ДМС в 2014 г. выросли на 16,3 % относительно показателя предыдущего года и составили 1 331,4 р. за прием. Рост цен на медицинские услуги, в свою очередь, связан с увеличением зарплат персонала, ставок аренды помещений, цен импортного оборудования и лекарств. А также небольшое влияние на рост взносов по ДМС оказывает покупка средними и малыми предприятиями полисов медицинского страхования для своих сотрудников.

Далее рассмотрим, какую долю занимает ДМС в целом на рынке страхования и в отрасли личного страхования (см. табл. 7 – табл. 11).

Согласно данным, представленным в табл. 7, доля страховых премий по добровольному медицинскому страхованию в составе страховых премий в целом на страховом рынке России составляет за период

2012–2015 гг. более 12 %. Несмотря на то, что за исследуемый период доля данного вида страхования снижается, эта величина продолжает быть высокой.

Аналогичная ситуация наблюдается по страховым выплатам (см. табл. 8). За период 2012–2015 гг. доля страховых выплат по добровольному медицинскому страхованию в составе страховых выплат в целом на страховом рынке России является высокой – колеблется около 20 %. За исследуемый период данный показатель также стремится к снижению.

Таблица 7

Место добровольного медицинского страхования на страховом рынке Российской Федерации за период 2012–2015 гг. (по страховым премиям)

Наименование	Страховые премии							
	2012		2013		2014		2015	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
Всего страхование (кроме ОМС)	809 060	100,00	904 430	100,00	987 773	100,00	1 023 819	100,00
ДМС	108 654	13,43	114 966	12,71	124 075	12,56	128 957	12,60

Таблица 8

Место добровольного медицинского страхования на страховом рынке Российской Федерации за период 2012–2015 гг. (по страховым выплатам)

Наименование	Страховые выплаты							
	2012		2013		2014		2015	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
Всего страхования (кроме ОМС)	369 440	100,00	420 769	100,00	472 268	100,00	509 217	100,00
ДМС	81 551	22,07	89 942	21,38	95 220	20,16	99 641	19,57

В отрасли личного страхования за период 2012 года добровольное медицинское страхование занимает лидирующие позиции (см. табл. 9). Доля страховых премий по ДМС в общем объеме страховых премий по личному страхованию составляет 46 %. Однако за период 2013–2015 гг. данный показатель снижается до 37,98 %, аналогичная ситуация наблюдается и по страхованию от несчастных случаев (снижение с 31,22 до 23,82 %). Таким образом, в 2015 году лидером по объему страховых премий в составе личного страхования является страхование жизни – 38,2 %.

Таблица 9

Место добровольного медицинского страхования на страховом рынке Российской Федерации в отрасли личного страхования за период 2012–2015 гг. (по страховым премиям)

Вид страхования	Страховые премии							
	2012		2013		2014		2015	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
Личное страхование всего, в т.ч.	236 229	100,00	293 621	100,00	328 110	100,00	339 561	100,00
Страхование жизни	53 824	22,78	84 890	28,91	108 531	33,08	129 715	38,20

Вид страхования	Страховые премии							
	2012		2013		2014		2015	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
Страхование от несчастных случаев	73 751	31,22	93 765	31,93	95 504	29,11	80 889	23,82
ДМС	108 654	46,00	114 966	39,15	124 075	37,82	128 957	37,98

Таблица 10

Место добровольного медицинского страхования на страховом рынке Российской Федерации в отрасли личного страхования за период 2012–2015 гг. (по страховым выплатам)

Вид страхования	Страховые выплаты							
	2012		2013		2014		2015	
	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %	Сумма, млн р.	Уд. вес, %
Личное страхование, всего, в т. ч.	105 154	100,00	115 472	100,00	124 722	100,00	138 135	100,00
Страхование жизни	13 349	12,69	12 333	10,68	14 228	11,41	23 688	17,15
Страхование от несчастных случаев	10 253	9,75	13 197	11,43	15 274	12,25	14 806	10,72
ДМС	81 552	77,55	89 942	77,89	95 220	76,35	99 641	72,13

Что касается суммы страховых выплат в отрасли личного страхования, то за период 2012–2015 гг. наибольшая доля принадлежит сегменту добровольного медицинского страхования – за 2012 г. 77,55 % (см. табл. 10). Однако за исследуемый период данный показатель снижается, тогда как доля страховых выплат по страхованию жизни, напротив, имеет динамику в сторону увеличения.

Далее рассмотрим топ-10 страховых компаний-лидеров, осуществляющих добровольное медицинское страхование в России (см. табл. 11).

Таблица 11

Топ-10 страховых организаций-лидеров по сбору страховых премий за 12 месяцев 2015 года

№	Название страховой компании	Сумма, тыс. р.	Доля рынка, %
1	СОГАЗ	34 927 917	27,09
2	Ресо-Гарантия	9 590 139	7,44
3	АльфаСтрахование	8 274 368	6,42
4	Ингосстрах	8 070 236	6,26
5	Росгосстрах	7 725 472	5,99
6	ЖАСО	7 532 579	5,84
7	Альянс	7 365 140	5,71
8	ГРУППА Ренессанс Страхование	4 480 274	3,47



№	Название страховой компании	Сумма, тыс. р.	Доля рынка, %
9	ВТБ Страхование	4 097 093	3,18
10	ВСК	3 170 471	2,46
Итого:		95 233 689	73,85
Остальные:		33 723 281	26,15
Всего по рынку:		128 956 970	100,00

Согласно данным табл. 11 лидером рынка добровольного медицинского страхования является страховая организация СОГАЗ, на данную страховую компанию приходится 27,09 % всего рынка ДМС в России. А также необходимо отметить, что почти 74 % рынка ДМС принадлежит первым десяти страховым компаниям, что говорит о высокой монополизации рынка ДМС в России.

Если рассматривать сумму поступлений на рынке добровольного медицинского страхования в разрезе по регионам страны, то мы увидим, что на первую десятку субъектов Российской Федерации приходится 84 % всех страховых премий России (см. табл. 12).

Таблица 12

Сумма страховых премий по добровольные медицинские страхования по первым десяти регионам Российской Федерации за 12 месяцев 2015 г.

№	Регион	Сумма, тыс. р.	Доля на рынке, %
1	Москва	82 195 519	63,74
2	Санкт-Петербург	10 853 839	8,42
3	Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	3 380 678	2,62
4	Свердловская область	2 521 020	1,96
5	Республика Татарстан	2 301 573	1,79
6	Московская область	1 736 773	1,35
7	Челябинская область	1 549 736	1,20
8	Пермский край	1 343 016	1,04
9	Кемеровская область	1 288 840	1,00
10	Нижегородская область	1 181 794	0,92
Итого		108 352 788	84,04
Остальные		20 604 182	15,96
Всего по рынку		128 956 970	100,00

По данным табл. 12 видно, что большая часть страховых премий России приходится на Москву и Санкт-Петербург (63,74 и 8,42 % соответственно), что объясняется высоким уровнем доходов населения, развитой экономикой в городах.

Что касается Иркутской области, то по величине страховых премий за аналогичный период она занимает 23 место, на долю данного субъекта Российской Федерации приходится 0,53 % всех страховых премий России. Для более подробного анализа рынка ДМС Иркутской области необходимо отметить, что рассматриваемый нами регион имеет определенные особенности, что значительно сказывается на состоянии страхового рынка Иркутской области, в том числе на рынок ДМС. Отметим некоторые из них:

– низкая плотность населения (3,11 чел./км<sup>2</sup>), кроме того население в пределах области размещено крайне неравномерно. Основная его часть (75 %) проживает в юго-западных районах, расположенных вдоль Транссибирской магистрали и Западного участка Байкало-Амурской Магистрали. При этом значительные территории остаются слабо освоенными и малонаселенными, что создает сложности в плане организации продаж и доступности информации о страховых продуктах;

– урбанизация населения, процент которой довольно высок (78,9 %), но несравним с урбанизацией европейской части России, поэтому страховщикам необходимо иметь точки продаж в «сельской местности» или возможность продажи продуктов по сети Интернет при наличии таковой в населенном пункте;

– низкий средний душевой доход (см. табл. 13).

Согласно данным табл. 12 за период 2010–2014 гг. среднедушевой денежный доход населения Иркутской области имеет динамику в сторону увеличения. Так за исследуемый период данный показатель возрос на 34 %, однако остается достаточно низким, чтобы позволить полноценное индивидуальное добровольное медицинское страхование, что делает его прерогативой более обеспеченных слоев населения или уводит в сферу корпоративного добровольного медицинского страхования.

Таблица 13

Среднедушевой денежный доход населения Иркутской области

Год	Рублей в месяц
2010	15 109,7
2011	16 017,2
2012	17 820,0
2013	19 424,5
2014	20 223,8

– Высокий уровень загрязненности (см. табл.14).

