

## **РЫНОК ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ФИЗИЧЕСКИХ ЛИЦ, АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

При реформировании системы обязательного медицинского страхования место добровольного медицинского страхования (ДМС) как дополнительного источника финансирования здравоохранения России еще совсем недавно не уточнялось. Сегодня признано, что финансирование через систему ДМС не только решает проблему дефицита финансовых средств, но<sup>2</sup> и способствует решению таких важных социальных проблем, как определение уровня качества оказанного медикаментозного лечения, финансирование превентивных мероприятий. Последнее особенно важно для населения, что и делает ДМС популярным, и ввиду чего спрос на данный вид страхования растет. Но при этом развитие получает корпоративное страхование. В страховании физических лиц существуют проблемы, значительно препятствующие развитию данного рынка. Основные проблемы выделены в статье. Определены функции ДМС, возможности, которые влияют на спрос у населения. Приведены особенности, с которыми сталкиваются как страховщики, так и застрахованные. Проведен анализ статистических данных по сборам страховых премий по ДМС, дана оценка текущему состоянию рынка физических лиц. Приводятся аргументы, почему данный вид страхования имеет перспективы развития.

*Ключевые слова:* добровольное медицинское страхование; финансирование здравоохранения; медицинское страхование; медицинская помощь; источник финансирования здравоохранения.

На сегодняшний день в России одной из форм развития страхового рынка является медицинское страхование. Оно является разновидностью экономических отношений, их смысл заключается в формировании такой системы охраны здоровья, при которой государство и страховые компании гарантируют необходимую медицинскую помощь в определенном объеме при наступлении страхового случая.

В России медицинское страхование существует в двух видах: обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). Гарантируемый минимум бесплатной медицинской помощи можно получить по программе ОМС, содержание которой определяется ежегодно постановлением Правительства РФ. Добровольное медицинское страхование представляет собой форму организации медицинского обслуживания граждан, включающую некоторый элемент несения риска страховой компанией [1, с. 169].

---

\* Гузнаева Ирина Валентиновна – магистрант, кафедра финансов, Байкальский государственный университет, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: irishcream\_irk@mail.ru.

Добровольное медицинское страхование, как трактуют сами страховые компании, предоставляющие такие услуги, – это дополнение к полису ОМС, возможность предоставления в том числе и те медицинские услуги, которые не входят в программу ОМС. На практике же ДМС дублирует и ОМС, и включает услуги сверх программы ОМС. Поэтому ДМС так привлекателен и вызывает интерес у населения. Об этом говорят статистические данные, представленные Центральным Банком РФ. Сборы страховых премий по ДМС составили<sup>1</sup>:

- в 2013г. 114 966 171,00 тыс. р.;
- в 2014г. 124 074 582,00 тыс. р.;
- в 2015г. 128 956 970,00 тыс. р.

Однако, несмотря на положительную тенденцию в развитии ДМС, существует один значительный нюанс. Основу российского рынка ДМС составляет корпоративное страхование. И этот рынок уже близок к насыщению, а в условиях экономического кризиса и вовсе многие компании начинают сокращать расходы, отказываясь в том числе и от ДМС. Но потребность у населения в ДМС остается. Главным образом ввиду того, что граждане испытывают трудности в получении качественных медицинских услуг. Развитие страхования физических лиц могло бы решить проблему обоюдно – и граждане могли бы обслуживаться по полису ДМС, и страховые компании заняли бы новую нишу на период экономического кризиса, формируя новый портфель, восполняя тем самым отрицательные финансовые последствия в связи с отказом корпоративных клиентов от страхования. Но и в страховании физических лиц есть определенные проблемы, из-за которых сами страховые компании вынуждены скорее исключить для себя данный вид страхования (особенно региональные представительства страховщиков), нежели развивать.