Таблица 14

Уровень загрязнения атмосферного воздуха

Показатель	Год		
	1995	2013	2014
Число предприятий, имеющих выбросы вредных веществ	554	770	783
Выброшено в атмосферу загрязняющих веществ, тыс. тонн	638	686	637

Согласно табл. 13 Иркутская область характеризуется неблагоприятной экологической обстановкой. Так, число предприятий, имеющих выбросы вредных веществ в атмосферу, с каждым годом увеличивается. Веществ, выброшенных в атмосферу, хоть и снижается, однако остается на высоком уровне. Данная ситуация напрямую влияет на увеличение вероятности возникновения рисков,

связанных с заболеваемостью. Однако по обеспеченности доброкачественной питьевой водой ситуация противоположная. Иркутская область входит в группу субъектов Российской Федерации с наименьшей долей недоброкачественной питьевой воды – менее 5 %.

Необходимо отметить, что рынок ДМС Иркутской области по показателям его характеризующим, опережает большинство рынков Восточной Сибири, являясь одним из самых перспективных и интенсивно развивающихся (см. табл. 14).

Как видно из табл. 15 на рынок Иркутской области приходится порядка 16,47 % всего рынка ДМС Сибирского Федерального округа. Доля крупнейшего страховщика Иркутской области ниже, чем в соседней Бурятии, Забайкальском крае, республике Хакасия, республике Алтай, Омской и Томской областях, Тыве. Это говорит о высокой конкуренции на рынке ДМС в Иркутской области. Кроме того, Иркутская область имеет местных страховщиков, которые занимают более 15 % рынка ДМС. По данному показателю превосходит лишь Кемеровская область, четыре региональные компании которой занимают более 40 % рынка.

Таблица 15

Рынок ДМС регионов Сибирского Федерального округа  
за 12 месяцев 2015 года

№	Регион	Объем страховых поступлений рынка ДМС, тыс. р.	Доля субъекта РФ на рынке ДМС Восточной Сибири	Количество страховых организаций, занимающихся ДМС	Доля местных страховщиков на рынке ДМС	Крупнейший страховщик, доля на рынке, %
1	Забайкальский край	86 179	2,08	15	0	СОГАЗ (61,2)
2	Иркутская область	680 979	16,47	35	15,11	Росгосстрах (18,28)
3	Красноярский край	714 159	17,28	48	0	СОГАЗ (18,28)
4	Республика Бурятия	50 804	1,23	15	0	СОГАЗ (58,82)
5	Республика Хакасия	39 903	0,97	13	0	СОГАЗ (41,04)
6	Республика Тыва	958	0,02	6	0	ВСК (56,16)
7	Республика Алтай	9 347	0,23	8	10,16	ВСК (30,28)
8	Алтайский край	247 124	5,98	27	8,48	Росгосстрах (17,28)
9	Кемеровская область	1 288 840	31,18	33	40,38	Сибирский спас (18,64)
10	Новосибирская область	115 894	2,80	41	10,92	СОГАЗ (12,34)
11	Омская область	522 522	12,64	26	0	АСКО (46,11)
12	Томская область	377 213	9,12	24	13,26	СОГАЗ (45,28)
13	Итого	4 133 922	100,00	291	–	–

По объемам страховых премий Иркутская область занимает третье место после Кемеровской области и Красноярского края, остальные регионы очень

сильно отстают по большинству приведенных в таблице критериев, это обусловлено различными причинами, среди которых развитая экономика региона и привлекательность рынка для страховщиков.

Рассмотрим топ-10 страховых компаний, являющихся лидерами по сборам страховых премий в Иркутской области (см. табл. 16).

Таблица 16

Топ-10 страховых организаций-лидеров по сбору страховых премий за 12 месяцев 2015 года

№	Название страховой организации	Сумма, тыс. р.	Доля на рынке, %
1	Росгосстрах	124 466	18,28
2	СОГАЗ	105 661	15,52
3	Ингосстрах	100 038	14,69
4	Альянс	76 284	11,2
5	ВостСибЖАСО	55 334	8,13
6	Диана	46 289	6,8
7	Гелиос	43 586	6,4
8	ЖАСО	32 113	4,72
9	БАСК	20 846	3,06
10	ВСК	12 119	1,78
Итого:	–	616 736	90,57
Остальные:	–	64 243	9,43
Всего по рынку:	–	680 979	100

По данным за 12 месяцев 2015 года добровольным медицинским страхованием занимались 35 страховых организаций. При этом первая десятка по объемам страховых премий имеет более 90 % всего рынка ДМС Иркутской области.

В первой десятке рейтинга по объемам страховых премий находятся компании, которые являются лидерами по этим показателям на общероссийском рынке: «Росгосстрах», «СОГАЗ», «Ингосстрах», «ЖАСО», помимо них в рейтинг вошли две региональные страховые компании «ВостСибЖАСО» и «Диана». По приведенным данным можно сделать вывод о том, что рынок ДМС Иркутской области является достаточно концентрированным, сравнив данные показатели с соседними регионами.

Теперь остановимся более подробно на предлагаемых страховых продуктах по ДМС. С этой целью были проанализированы сайты страховых компаний, которые являются лидерами в этом сегменте страхового рынка в 2013 г. в Иркутской области (см. табл. 17).

Ассортимент страховых продуктов по ДМС по Иркутской области<sup>1</sup>

Страховая компания	Программы
<b>СОГАЗ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторно-поликлиническое обслуживание</li> <li>• Скорая и неотложная медицинская помощь</li> <li>• Стоматологическая помощь</li> <li>• Экстренное и плановое стационарное обслуживание</li> <li>• Организация медицинской помощи и информационная поддержка застрахованных в формате 24 часа 7 дней в неделю.</li> </ul>
РОСГОССТРАХ	<p>Комплексное медицинское страхование:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторно-поликлиническая помощь</li> <li>• Стоматологическая помощь</li> <li>• Скорая и неотложная медицинская помощь</li> <li>• Экстренное стационарное лечение</li> </ul> <p>Специализированные продукты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «РГС Защита от Клеща»</li> <li>• «РГС Здоровье»</li> <li>• «РГС Защита от гепатита»</li> <li>• «РГС Гость»</li> <li>• «Российский медицинский ассистанс».</li> </ul>
ИНГОССТРАХ	<p>Индивидуальные и семейные продукты:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Поликлиника</li> <li>• Стоматология</li> <li>• Личный врач – терапевт (VIP, стандарт)</li> <li>• Экстренная госпитализация</li> <li>• «Аптека Ригла»</li> </ul>
Диана	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Динамическое наблюдение беременности»</li> <li>• «Мать и дитя».</li> <li>• Малышок</li> <li>• Детство</li> <li>• ДМС для всей семьи</li> <li>• Страхование от риска укуса инфицированного клеща</li> <li>• Амбулаторно-стационарное лечение</li> <li>• Стационарная помощь</li> <li>• Полное диагностическое обследование</li> <li>• Реабилитационное – восстановительное (санаторно-курортное) лечение</li> </ul>
ВОСТСИБЖАСО	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Амбулаторная помощь</li> <li>• Стационарная помощь</li> <li>• Комплексная медицинская помощь</li> <li>• Страхование от укуса клеща, по профилактике заболевания клещевым энцефалитом и болезнью Лайма</li> <li>• Страхование для наблюдения по беременности и на роды</li> </ul>

<sup>1</sup> Составлено авторами на основе данных официальных сайтов: <http://www.sogaz.ru>, <http://www.rgs.ru>, <http://sgmsk.ru>, <http://www.ingos.ru>, <http://www.dianask.ru>, <http://www.vsjaso.ru>, <http://www.zhaso.ru>, <http://www.everest.irk.ru>, <http://sgmsk.ru>, <http://www.icbask.ru>, <http://www.soglasie.ru>.

Программы обслуживания в лечебных учреждениях по полису ДМС отличаются по стоимости в зависимости от уровня лечебных учреждений, видов медицинской помощи и лабораторно-диагностических исследований, включенных в программу страхования, а также набором специалистов.

Рассмотрим более подробно страховые программы СК «Росгосстрах».

***1. Комплексное медицинское страхование состоит из следующих опций:***

- *Амбулаторно-поликлиническая помощь.*

Услуги по программе «Амбулаторно-поликлиническая помощь» включают объем услуг и медикаментов, полученных по медицинским показаниям и не включенных в базовую программу ОМС, которые подлежат возмещению со стороны страховщика:

- Амбулаторно-поликлиническое обслуживание;
- Лабораторно-диагностические исследования;
- Инструментальные исследования;
- Медикаменты при амбулаторном лечении.

Страховая сумма в зависимости от выбранного варианта страхования составляет от 10 000 до 50 000 р. Возраст застрахованных: 0–75 лет. Срок действия договора: 1 год. Территория страхования: РФ

Программа позволяет получить медицинскую помощь в поликлинике без очередей в полном объеме, необходимом для диагностики и лечения острого или обострения хронического заболевания. Программа страхования включает в себя консультации врачей-специалистов, лабораторную диагностику, функциональные и инструментальные исследования, физиотерапевтическое лечение. По программе проводятся необходимые лечебные манипуляции и процедуры, амбулаторные операции. Также программой предусмотрено оформление больничных листов и рецептов на приобретение лекарственных препаратов (за исключением лекарств для льготных категорий).

- *Стоматологическая помощь.*

Позволяет получить плановую и экстренную стоматологическую помощь с использованием современных пломбировочных материалов и обезболивающих средств. Программа включает хирургическую стоматологию лечение заболеваний пародонта и стоматитов с применением современного оборудования и материалов последнего поколения. По желанию страховая программа может включать любой набор из блоков обслуживания в поликлинике, стоматологической помощи и экстренной госпитализации.

- *Скорая и неотложная медицинская помощь.*

Включает в себя неограниченное количество выездов бригады скорой медицинской помощи с целью купирования неотложного состояния и при необходимости медицинской транспортировки в стационарное учреждение.

- *Экстренное стационарное лечение.*

Включает в себя госпитализацию по экстренным показаниям в палаты многопрофильных коммерческих стационаров. Программа предусматривает пребывание в стационаре, оперативные вмешательства, проведение других лечебных манипуляций и процедур, включая медикаментозное лечение в соответствии с существующими стандартами оказания стационарной помощи. По желанию

страховая программа может включать любой набор из блоков обслуживания в поликлинике, стоматологической помощи и госпитализации. Программы скорой и неотложной медицинской помощи, а также госпитализации, продаются дополнительно к программе амбулаторно-поликлинического обслуживания.

## **2. Специализированные продукты:**

- *«РГС Защита от клеща».*

Данная программа предоставляет медицинские услуги в рамках ДМС по предупреждению и лечению заболеваний (клещевой энцефалит и болезнь Лайма), вызванных укусом (присасыванием) клеща. И включает в себя следующие виды медицинской помощи:

- амбулаторная помощь: включает лечебные и диагностические мероприятия, предназначенные для застрахованных, у которых обнаружены присосавшиеся иксодовые клещи или которых укусил клещ;
- стационарная помощь: включает медицинские услуги в условиях стационара в случае заболевания клещевым энцефалитом или болезнью Лайма после проведения экстренной профилактической иммунизации;
- реабилитационно-восстановительная помощь: включает мероприятия в случае обращения застрахованного за восстановительным лечением после стационарного лечения.

Страховая сумма: 50 000–250 000 р. Возраст застрахованных: 0–75 лет. Срок действия договора: 1 год. Территория страхования: РФ.

- *«РГС Гость».*

Программа страхования предусматривает медицинскую помощь иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно находящимся на территории РФ.

Набор услуг:

- экстренная поликлиническая помощь;
- скорая и неотложная медицинская помощь;
- медико-транспортные услуги и услуги по репатриации;
- экстренная стационарная помощь;
- экстренная стоматологическая помощь.

На выбор страхователя предлагается три варианта программы.

Страховая сумма: 50 000–150 000 р.; Возраст застрахованных: 18–60 лет; Срок действия договора: от 3х месяцев до 1 года; Территория страхования: РФ.

- *«РГС Здоровье».*

РГС Здоровье предоставляет медицинские и/или иные услуги по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи. Предлагается 4 вида программ:

- Программа «ЗАЩИТА».

Программа позволяет получить медицинскую помощь в поликлинике без очередей в объеме, необходимом для диагностики и лечения острого заболевания. Основная медицинская помощь оказывается врачом общей практики – терапевтом. Программа страхования включает в себя консультации врачей-специалистов

(невролога, офтальмолога и хирурга). Лабораторная диагностика (анализ крови, мочи) и инструментальные исследования (ЭКГ, УЗИ, рентген) по программе проводятся с ограничением. По программе проводятся необходимые лечебные манипуляции и процедуры, амбулаторные операции. Также программой «Защита» предусмотрено оформление больничных листов и рецептов на приобретение лекарственных препаратов (за исключением лекарств для льготных категорий).

- Программа «ЭКОНОМ».

Программа «Эконом» включает программу «Защита», а также дополнительные услуги –приемы врачей-специалистов: отоларинголога, окулиста, кардиолога, эндокринолога, дерматолога, уролога. Также добавляется десять физиотерапевтических процедур, проводимых в поликлинике.

- Программа «СТАНДАРТ».

Программа «Стандарт» включает программу «Эконом», а также дополнительные услуги: разработка врачом общей практики (терапевтом) индивидуального плана наблюдения пациента. Добавляются дополнительные исследования гормонов щитовидной железы, урогенитальных инфекций и исследования на дисбактериоз, а также инструментальные и функциональные методы исследования.

- Программа «ЭЛИТ».

Самая широкая программа с высоким уровнем сервиса. Она включает в себя программу «Стандарт» с добавлением услуг личного врача. Личный врач общей практики разрабатывает и ведет индивидуальный план наблюдения пациента, осуществляет приемы в клинике и на дому, проводит консультации пациента по мобильному телефону. В программу включены услуги среднего медицинского персонала на дому (забор материалов для лабораторных исследований). Дополнительно по программе «Элит» предусмотрены консультации дорогостоящих специалистов: психотерапевта и аллерголога.

- *«РГС Защита от гепатита».*

По настоящей программе страховщик осуществляет компенсацию расходов застрахованного на дополнительные виды исследований и дорогостоящие медикаменты (не включенные в базовую программу ОМС) при амбулаторном лечении в случае заболевания острыми вирусными гепатитами В и С.

- *«Российский медицинский ассистанс».*

Программа предусматривает страхование неотложных медицинских расходов иностранных граждан, временно находящихся на территории РФ, а также российских граждан при их нахождении вне постоянного места жительства или основного места работы на территории РФ.

Три вида программ предусматривают предоставление следующих услуг (оплату расходов, связанных с оказанием следующих услуг) застрахованному при наступлении страхового случая в соответствии с выбранным, согласно договора страхования:

- медицинские услуги вследствие внезапного заболевания, несчастного случая и связанные;
- медико-транспортные услуги;
- услуги по репатриации;



- Услуги по экстренной стоматологической помощи, возникшие вследствие внезапного заболевания.

Страховая сумма: 300 000–900 000 р. Возраст застрахованных: 0–80 лет. Срок действия договора: до 1 года. Территория страхования: РФ.

- *«Экстренная помощь».*

Программа включает в себя ограниченное количество вызовов скорой медицинской помощи (не более 3-х раз) и госпитализацию по экстренным показаниям в палаты многопрофильных коммерческих стационаров. Программа предусматривает пребывание в стационаре не более 15 дней в течение договора страхования, что достаточно для купирования остро возникшего состояния, и обострения хронического заболевания в соответствии с существующими стандартами оказания стационарной помощи.

Таким образом, добровольное медицинское страхование в России относится к одному из самых востребованных и динамично развивающихся видов страховой деятельности. Большая часть рынка ДМС составляет корпоративные программы. Низкий спрос со стороны частных клиентов обусловлен низкими доходами населения и высокой стоимостью полиса ДМС. Рост страховых премий и выплат обусловлен в основном ростом цен на медицинские услуги.

Рынок добровольного медицинского страхования Иркутской области характеризуется привлекательностью для страховщиков и высокой степенью развития.

## 7. ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Сфера обязательного медицинского страхования, действующая на сегодняшний день в России, имеет ряд недостатков.

С принятием в 2010 г. Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в систему ОМС были внесены серьезные изменения, которые были необходимы для улучшения ее функционирования и способствующие повышению финансовой устойчивости, а также повышению качества медицинской помощи.

Так, можно выделить основные из них:

– Во-первых, раннее оказание медицинской помощи гражданину, который находится за пределами постоянного места жительства, было проблематичным. Дело в том, что схема взаиморасчетов между разными субъектами Российской Федерации была очень сложной, что порождало недостаточное финансирование медицинских организаций за лечение «не нашего» больного и, как результат, незаинтересованность персонала в оказании ему медицинской помощи. Сейчас данная проблема решена. Теперь функция межтерриториальных расчетов входит в компетенцию Федерального фонда, который аккумулирует у себя часть средств. Законом № 326 установил, что не позднее 25 дней медицинское учреждение, оказавшее помощь и выставившее счет, может получить деньги за лечение больного. В случае, если медицинская организация отказалась оказать помощь, к ней будут применены санкции.

– Во-вторых, теперь застрахованное лицо имеет выбрать страховую компанию, медицинскую организацию, лечащего врача.

– В-третьих, сегодня Федеральный фонд устанавливает показатели деятельности страховых медицинских организаций. Теперь СМО заинтересованы осуществлять контроль объема и качества работы медицинских учреждений и медицинской помощи, оказываемой ими.

Однако, несмотря на все проведенные изменения, в системе ОМС продолжает оставаться некоторые проблемы.

Необходимо обратить внимание на то, что на сегодняшний день сфера ОМС в основном служит источником финансирования здравоохранения, о чем есть намек даже в законодательстве. Исходя из этого, нельзя утверждать, что, обязательное медицинское страхование функционирует как страхование.

В данный момент сфера обязательного медицинского страхования не полностью согласована со страховыми принципами. Так, например, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации хоть и выполняют некоторые функции страховщика, но, по сути, не управляют риском, подлежащим страхованию, а являются техническими агентами по осуществлению финансирования.