Во-первых, это низкая страховая культура населения. Граждане стремятся приобрести полис ДМС не на случай заболевания, в чем и заключается смысл страхования, а с целью «полечиться» за счет страховой компании. Как правило, при страховании физических лиц подразумевается, что договор, заключаемый с гражданином, рисковый. Суть рискового добровольного медицинского страхования заключается в оплате не полной стоимости всех услуг, а именно страховой премии, учитывающей вероятность их получения. Исходя из этого, риск того, что гражданин будет часто обращаться за получением медицинских услуг, высок. Исследование показало, что рисковая форма выгоднее для страхователя [1, с. 170]. И именно риск частого обращения за медицинскими услугами заложен в высокую цену полиса. Но даже высокая стоимость полиса, как правило, не покрывает убыточность договора, так как компания при рисковом договоре берет на себя ответственность в денежном эквиваленте в разы больше, чем страховая премия. На практике компания пытается снизить убыточность путем жесткого контроля и первичной экспертизой на предмет страхового случая, что вызывает недовольство у застрахованных, страховая премия немалая, почему нельзя получить консультации и обследования у ряда специалистов не по жалобам, а для профилактики – не понятно. Ведутся постоянные разъясне-

---

<sup>1</sup> URL: [http://www.cbr.ru/finmarkets/?PrId=sv\\_insurance](http://www.cbr.ru/finmarkets/?PrId=sv_insurance).

ния о том, какое событие является страховым случаем, почему необходимо направление от врача, что в итоге приводит к нежеланию заключать новый договор по истечении срока прежнего.

Высокая цена полиса – это вторая причина, препятствующая развитию страхования физических лиц по ДМС. Но, как правило, в высокую стоимость полиса заложены высокие риски, если договор рисковый. Есть другая форма договора – депозитная. Суть такой формы в том, что полностью оплачивается аванс за пользование услугами лечебных учреждений и надбавка страховой компании за организацию обслуживания. С одной стороны, для компании такая форма договора невыгодна тем, что обслуживать приходится много, а процент за организацию обслуживания фиксированный, и не может быть слишком высоким. Кроме того, страховая премия за вычетом расхода на ведение дела (РВД) полностью расходуется на покрытие убыточности. При таком договоре застрахованный вправе контролировать остаток суммы по договору. С другой стороны, для компании такая форма договора выгодна тем, что убыточность не превысит размера страховой премии на оплату медицинских услуг. Но все же эта форма договора популярна больше при корпоративном страховании. Страховая премия расходуется быстрее, сразу большими частями (особенно при лечении за рубежом или реабилитационно-восстановительном лечении), размер РВД даже в небольшом процентном соотношении к цене договора в денежном эквиваленте внушителен при меньших трудозатратах на обслуживание договора.

Низкая платежеспособность населения – еще одна ключевая причина, влияющая на развитие ДМС физическим лицам в России. Для многих остается невозможным приобретение полиса ДМС как страховой защиты на случай крупных расходов на лечение. Это приводит к неравномерности развития региональных рынков. В относительно богатых регионах происходит более интенсивное развитие ДМС. В депрессивных же регионах практически рынок ДМС не развит или вовсе отсутствует.

Существует еще один немаловажный момент, препятствующий желанию страховаться по ДМС у граждан, и как правило, обнаруживается это во время получения медицинских услуг по полису ДМС. Многие медицинские учреждения завышают стоимость медицинских услуг в прейскуранте для ДМС, даже в сравнении с прейскурантом платных медицинских услуг. Узнавая о том, что медицинская услуга обошлась бы дешевле при оплате напрямую медицинскому учреждению, а не посредством страховой компании по согласованным прейскурантам, застрахованные отказываются поддерживать впредь договорные отношения со страховой компанией.

Все вышеперечисленные проблемы являются одними из основных причин неразвитости системы ДМС. Формирование эффективного рынка ДМС в перспективе обязательно положительно отразится на системе здравоохранения и обществе в целом. Но для этого необходимо участие государства, а именно разработка мер по интенсивному развитию этого рынка.