К факторам наиболее существенным в сфере ОМС относятся качество, доступность и эффективность предоставляемой медицинской помощи.

Проблема качества медицинской помощи является важной для сохранения здоровья, профилактики заболеваний, увеличения продолжительности жизни и

улучшения ее качества при заболеваниях и при инвалидности и других направлений ее оказания.

Необходимо отметить, что в основном финансирование медицинской помощи ложится на плечи самих граждан и работодателей. Расходы населения на покупку лекарственных средств и получения медицинских услуг растут довольно быстро. Но при этом качество бесплатной медицинской помощи снижается. В наибольшей степени от этого страдают население с низким доходом. Таким образом, неравенство возможностей в получении качественной медицинской помощи между различными социальными группами с каждым годом увеличивается. Источником сложившейся проблемы являются дефицит кадров, низкий профессиональный уровень врачей, отсутствие мотивации медицинских работников в предоставлении более качественной медицинской помощи, высокая степень изношенности медицинского оборудования, недостаток финансирования для приобретения необходимого оборудования и лекарств.

По данным Счетной палаты РФ, подавляющая часть региональных программ госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи испытывает нехватку денежных средств. В результате у большинства регионов в процессе планирования объемов медицинской помощи главным критерием является не фактическая потребность в ней населения, а финансовая возможность региона и сложившаяся сеть учреждений здравоохранения. Дефицит средств ОМС выявлен по 40 программам в 2013 г. на сумму 26,1 млрд р., а в 2014-м – уже по 59 программам на 55,3 млрд р. В какой-то степени это вызвано возрастанием средней продолжительности жизни населения, развитием медицинских технологий с высокой стоимостью, сокращением налогооблагаемой базы за счет того, что занятых граждан в теневом секторе экономики становится все больше, увеличение доли нетрудоспособного населения.

Из всего вышеизложенного можно сделать вывод, что существующая в России сфера обязательного медицинского страхования нуждается в структурной, инвестиционной перестройке отрасли, направлением которой является возрастание экономической и клинической эффективности ее функционирования, повышение качества медицинских услуг и обеспечение конституционных прав населения Российской Федерации на гарантированный государством объем медицинской помощи.

Издержки сферы ОМС стала стимулом для активного развития добровольного медицинского страхования в России.

На сегодняшний день добровольное медицинское страхование является одним из самых востребованных направлений на российском страховом рынке. На протяжении нескольких лет наблюдается стабильный рост данного направления. Подтверждением этому служит увеличение страховых премий и выплат по данному направлению. Так, если в 2010 г. сумма страховых премий составляла 85,7 млрд р., то в 2014 г. – 124 млрд р. Что касается страховых выплат, то в 2010 г. их сумма составляла 65,7 млрд р., а в 2014 году – 96,2 млрд р. Темп прироста данных показателей равен 89 и 46,4 % соответственно.

Таким образом, перспективы развития ДМС позитивны, однако, для того, чтобы оно в полной мере стало массовым видом страхования, должны произойти

значительные изменения, как в уровне благосостояния населения, так и на уровне государства в целом. Опыт развитых стран доказывает, что именно ДМС является наиболее эффективным механизмом финансирования медицины. Однако, развитие ДМС в нашей стране, несмотря на большой потенциал его востребованности, сталкивается с определенными трудностями.

По мнению национального рейтингового агентства «Эксперт РА» основным фактором, сдерживающим развитие ДМС в России, являются низкие доходы подавляющей части населения и существенная доля среднего класса, что влечет за собой дефицит массового спроса на коммерческое медицинское страхование.

Нередко развитие ДМС делают затруднительным и сами медицинские организации. Из-за низкой конкуренции начинается рост цен на медицинские услуги, при этом лечебных учреждений, способных качественно обслуживать такого рода программы, постоянно не хватает. В большинстве городов трудно найти больницу или поликлинику, которая бы в полной мере соответствовала требованиям страховщика. В результате чего все больше страховых организаций стремятся создавать собственные медицинские учреждения, чему препятствует высокая стоимость создания хорошего медицинского центра.

Одним из факторов ограничения масштабов сотрудничества страховых компаний и медицинских учреждений является конфликт интересов, который заключается в стремлении медицинских учреждений завязать стоимость и количество оказанных услуг. Страховые компании отмечают, что повышение цены со стороны лечебных учреждений наблюдается несколько раз в год, в результате чего у страховщиков возникают дополнительные расходы, так как при заключении договоров со страхователями повышение цены не учитывается. При этом, по мнению страховых компаний, качество лечения не улучшается, а иногда даже, наоборот, наблюдается снижение качества медицинских услуг.

Наиболее существенным среди факторов, тормозящих развитие рынка ДМС, служит несовершенство налогового законодательства в этой сфере. По закону отчисления на ДМС, которые работодатели вправе относить на себестоимость, должны быть не более 6 % от фонда оплаты труда предприятия. При этом в социальных пакетах крупных зарубежных компаний до 40 % затрат на персонал относится к непрямым денежным выплатам, включающим и медицинское страхование, и пенсионный план, и страхование жизни.

Необходимо отметить еще одну существенную проблему ДМС в России, которая связана с выбором медицинского учреждения – активное использование псевдостраховых схем, в данном случае речь идет о так называемых «монополисах». Суть их заключается в том, что медицинские учреждения, которые оказывают платные медицинские услуги населению, оформляют оплату этих услуг разовыми полисами добровольного медицинского страхования – «монополисами». Данные полисы выписывается самими лечебными учреждениями непосредственно при обращении лица за медицинской помощью. Однако, согласно статье 9 Закона «Об организации страхового дела в РФ», под страховым риском подразумевается предполагаемое событие, на случай наступления которого осуществляется страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового

риска, должно иметь признаки вероятности и случайности его наступления. В связи с этим «монополисы» не соответствуют принципам страхования.

Необходимо отметить, что существует несовершенство в законе, регулирующем добровольное медицинское страхование, «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Так, распространенной практикой является оплата по факту оказанных медицинских услуг. Однако, такой способ оплаты не всегда является приемлемым для медицинских организаций, поскольку лекарства, медицинский инструментарий, изделия медицинского назначения нужно покупать до начала оказания услуг, а это влечет за собой экономические риски для медицинских организаций, учитывая один из основных принципов охраны здоровья граждан федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ – «соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» (ст. 4 п. 1).

Некоторые медицинские организации используют схемы взаиморасчетов путем авансирования, при которых сначала осуществляется оплата оказанных услуг, а затем, по результатам оказания медицинских и связанных с ними услуг, страховщику направляется реестр оказанных услуг.

Такие схемы приемлемы только для крупных многопрофильных медицинских центров, поскольку в случае с мелкими и средними организациями возможен риск неиспользования значительной части аванса.

Для страховщика, помимо возникновения дебиторской задолженности, неиспользование части аванса влечет налоговую ответственность по статье 121 Налогового кодекса Российской Федерации, так как в силу статьи 294 Налогового кодекса на затраты относятся только страховые выплаты, следовательно, авансовые выплаты в части, не подтвержденной оправдательными документами, не будут считаться страховыми.

Причина, по которой медицинские организации выбирают авансовые формы расчетов, – систематическое нарушение страховщиками сроков оплаты медицинских услуг, установленных договорами.

Ранее статьей 27 федерального закона от 28.06.1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» был установлен предельный срок оплаты счетов медицинских организаций – 1 месяц. Сейчас такие ограничения отсутствуют, что негативным образом складывается на взаимоотношениях страховщиков и медицинских организаций и косвенно на застрахованных лицах.

Также остро стоит вопрос оценки качества медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам по договорам ДМС.

Ранее порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств в статье 23 закона № 1499-1 был указан в качестве одного из существенных условий договора на предоставление медицинских услуг по медицинскому страхованию (как обязательному, так и добровольному). В настоящее же время право страховой компании как заказчика по договору на предоставление медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию основано только на положениях статьи 715 и 783 Гражданского кодекса Россий-

ской Федерации. Это является не совсем правильным, учитывая, что посредством оказания медицинских услуг реализуются права человека на охрану здоровья, жизни и личную неприкосновенность.

Следствием отсутствия законодательно закреплённого порядка контроля оказания медицинских услуг по ДМС является значительное число судебных споров по искам о причинении вреда вследствие ненадлежащего оказания медицинских услуг.

Однако доведение данных споров до суда также является неверным шагом. Часто в заключениях судов отсутствуют четкие и однозначные выводы о наличии (отсутствии) причинной связи между некачественными медицинскими услугами и наступившими для пациентов неблагоприятными последствиями. Следовательно, судья, не имея медицинского образования, вынужден согласиться с мнением экспертов, несмотря на то, что в силу законодательно установленных норм он оценивает доказательства, по внутреннему убеждению, а заключение эксперта не является для него обязательным.

Таким образом, практика осуществления добровольного медицинского страхования в России подтверждает, что существует ряд сложностей и проблем, которые не дают системе ДМС эффективно развиваться. Для успешного функционирования ДМС необходима разработка таких страховых медицинских программ, которые позволят обеспечить сбалансированность между страховой стоимостью программы и перечнем предлагаемых медицинских услуг. Также необходима инициатива со стороны законодательной власти и органа надзора, в том числе в части регулирования медицинских учреждений, участвующих в системе ДМС, а также совершенствование маркетинговой политики и разработки более эффективных механизмов продаж ДМС со стороны страховых компаний.

Медицинское страхование в России имеет довольно богатый исторический опыт. На протяжении всего периода своего становления система медицинского страхования была подвержена большому количеству реформ и преобразований, которые имеют место быть и сегодня, ставя своей целью решение социально-значимых задач.

Так, с 1 января 2017 г. произойдет глобальная налоговая реформа, которая затронет всех страхователей. Суть данной реформы заключается в следующем: сейчас компании платят взносы в два фонда – пенсионный и социального страхования. В ПФР перечисляют взносы на пенсионное и медицинское страхование, в ФСС – на социальное страхование и по травматизму, а с 1 января 2017 г. администрирование страховых взносов передадут в Федеральную налоговую службу. При этом сами взносы будут именоваться по-другому – единый социальный страховой сбор (сокращенно ЕССС). Кроме того, проверки страхователей будут проводить не фонды, а налоговая служба – причем текущий период за 2016 год проверят уже налоговики. Для этого летом фонды начнут передавать базы данных по страхователям в ФНС.

Реформу страховых взносов подготовила по поручению Президента РФ Федеральная налоговая служба. Проект документ этот называется «Дорожная карта

создания единого механизма администрирования страховых взносов на обязательное пенсионное и социальное страхование». Меры начнут реализовываться уже с марта 2016 г.

Реформа по отмене страховых взносов и введение ЕССС с 2017 года нужна для повышения собираемости взносов. С этой задачей ПФР не справляется. Особенно это стало нетерпимо сейчас, в условиях кризиса, когда в бюджете каждая копейка на счету, а тут речь идет о сотнях миллиардах рублей, которые сможет дополнительно собрать ФНС со страхователей.

А также необходимо отметить, что ставки единого социального страхового сбора, по сравнению со страховыми взносами, могут снизить на 2,5–3 %. Но при этом могут ввести уплату взноса со всей зарплаты, отменив предельную базу.

В этот же период произойдут изменения в законодательстве, которые будут касаться размера уставного капитала страховых медицинских организаций. Так, с 01.01.2017 г. размер уставного капитала СМО будет увеличен с 60 млн р. до 120 млн р., что повлечет за собой увеличение концентрации рынка.

Что касается рынка добровольного медицинского страхования, то наличие в нем определенных сдерживающих факторов и проблем, делает необходимым проведение определенных реформ и преобразований. Так, по мнению экспертов и аналитиков, ключевым направлением развития рынка ДМС должно стать четкое разделение систем ОМС и ДМС – определение минимального гарантированного набора услуг, предоставляемого в рамках программы ОМС, и автоматизация учета медицинских услуг, позволяющая разносить затраты на ОМС и ДМС. ДМС должно не заменять, а дополнять программу ОМС. Эта мера будет способствовать исключению дублирования платежей, а значит, снижению стоимости полиса ДМС. Если человек имеет два полиса от одной страховой компании по ОМС и по ДМС, то это позволит страховщику более тщательно контролировать, какие услуги оказываются по ОМС, а какие по ДМС. А также необходимым является – обновление продуктовой линейки и стандартизация договоров ДМС. Сейчас большинство полисов ДМС покрывает амбулаторное лечение «от насморка», тогда как более рисковое и дорогостоящее лечение в стационаре исключается из покрытия. Рост доли рискованного ДМС будет способствовать расширению охвата населения услугами ДМС, а также повышению социальной защищенности.

Кроме того, как уже говорилось ранее, низкий спрос на добровольное медицинское страхование обусловлен низкими доходами граждан. Вариантом решения данной проблемы являются субсидии государства малоимущим гражданам для предоставления им возможности использования программ ДМС. В таком случае страховые компании являлись бы мощным инструментом финансирования здравоохранения за счет создания собственной инфраструктуры или инвестиций в существующие лечебные организации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинское страхование необходимо для финансирования системы здравоохранения, как в сочетании с бюджетным финансированием, так и самостоятельно.

Цель медицинского страхования заключается в предоставлении гражданам медицинской помощи при возникновении страхового случая за счет накопленных средств, а также финансирование профилактических мероприятий.

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании закона, оно относится к государственной системе социальной защиты. Задача системы ОМС заключается в обеспечении финансовыми ресурсами медицинской помощи, оказываемой застрахованным в объеме и на условиях территориальной программы обязательного медицинского страхования с учетом ограниченных финансовых ресурсов. Реализацию государственной политики в данной сфере осуществляют Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды, страховые медицинские организации, а также медицинские организации.

Кроме обязательного медицинского страхования существует добровольное медицинское страхование, которое осуществляется на основе договора, заключающегося между страховщиком и страхователем.

Добровольное медицинское страхование позволяет гражданам получить дополнительные медицинские услуги, сверх установленных базовыми и территориальными программами медицинского страхования.

Система медицинского страхования в России на протяжении всего периода своего становления подвергалась различным реформам и преобразованиям, однако, проблемы, препятствующие предоставлению качественной медицинской помощи, продолжают оставаться и сегодня. Так, в обязательном медицинском страховании основными из них являются:

- низкий тариф на медицинские услуги;
- неполное соответствие системы ОМС страховым принципам;
- низкое качество медицинской помощи;
- недостаток финансирования системы ОМС;

В системе добровольного медицинского страхования можно выделить следующие проблемы:

- низкие доходы населения;
- постоянное повышение цен на медицинские услуги;
- завышение лечебными учреждениями объемов медицинской помощи;
- несовершенство налогового законодательства, что выражается в недостаточности налоговых льгот;
- активное использование медицинскими организациями «псевдостраховых» схем;
- отсутствие необходимой инфраструктуры лечебных учреждений.

Таким образом, современная система финансирования здравоохранения в России на данном этапе своего развития пока еще не обеспечивает достаточный уровень исполнения государственных гарантий, доступность и высокое качество



медицинских услуг. Очевидно, что основной целью государственной политики в данной сфере является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение ее эффективности, что является необходимым для соблюдения прав застрахованных лиц в системе медицинского страхования в части получения медицинских услуг необходимого объема и качества. Для достижения этого необходимо решение комплекса проблем, таких как: укрепление экономического положения медицинских организаций, рост материального благополучия медицинского персонала, а также повышение его культурного уровня.

## СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об организации страхового дела в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон от 27.11.1992 г. № 4015-1 : (в ред. от 28.11.2015) // СПС «КонсультантПлюс.
2. О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : федер. закон от 24.07.2009 г. № 212-ФЗ : (в ред. от 29.12.2015) // СПС «КонсультантПлюс.
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [Электронный ресурс] : федер. закон РФ от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ : (в ред. от 01.12.2014 г.) // СПС «КонсультантПлюс».
4. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения [Электронный ресурс] : федер. закон РФ от 30.11.2011 г. № 354-ФЗ : (в ред. от 01.12.2014 г.) // СПС «КонсультантПлюс».
5. О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования граждан Иркутской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов [Электронный ресурс] : закон Иркут. обл. от 26.11.2014 г. № 154-ОЗ : (в ред. от 15.12.2014 г.) // СПС «КонсультантПлюс».
6. Агапцов С. А. Доходы социальных фондов. Правовое регулирование доходов государственных внебюджетных фондов : проблемы и решения / С. А. Агапцов, Е. Ю. Романов. – М. : Финансы и статистика: Фин. контроль, 2007. – 250 с.
7. Агеева Е. В. Социальное страхование : курс лекций / Е. В. Агеева. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2012. – 113 с.
8. Александрова О. Ю. Ответственность за правонарушения в медицине : учеб. пособие для вузов : рек. УМО по мед. образованию вузов России / О. Ю. Александрова [и др.]. – М. : Академия, 2006. – 240 с.
9. Алехина Е. С. Страхование : крат. курс лекций / Е. С. Алехина. – М. : Юрайт, 2011. – 206 с.
10. Бондарь Ю. В. Анализ развития рынка медицинского страхования в России (2006–2009 гг.) / Ю. В. Бондарь // Развитие финансово-кредитной системы региона : сб. науч. тр. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2011. – С. 14–20.
11. Бондарь Ю. В. Финансовый механизм ОМС в РФ на современном этапе / Ю. В. Бондарь // Развитие страхового рынка России в современных условиях. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2015. – С. 30–31.
12. Брызгалин А. В. Страховые взносы в 2010 году / А. В. Брызгалин, А. Н. Головкин – М. ; Екатеринбург : Омега-Л : Налоги и фин. право, 2009. – 109 с.
13. Вещунова Н. Л. Бухгалтерский учет в страховых организациях : учеб. пособие / Н. Л. Вещунова. – М. : Проспект, 2007. – 605 с.
14. Ганин О. В. Правовые основы медицинского страхования граждан в Российской Федерации / О. В. Ганин – Тамбов. : Изд-во ФГБОУ ВПО «ТГТУ», 2014. – 80 с.