Одной из таких мер может стать развитие системы добровольного страхования граждан именно в контексте социальной политики государства, что позволит создать дополнительную по отношению к ОМС систему страховой за-

щиты населения, повышающей качество медицинских услуг и предоставляющей повышенные социальные гарантии. Следует отметить тот факт, что ранее государство практически не оказывало поддержку.

Так, реформа системы ОМС не уточняет место ДМС в системе финансирования здравоохранения. В концепции развития здравоохранения РФ до 2020 г. говорится, что ДМС «приводит к снижению доступности и качества медицинской помощи населению, обслуживаемому по программе государственных гарантий». Не выполняются поручения президента РФ разработать комплекс мер по стимулированию добровольного спроса на личное страхование (совещания 30.08.2010 г.). Единственным исключением можно считать повышение нормы отчисления на себестоимость расходов по ДМС сотрудников с 3 до 6 % от суммы расходов на оплату труда (с 01.01.2009 г.). Однако эта мера скорее направлена на поддержку бизнеса, чем на развитие ДМС [2, с. 69].

Несмотря на это, положительная тенденция развития в системе ДМС безусловно присутствует. С 2013 г. действуют изменения, принятые к статье 219 НК РФ «Социальные налоговые вычеты». С этого момента, применяя социальный налоговый вычет, который предусматривается статьей 219 Налогового Кодекса Российской Федерации, пункт 1, подпункт 3, необходимо учитывать страховые взносы. Сумма этих взносов, которые уплачивает каждый налогоплательщик в отчетном налоговом периоде на основании договора добровольного медицинского страхования, оформленного на себя, супруга или супруги, родителей или (и) своих несовершеннолетних детей, который заключается со страховой организацией, которая имеет лицензии на осуществление указанного вида деятельности и предусматривает сроки и размер оплаты медицинских услуг страховыми организациями. Основанием для выплаты социального налогового вычета являются фактически понесенные расходы, ограничением является совокупная сумма расходов в размере не более 120 000 руб. за весь налоговый период.

Стратегия развития здравоохранения РФ, разработанная на период с 2015 по 2013 г., предусматривает десять основных направлений развития. В этой Стратегии важным звеном является добровольное медицинское страхование, которое, как предполагается, будет дополнительным и существенным по объему источником финансирования.

Если рассматривать более детально концепцию Стратегии развития системы здравоохранения Российской Федерации в долгосрочном периоде с 2015 по 2013 годы, то становится очевидным, что необходимо тщательно проработать условия добровольного медицинского страхования, порядок и основные правила, дополнительные к обязательному медицинскому страхованию (ОМС+), так как это будет способствовать расширению страховых принципов медицинского страхования, а также являться фактором повышения личной ответственности застрахованных за поддержание своего здоровья. Предполагается, что такой порядок будет предусматривать возможность предоставления застрахованным лицам дополнительных медицинских, а также сервисных услуг, которые не входят в стандартную, то есть базовую, программу обязательного медицинского страхования, или осуществляются на условиях, которые не предусмотрены программой ОМС.

Предполагается, что формирование четких критериев оказания медицинских услуг в системе обязательного и добровольного медицинского страхования позволит полностью разделить медицинские услуги по сферам финансирования, на, так называемые, платные и бесплатные медицинские услуги. Медицинские услуги, оказываемые в системе ДМС, дополнительные к ОМС, будут представляться в медицинских организациях, осуществляющих свою деятельность в рамках ОМС. Таким организациям будет запрещено предоставлять платные медицинские услуги тем пациентам, которые застрахованы в системах обязательного и добровольного медицинского страхования, по видам и определенным условиям оказания медицинской помощи.

Для того чтобы повысить привлекательность приобретения программ ДМС, дополнительного к обязательному медицинскому страхованию, необходимо внести ряд изменений в порядок налогового вычета, который предоставляется работающим гражданам. Для этого необходимо уменьшить размер базы, облагаемой налогом, по месту работы в случае приобретения гражданином указанных страховых продуктов.