15. Гладковская Е. Н. Финансы : учеб. пособие / Е. Н. Гладковская. – СПб. : Питер, 2012. – 312 с.
16. Грищенко Н. Б. Добровольное медицинское страхование : учеб. пособие / Г. Р. Грищенко – Барнаул. : Изд-во алт. гос. ун-та, 2011. – 78 с.
17. Добромыслов К. В. Право социального обеспечения : учеб. пособие и практикум для вузов / К. В. Добромыслов, Е. Е. Мачульская. – М. : Кн. мир, 2010. – 215 с.
18. Егоров Е. В. Социальное страхование : учеб. пособие / Е. В. Егоров. – М. : Экономистъ, 2008. – 205 с.
19. Засимова Л. С. Экономика здравоохранения : учеб. пособие для вузов / Л. С. Засимова – М. : Изд. дом ГУ ВШЭ, 2009. – 479 с.
20. Козлова Т. В. Правовое обеспечение профессиональной деятельности : учеб.-метод. пособие для сред. мед. работников / Т. В. Козлова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 185 с.
21. Колоколов Г. Р. Медицинское право : учеб. пособие / Г. Р. Колоколов. – М. : Дашков и К°, 2009 – 452 с.
22. Кричевский Н. А. Социальное страхование : учеб. для вузов / Н. А. Кричевский – М. : Изд-во Дашков и К, 2009. – 313 с.
23. Мачульская Е. Е. Право социального обеспечения : учебник для бакалавров / Е. Е. Мачульская. – М. : Юрайт, 2013. – 575 с.
24. Никулина Н. Н. Страхование: теория и практика : учеб. пособие для вузов / Н. Н. Никулина, С. В. Березина. – М. : ЮНИТИ, 2008. – 511 с.
25. Павлюченко В.Г. Социальное страхование : учеб. пособие. – М. : Дашков и К°, 2007. – 412 с.
26. Роик В. Д. Обязательное медицинское страхование : теория и практика : учеб. пособие / В. Д. Роик. – М. : Дело и сервис, 2013. – 208 с.
27. Роик В. Д. Основы социального страхования: организация, экономика и право : учебник / В. Д. Роик. – М. : Изд-во РАГС, 2007. – 456 с.
28. Русакова О. И. Анализ состояния рынка обязательного медицинского страхования / О. И. Русакова // Финансово-инвестиционный потенциал в регионе : сб. науч. тр. – Иркутск, 2008. – С. 210–214.
29. Русакова О. И., Беженцева Э. А. Учебно-методический комплекс по дисциплине «Медицинское страхование» : учеб. пособие / О. И. Русакова, Э. А. Беженцева. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2014. – 132 с.
30. Самаруха В. И. Современные тенденции развития обязательного медицинского страхования / В. И. Самаруха // Известия Иркутской государственной экономической академии (БГУЭП). – 2011. – № 2. – С. 41–44.
31. Сахирова Н. П. Страхование : учеб. пособие для вузов / Н. П. Сахирова. – М. : Проспект, 2006. – 740 с.
32. Сорокина А. И. Социальные фонды : учеб. пособие / А. И. Сорокина. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2006. – 157 с.
33. Степанова М. Н. Социальное страхование в схемах, таблицах, определениях : учеб. пособие / М. Н. Степанова. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2015. – 130 с.
34. Социальное страхование : учебник / под ред. Н. А. Кричевского. – М. : Дашков и К°, 2007. – 316 с.

35. Федотов Д. Ю. Система внебюджетных социальных фондов : учеб. пособие для вузов / Д. Ю. Федотов. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2014. – 245 с.
36. Фильчакова С. Ю. Обязательное социальное страхование как отношения непосредственно связанные с трудовыми отношениями / С. Ю. Фильчакова // Проблемы российского права : сб. науч. тр. – Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2010. – С. 28–36.
37. Страхование сегодня [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://www.insur-info.ru> (15.01.2016).
38. Кошкин И. В. Обязательное медицинское страхование; правовое регулирование [Электронный ресурс] / И. В. Кошкин // Обязательное медицинское страхование. – 2011. – Март. – Режим доступа : <http://www.kotik> (30.01.2016).
39. Банк России [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://www.cbr.ru/finmarkets> (20.02.2016).
40. Страховая медицинская организация «Маски» [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://www.maski-irk.ru/qa/oms.html> (22.02.2016).
41. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Иркутской области [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://www.irkoms.ru> (23.03.2016).
42. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://ora.ffoms.ru/portal/> (01.04.2016).
43. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Иркутской области [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://irkutskstat.gks.ru> (16.04.2016 г.).
44. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] : офиц. сайт. – Режим доступа : <http://www.gks.ru>.

## ГЛОССАРИЙ

### А

**Агент страховой** – физическое или юридическое лицо, имеющее договор поручения со страховщиком и заключающее договоры страхования от имени страховщика. Его деятельность полностью оплачивается на комиссионной основе.

**Аддендум** – письменное дополнение к ранее заключенному договору страхования и перестрахования, в котором содержатся согласованные между сторонами изменения ранее оговоренных условий.

**Аквизиция** – привлечение нового страхования, развитие страхового поля компании; осуществляется агентами, брокерами страховщика, а также сотрудником страховой компании – *аквизитором*.

**Аккредитация** – в страховании – разрешение на деятельность филиала или представительства какой-либо страховой компании в стране или регионе.

**Акт страховой** – документ, оформленный в установленном порядке в виде протокола определения ущерба и подтверждающий факт, обстоятельства, причины страхового случая.

**Актuariй** – специалист в области математической статистики и теории вероятности, профессионально занимающийся расчетами тарифов, резервов и обязательств страховщика.

**Андеррайтер** – высококвалифицированный специалист в области страхования (перестрахования), имеющий полномочия от руководства страховой компании принимать на страхование (перестрахование) предложенные риски, отвечающий за формирование страхового (перестраховочного) портфеля.

**Андеррайтинг** – процедура анализа и отбора рисков для принятия их на страхование.

**Аннуитет** – страховой полис, предусматривающий равновеликие платежи; соглашение со страховой компанией, по которому физическое лицо оплачивает страховщику установленную страховую премию (по частям или единовременно), а взамен приобретает право на регулярно поступающие суммы начиная с определенного времени, например, с выхода на пенсию.

**«Антигрипп»** – программа ДМС, позволяющая получить комплекс медицинских услуг и проведение профилактических мероприятий в эпидемически неблагоприятный период, а в случае заболевания предоставление комплекса медицинских услуг в поликлинике или стационаре.

**«Антиклещ»** – программа ДМС, направленная на проведение диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, по предупреждению заболевания клещевым энцефалитом и лечению в случае укуса клеща.

**Ассистанс** – перечень услуг, помощь в рамках договора страхования, которая оказывается в нужный момент через техническое, медицинское и финансовое содействие.

## Б

**Бенефициарий** – третья сторона, указанная страхователем в полисе в качестве получателя страхового возмещения; выгодоприобретатель.

**Биндер** – временная (переходная) форма соглашения между страхователем и страховщиком, закрепляющая волеизъявление сторон в отношении предстоящего заключения договора страхования. В дальнейшем подлежит замене на страховой полис.

**Болезнь** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма, обусловленное функциональными и (или) морфологическими изменениями. Возникновение болезни связано с воздействием на организм вредных факторов внешней среды (физических, химических, биологических, социальных), с его генетическими дефектами и т.д. С точки зрения страхования, болезнь можно рассматривать как фактор, повышающий степень риска. Расходы на лечение болезни могут возмещаться в рамках медицинского страхования граждан.

**Больничное страхование** – разновидность медицинского страхования. Предусматривает более узкий круг страховой ответственности по сравнению с медицинским (главным образом на случай болезни). Одной из организационных форм проявления больничного страхования являются *больничные кассы*, ориентирующиеся на конкретный регион, профессиональные группы населения, отрасль или производственные предприятия; создают страховой фонд за счет взносов участников кассы; заключают договоры с объединениями врачей, гарантирующими оказание врачебных услуг, в случае болезни застрахованных; проводят расчеты по оказанным услугам.

**Бонус** – в страховании – сумма денег сверх обычных поступлений, выплачиваемая владельцу страхового полиса страховщиком, получившим прибыль от инвестирования страховых резервов по страхованию жизни. В американской страховой практике бонусом называют *рабат*.

**Брокер страховой** – страховой посредник, дающий советы своим клиентам (как правило, страхователям) и способствующий заключению договоров страхования; юридическое или физическое лицо, зарегистрированное в установленном порядке в качестве индивидуального предпринимателя, осуществляющее посредническую деятельность по страхованию от своего имени на основании поручений страхователя или страховщика.

**Брутто-премия** – или страховая премия, размер страховых платежей по договору страхования, уплачиваемый страхователем страховщику. Размер брутто-премии зависит от величины страховой суммы, уровня риска и периода, за который делается страховой взнос. Структура брутто-премии отражает экономический механизм страхования, содержит два основных элемента – нетто-премию и нагрузку.

## В

**Вероятность страхового случая** – на базе статистических данных установление закономерностей возникновения опасностей, следствием проявления которых может быть наступление страхового случая.

**Взаимное страхование** – форма страхования, при которой страхователь одновременно является участником специальной организации – общества взаимного страхования (ОВС).

**Взнос страховой** – периодический платеж за предоставление страховой защиты, который уплачивается страхователем страховщику при заключении договора страхования.

**Взнос страховой** – в *социальном страховании* – обязательный периодический платеж, производимый законодательно установленными группами населения, хозяйствующими субъектами, государством, и аккумулированный в социальные фонды на цели социальной защиты.

**Внебюджетный фонд** – форма перераспределения и использования финансовых ресурсов, привлекаемых государством для финансирования не включенных в государственный бюджет потребностей, комплексно расходуемых на основе оперативной самостоятельности в строгом соответствии с целевым назначением фондов.

**Врач, доверенный страховщика** – врач, работающий по контракту со страховой компанией, которому делегированы полномочия по контролю за правильностью назначения и отпуска пациентам (из числа застрахованного контингента) лечебных и диагностических процедур (по записям и документам в истории болезни), а также предварительного медицинского освидетельствования.

**Врачебная тайна** – обязанность персонала лечебно-профилактического учреждения не разглашать сведения о больных.

**Врачебно-страховая экспертиза** – 1) предварительное медицинское освидетельствование лиц, изъявивших желание заключить договор личного страхования, с целью выявления у них хронических и сопутствующих заболеваний; 2) медицинское освидетельствование страхователей (застрахованных лиц) в связи с травмой, стойким расстройством здоровья, перенесенным заболеванием с целью установления причинно-следственной связи со страховым случаем, предусмотренным договором страхования.

**Все риски** – условие в страховании, по которому страховщик покрывает убытки, наступившие в результате любого риска. Используется также понятие «полный пакет рисков». Договоры страхования с таким условием содержат широкий перечень исключений из страхового покрытия.

**Выгодоприобретатель** – лицо, указанное в договоре страхования, в пользу которого заключено страхование.

**Выплата страховая** – денежная сумма, уплачиваемая страховщиком страхователю после страхового случая.

## Г

**Государственное страхование** – страхование, когда в качестве страховщика выступает государственное учреждение, ведомство или государственная страховая организация.

**Групповое страхование** – совокупность договоров личного страхования, заключаемых страховщиком не с отдельными физическими лицами, а с администрацией предприятия и (или) профсоюзом, которые выступают в качестве страхователя. Особенно часто применяется при страховании от болезней и несчастных случаев.

## Д

**Дисколуз** – общепринятая в зарубежной практике норма страхового права, предусматривающая обязанность страхователя немедленно поставить в известность страховщика (сюрвейера) о любых фактах (рисковых обстоятельствах), характеризующих объект страхования, которые имеют существенное значение для суждения об изменении степени риска, принятого на страхование.

**Добровольное страхование** – форма страхования, осуществляемая на основе договора.

**Добровольное медицинское страхование (ДМС)** – осуществляется на основе программ ДМС и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами ОМС

**Договор страхования** – соглашение между страхователем и страховщиком, регламентирующее их взаимные обязательства в соответствии с правилами и условиями страхования.

**Дополнительное страхование – (неоднократное)** – страхуется один и тот же интерес против одной и той же опасности в течение одного и того же периода времени в нескольких страховых компаниях, и при этом общая страховая сумма по всем договорам не превышает страховую стоимость объекта.

**Дострахование** – принятие страховщиком на себя части риска, другая часть которого уже покрыта другим договором страхования.

## З

**Запасные фонды** – фонды денежных средств, используемые для выплаты страхового возмещения, когда они не покрываются страховыми платежами текущего года.

**Застрахованное лицо** – это лицо, в жизни которого должен произойти страховой случай, непосредственно связанный с личностью или обстоятельствами его жизни (личное страхование), либо затрагивающий сохранность его имущественных прав и имущества (имущественное страхование).

**Здоровье** – один из ключевых аспектов жизни людей. Всемирная организация здравоохранения понимает под ним состояние полного физического, душевного и социального благополучия.



**Здоровье населения** – характеристика состояния членов социальной общности, измеряемая комплексом социально-демографических показателей: рождаемостью, смертностью, средней продолжительности жизни, заболеваемостью, уровнем физического развития.

## И

**Имущественный интерес** – выражение отношения физических, юридических лиц, общества к материальным и нематериальным благам – к вещам и услугам.

**Интерес страховой** – компонент, часть, подсистема имущественных интересов. Страховые интересы охватывают отношения только определенной категории участников страхования к их благам – материальным и нематериальным. Непосредственными, т.е. прямыми, носителями страховых интересов являются не все участники страхования, а только страхователи, застрахованные лица, выгодоприобретатели, их наследники.

## К

**Комбинированное страхование** – комплексное страховое покрытие по нескольким видам страхования, которое гарантирует один договор страхования.

**Контрольная функция медицинского страхования** – заключается в действии механизмов, обеспечивающих достаточность сформированных страховых фондов для выполнения страховщиками своих обязательств; а также в действии механизмов контроля за качеством медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам и использованием страховых средств на эти цели

**Кумуляция** – *в страховании* – совокупность рисков, при которой большое количество застрахованных объектов или несколько объектов со значительными страховыми суммами могут быть затронуты одним и тем же страховым случаем, в результате чего возникает очень крупный убыток (наводнение, ураган, землетрясение).

**Кэптив (кэптивная страховая организация)** – дочерняя страховая компания, образуемая промышленными и торговыми организациями для обеспечения страховой защиты материнской организации. Обслуживает целиком или преимущественно корпоративные страховые интересы учредителей, а также самостоятельных хозяйствующих субъектов, входящих в структуру многопрофильных концернов или крупных финансово-промышленных групп (ФПГ).

## Л

**Ликвидация убытка** – комплекс мероприятий страховщика по установлению факта страхового случая, определению размера убытков и их оплате.

**Лимит ответственности страховщика** – страховая сумма. Может устанавливаться по отдельному страховому риску или по отдельному страховому

случаю. Обычно этот термин применяется в страховании ответственности. В медицинском страховании лимит ответственности страховщика может ограничиваться перечнем медицинских услуг, включенных в программу.

**Лицензия** – свидетельство о полномочиях страховщика, страхового брокера (в ряде стран и страхового агента), выданное для осуществления деятельности соответствующей юрисдикции.

## М

**Маркетинг страховой** – одна из главных функций деятельности страховой организации по продвижению своих продуктов до страхователя.

**Медицинское страхование** – экономические отношения по защите имущественных интересов физических лиц, связанных с затратами на получение медицинской помощи, вызванными внезапными, непредвиденными обращениями в медицинские учреждения в связи с расстройством (необходимостью поддержания) здоровья, за счет фондов денежных средств, сформированных специализированной организацией (страховщиком) из страховых взносов физических и юридических лиц.

**Медицинские услуги** – комплекс медицинских и технических действий для достижения целей врачебного назначения. Могут быть платными и бесплатными.

**Медицинские учреждения** – имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

«Медигэп» – в США программа дополнительного страхования здоровья среди лиц пожилого возраста за счет их личных средств.

«Медикейд» – в США программа медицинской помощи неимущим, осуществляемая на уровне штатов при финансовой поддержке федеральных властей.

«Медикейр» – в США федеральная программа льготного медицинского страхования для лиц старше 65 лет и инвалидов, а также людей, проработавших определенное число лет на государственной службе.

## Н

**Нагрузка** – часть страхового тарифа, не связанная с формированием фонда выплат страхового возмещения; составная часть брутто-премии, предназначенная для покрытия расходов на ведение дела и получение прибыли от страховых операций.

**Надбавка рисковая** – составная часть нетто-премии, предназначена для создания ежегодного фонда страхования в размерах, обеспечивающих выплату страхового возмещения при повышенных убытках при стихийных бедствиях.

**Национальная служба здравоохранения (НСЗ) Великобритании (Britain National Health Service – BNHS)** – система обеспечения населения медицинскими услугами, оплачиваемыми из государственного бюджета.

**Нетто-премия** – составная часть брутто-премии, предназначенная для страховых выплат.

**Нетто-ставка** – основная часть страхового тарифа, используемая для формирования страховых резервов и выплат.

**Несчастный случай** – наступившее вопреки воле человека, внезапное, кратковременное событие (происшествие), повлекшее за собой вред здоровью или смерть.

## О

**Объект страхования** – содержание имущественного интереса участника страхования (страхователя).

**Объект медицинского страхования** – имущественный интерес страхователя (застрахованного лица), связанный с затратами на получение медицинской помощи.

**Обязательное страхование** – форма страхования, при которой отношения между страхователем и страховщиком возникают в силу действующего законодательства и не требуют, как это имеет место в добровольном страховании, предварительного соглашения сторон.

**Обязательное социальное страхование (ОСС)** – часть государственной системы социальной защиты населения, спецификой которой является осуществляемое в соответствии с федеральным законом страхование работающих граждан от возможного изменения материального и (или) социального положения, в том числе по независящим от них обстоятельствам.