Контроль организаций в части оказания медицинских услуг в разрезе объемов, качества, условий и сроков исполнения планируется возложить на страховые медицинские организации, деятельность которых осуществляется в системе ОМС. Таким образом, благодаря контролю страховых медицинских организаций будет обеспечиваться четкое выполнение медицинскими организациями своих обязательств в сфере оказания медицинской помощи застрахованным, кроме этого, страховые медицинские организации будут являться гарантом выполнения условий договоров в системе добровольного медицинского страхования, то есть дополнительного к обязательному медицинскому страхованию.

Страховые продукты для граждан будут разделяться по стоимости, на которую будет влиять уровень ответственности за состояние своего здоровья, включающее в себя своевременность прохождения диспансеризации, отказ от вредных привычек, участие в мероприятиях, направленных на оздоровление и повышение уровня здоровья и т.д. Такие механизмы необходимы для легализации «теневых» соплатежей застрахованных при получении медицинской помощи и исключения «выпадения» из государственной системы контроля качества и доступности медицинской помощи, для создания условий для объединения всех финансовых потоков разных источников, а также для направления личных денежных потоков граждан через систему медицинского страхования.

Разработка порядка оказания медицинских услуг в системе добровольного медицинского страхования, являющегося дополнительным к обязательному медицинскому страхованию, позволит цивилизованно взаимодействовать в сфере здравоохранения в рамках оказания и получения медицинских услуг всех участников данного процесса.

Это позволит увеличить поток финансовых средств, поступающих в здравоохранение, и предоставить гражданам выбор в получении медицинских услуг, оказанных в системе ОМС или добровольного медицинского страхования, а также уровень сервисных услуг.

Объемы дополнительных страховых продуктов планируется поэтапно увеличивать и в долгосрочной перспективе это должно привести к отказу от платных медицинских услуг, оказываемых медицинскими организациями, которые осуществляют свою деятельность в системе ОМС.

Возможно, что при заинтересованности государства в развитии ДМС и как дополнительного источника финансирования, и как способа повышения качества медицинских услуг для населения, страховые компании в условиях экономического кризиса рассмотрят вопрос страхования физических лиц по ДМС в качестве нового, более объемного рынка страховых услуг. При большом потоке застрахованных (если судить по привязке к полису ОМС), вполне возможно снижение стоимости полиса до уровня, который сможет позволить большинство. Так же это вызвало бы интерес у частных медицинских учреждений, что побудило бы их включиться в перечень медицинских учреждений, работающих в системе ОМС.

Таким образом, финансирование системы здравоохранения посредством ДМС наряду с имеющимися источниками финансирования здравоохранения приведет к сочетанию принципов общественной солидарности и личной ответственности населения за сохранение своего здоровья. Развитие ДМС будет способствовать профилактике заболеваний, формированию здорового образа жизни, так как цена страховки у редко болеющих людей будет намного ниже. В перспективе ДМС позволит развить превентивные мероприятия по профилактике многих заболеваний (прежде всего инфекционных и вирусных), которые в настоящее время проводятся все реже и реже. Экономически выгоднее предотвратить заболевание, чем провести медикаментозное лечение самого заболевания и его осложнений.

Необходимо помнить, что модернизация здравоохранения – это один из факторов, который влияет на качество жизни и является неотъемлемой частью уровня здоровья населения. Таким образом, модернизация системы здравоохранения имеет влияние на развитие экономики регионов и Федерации как прямо, то есть через воспроизводство трудовых ресурсов и повышение их качества, так и косвенно – благодаря созданию основы для социально-экономического роста.

### **Список использованной литературы**

1. Волокитина Е. В. Сущность и значение личного страхования персонала предприятия / Е. В. Волокитина // Вестник Костромского государственного университета им. Н. А. Некрасова. – 2012. – № 3 (15). – С. 168–171.

2. Воронина С. Ю. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения качества медицинских услуг / С.Ю. Воронина // Актуальные вопросы экономических наук. – 2012. – № 28. – С. 66–70.