**Обязательное медицинское страхование (ОМС)** – это составная часть государственного социального страхования, которая обеспечивает всем гражданам Российской Федерации равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств ОМС в объеме и на условиях, соответствующих программам ОМС.

## П

**Поле страховое** – максимально количество объектов, которое можно застраховать.

**Полис страховой** – письменный документ установленного образца, выдаваемый страховщиком страхователю в удостоверение заключенного договора страхования и содержащий его основные условия.

**Полисодержатель** – страхователь.

**Портфель страховой** – фактическое количество застрахованных объектов или действующих договоров страхования у конкретного страховщика.

**Правила страхования** – являются основой заключения договора по конкретному виду страхования, и в них отражаются в общем виде временные границы страхования, размеры страховых сумм, порядок оформления договора, уплаты страхователем и приема страховщиком страховых взносов, те или иные санкции и т.д.

**Предупредительная (превентивная) функция медицинского страхования** – заключается в снижении вероятности несения застрахованными лицами затрат на получение медицинской помощи в связи с обращениями в медицинские учреждения за счет финансирования предупредительных (профилактических) мероприятий; а также в обеспечении возможности определения адекватных тарифных ставок за счет использования мероприятий по оценке риска.

**Премия страховая** – единовременный платеж за предоставление страховой защиты, который уплачивается страхователем страховщику при заключении договора страхования. Для страховщика страховая премия представляет собой компенсацию за принятый на себя риск страхователя, а для страхователя – оплаченный страховой интерес.

**Программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи** – определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой гражданам РФ на территории РФ бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования, средств бюджетов всех уровней.

**Пул страховой** – объединение страховых компаний на основе договора (соглашения) для совместного страхования определенных рисков (преимущественно крупных и малоизвестных) в целях обеспечения финансовой устойчивости страховых операций на условиях солидарной ответственности его участников за исполнение обязательств. Строится на принципах сострахования.

## Р

**Резерв** – в страховании – сумма, представляющая фактическую или потенциальную ответственность, сохраняемую страховщиком, для покрытия обязательств перед страхователем.

**Резервы страховые** – фонды, образуемые страховыми компаниями, для обеспечения гарантий выплат страхового возмещения.

**Резерв оплаты медицинской помощи** – финансовые средства, формируемые страховой медицинской организацией для оплаты предстоящей медицинской помощи застрахованным гражданам (как остаток средств, не истраченных на оплату медицинских услуг в текущем периоде).

**Резерв запасной** – в ОМС – средства, предназначенные на финансирование территориальной программы ОМС, формируемые страховой медицинской организацией для возмещения превышения расходов на оплату медицинских услуг над средствами, предназначенными на эти цели.

**Резерв финансового обеспечения предупредительных мероприятий** – в ОМС – средства, формируемые страховой медицинской организацией для финансирования мероприятий по снижению заболеваемости среди граждан и других мероприятий, способствующих снижению затрат на осуществление территориальной программы ОМС при улучшении доступности и качества медицинских услуг и повышению эффективности использования финансовых средств медицинскими учреждениями.

**Риск страховой** – неопределенная возможность появления ущерба (потерь, повреждений, уничтожений), измеренного в денежном выражении.

**Рисковая (противорисковая) функция медицинского страхования** – заключается в защите и восстановлении имущественных интересов застрахованных лиц, связанных с затратами на получение медицинской помощи при обращении в медицинские учреждения, за счет перераспределения средств страхового фонда, сформированного специализированной организацией (страховщиком) с учетом случайного характера данных событий.

**Риторно** – удержание страховщиком части ранее оплаченной страхователем премии при расторжении договора страхования без уважительных причин.

**Рынок медицинского страхования** – экономические отношения по поводу купли-продажи услуг по страховой защите имущественных интересов, связанных с затратами на получение медицинской помощи в процессе удовлетворения соответствующих общественных потребностей и реализации социальной политики государства.

## С

**Самострахование** – создание собственных резервных фондов для покрытия последствий страховых случаев в противоположность покупке страхового полиса.

**Сострахование** – страхование, при котором два или более страховщика участвуют определенными долями в страховании одного и того же риска, выдавая совместный или отдельные полисы, каждый на страховую сумму в соответствующей доле.

**Социальная защита** – отношения по перераспределению национального дохода в целях обеспечения воспроизводства человека в условиях действия социальных рисков.

**Социальная помощь** – экономические перераспределительные отношения в сфере государственного бюджета, в результате которого осуществляется материальная поддержка определенных категорий нуждающихся, посредством различных финансовых методов за счет средств, аккумулированных в бюджете страны.

**Социальное страхование** – система отношений по перераспределению национального дохода, заключающихся в формировании за счет обязательных страховых взносов работников и работодателей специальных страховых фондов, и использовании средств этих фондов для компенсации утраты трудового дохода или его поддержания вследствие действия определенных рисков.

**Страхование** – экономические отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц на основе солидарной и замкнутой раскладки ущерба и возмещения его в денежной форме при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

**Страховые взносы в ОМС** – обязательные платежи, которые уплачиваются страхователями, обладают обезличенным характером и целевым назначением которых является обеспечение прав застрахованного лица на получение страхового обеспечения.

**Страховой портфель** – фактическое количество застрахованных объектов страхования или общее число договоров страхования, заключенных страховым обществом в течение определенного времени.

**Страховой полис** – Документ установленного образца, выдаваемый страховщиком страхователю (застрахованному). Удостоверяет заключенный договор страхования и содержит перечень объектов страхования, размеры страховых сумм и страховых взносов, а также излагаются основные условия сделки (перечень страховых рисков или других событий, влекущих выплату страхового возмещения или страховой суммы).

**Страховое событие** – потенциально возможное причинение ущерба объекту страхования, на случай которого заключен договор страхования.

**Страховой случай** – фактически наступившее событие, влекущее обязанность страховщика произвести страховую выплату, другими словами, страховой случай – это реализованный страховой риск.

**Страховой случай** – *в медицинском страховании* – обращение застрахованного лица за медицинской помощью в медучреждение (оказание ему данной помощи).

**Страховщик** – юридическое лицо, проводящее страхование, принимающее на себя обязательство возместить ущерб или выплатить страховую сумму, а также ведающее вопросами создания и расходования страхового фонда.

**Страховщик** – *в обязательном социальном страховании* – некоммерческая организация, создаваемая в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев.

**Страхователь** – (в практике международного страхования – полисодержатель) – юридическое или дееспособное физическое лицо, уплачивающее страховые взносы (премии) и вступающее в конкретные страховые отношения со страховщиком.

**Страхователь** – *в обязательном социальном страховании* – организация любой организационно-правовой формы, а также граждане, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования и законодательством Российской Федерации о налогах и сборах уплачивать страховые взносы и (или) налоги, а в отдельных случаях, установленных федеральными законами, выплачивать отдельные виды страхового обеспечения. Страхователями являются также органы исполнительной власти и органы местного самоуправления, обязанные в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования уплачивать страховые взносы.

**Страховые медицинские организации (СМО)** – юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами в любой форме собственности, обладающие необходимым для осуществления обязательного медицинского страхования уставным капиталом, и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством РФ и Положением о страховых медицинских организациях.

**Суброгация** – переход к страховщику прав страхователя на возмещение ущерба виновным в его наступлении лицом после уплаты страховщиком страхового возмещения.

## Т

**Тариф страховой** – ставка страховой премии с единицы страховой суммы с учетом объекта страхования и характера страхового риска.

**Тонтина** – одна из ранних форм страхования жизни; в настоящее время является противозаконной. Получила свое название по имени организатора государственной лотереи, итальянца по происхождению Лоренцо Тонти, жившего в XVII в. По условиям лотереи собранные средства направлялись правительству Франции; предусматривалось, что самый старейший из оставшихся в живых участников лотереи сможет получить их.

## У

**Убыточность страховой суммы** – показатель деятельности страховщика; выражает соотношение между выплаченным страховым возмещением и страховой суммой.

**Ущерб страховой** – стоимость полностью погибшего или обесцененной части поврежденного имущества по страховой оценке.

## Ф

**Федеральный фонд ОМС** – самостоятельное государственное некоммерческое финансово-кредитное учреждение, управляющее финансовыми средствами в системе ОМС.

**Финансовый механизм социального страхования** – это порядок и условия формирования и использования средств социального страхования на установленные государством цели социальной защиты населения.

**Франшиза** – это освобождение страховщика от возмещения ущерба, не превышающего определенной суммы, т.е. невозмещаемая часть ущерба.

Учебное издание

**Русакова** Оксана Игоревна, **Хитрова** Елена Михайловна,  
Абашин Николай Николаевич, Коршунова Анастасия Александровна

# Медицинское страхование

Учебное пособие

Издается в авторской редакции

ИД № 06318 от 26.11.01.  
Подписано к пользованию 19.09.16.

Издательство Байкальского государственного университета.  
664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11.  
<http://bgu.ru>.