

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
Н.Г. ЧЕРНЫШЕВСКОГО»**

Кафедра финансы и кредит

Развитие медицинского страхования РФ на региональном уровне

АВТОРЕФЕРАТ

Студентки 5 курса экономического факультета
по направлению 38.03.01 Экономика профиль «Финансы и кредиты»

Коломыченко Екатерины Юрьевны

Научный руководитель:

профессор кафедры финансов и кредита, д.э.н., доцент _____ И.Э. Жадан

Зав. кафедрой финансов и кредита, к.э.н., доцент _____ О.С. Балаш

Саратов 2019

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы. Сегодня медицинское страхование – один из актуальных вопросов, так как связано со страхованием жизни. А жизнь человека и его здоровье становятся все большей ценностью и являются одним из видов страховой защиты в России.

Становление обязательного медицинского страхования в России началось в июне 1991 года с принятия закона «О медицинском страховании граждан РСФСР». Реформа в сфере здравоохранения была вызвана рядом экономическо-социальных проблем. Дефицит ресурсов, монополизация финансирования, низкое качество и износ медицинского оборудования, снижение показателей здоровья населения говорили о неэффективности функционирования действующей системы здравоохранения. В новых экономических условиях страховая медицина ставит задачи децентрализации и демонополизации управления системой здравоохранения.

Стоит отметить, что в сравнении с другими государствами расходы на здравоохранение в Российской Федерации катастрофически малы. Россия тратит на финансирование данной сферы вдвое меньше стран «большой семерки»: США, Франция, Великобритания, Канада, Япония – 9,1–17,1% ВВП. Она отстает даже от развивающихся стран: в Венгрии, Польше, Болгарии и Эстонии власти расходуют 6,7–8,1% ВВП. Кроме того, России так и не удалось увеличить финансирование здравоохранения до минимальных стандартов Всемирной организации здравоохранения (далее ВОЗ) – 5,5–6% ВВП. По оценке ВОЗ, Россия сегодня по финансированию и эффективности здравоохранения на 54-м.

Страхование в России - это отрасль, все еще нуждающаяся в реформировании. Она опирается на огромный, практически неосвоенный рынок, имеющий большое будущее. Базой для подобного прогноза является то, что во многих развитых странах мира страховые компании по своей мощности и размерам концентрируемого в них капитала стоят наравне с банками и являются важной отраслью финансового сектора экономики. Стоит заметить, что рассматривае-

мая отрасль сталкивается с определенным снижением показателей по числу страховых компаний. Прежде всего, это связано с неэффективным управлением, не способностью приспособиться к условиям внешней среды, плохим владением инструментами стратегического управления. Эти проблемы актуальны не только для вновь образующихся страховых компаний, но и для компаний, которые функционируют длительное время.

Большой вклад в разработку теории и методологии экономических исследований, посвященных вопросам реформирования и развития медицинского и социального страхования, внесли представители зарубежных экономических школ и направлений: А.Б. Аткинсон, Е.Д. Берковиц, У. Беверидж, Т. Катлер, К.Е. Кларк, Т.Г. Маршалл и другие.

Внедрение в России системы ОМС способствовало активизации научных исследований в области управления и финансирования здравоохранения. Этим вопросам посвящены труды В. Стародубова, В. Шевского, И. Шеймана, О. Щепина и ряда других авторов.

Исследованием вопросов формирования финансовых ресурсов здравоохранения на основе развития страховой медицины занимались Б.И. Бояринцев, В.И. Самаруха, А.М. Таранов, С.В. Шишкин. Значительный вклад в развитие теории и практики медицинского страхования внесли такие ученые, как В.В. Дрошнев, Э.Т. Кагаловская, А.В. Решетников, В.И. Стародубов. Они уделили внимание современным проблемам развития медицинского страхования, формированию методологии оценки качества функционирования системы охраны здоровья населения.

Проблемы формирования рынка добровольного медицинского страхования нашли свое отражение в работах: Н.Б. Грищенко, Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной, Г.В.Черновой, Т.А. Федоровой, И.М. Шеймана и др.

Исследования вышеперечисленных и других авторов, заложили основу научных знаний, необходимых для развития теории и практики управления региональными системами медицинского страхования. Однако многие аспекты функциони-

рования обязательного и добровольного медицинского страхования в теоретическом и методологическом плане изучены еще недостаточно. Как показывает анализ научно-практической литературы, в настоящее время отсутствуют комплексные исследования воздействия осуществляемых преобразований в сфере ОМС на состояние региональных систем медицинского страхования, еще не сформировано научное представление об обязательном и добровольном медицинском страховании как целостной, интегрированной, развивающейся системе.

В проблематике развития регионального страхового рынка внимания заслуживают исследования: А. Бакирова, О. Владимировой, В. Демченко, О. Дрянных, Т. Жуковой, Е. Князевой, В. Марданова, Р. Сафуанова, Н. Ханнановой. Проблемам применения эконометрических моделей в страховании посвящены публикации: И. Ведьмедь и О. Окунева.

Высоко оценивая вклад ученых в развитие данного направления, необходимо отметить, что в настоящее время оценка развития страхования, как правило, ограничивается федеральным уровнем, не затрагивая региональный аспект. Не уделено должного внимания методологии оценки страхового потенциала и его влияния на социально-экономическое развитие региона. Существует теоретический и методологический пробел в применении эконометрических методов в прогнозировании регионального страхового рынка и отсутствует концептуальный подход к планированию его развития. Не разработанность многих теоретико-методических положений и их высокая практическая значимость предопределила выбор темы.

Цель исследования состоит в анализе теоретических и методических основ формирования и развития рынка медицинского страхования региона.

Реализация поставленной цели обусловила постановку и решение следующих **задач** исследования:

- проанализировать сущность медицинского страхования, определить его виды;
- изучить финансовые отношения в сфере медицинского страхования;

- проанализировать финансовые показатели медицинского страхования;
- исследовать пути формирования медицинского страхования в регионе;
- дать оценку развития медицинского страхования Саратовского региона,
- обосновать направления совершенствования развития медицинского страхования Саратовского региона.

Объект исследования – рынок медицинского страхования в экономической системе региона.

Предмет исследования – социально-экономические отношения, возникающие в процессе развития регионального медицинского страхования.

Методологической основой исследования стали такие методы, как фундаментальный анализ, технический анализ, методы экономического прогноза. В процессе изучения и обработки материалов применялись экономико-статистический, расчетно-конструктивный, описательный методы, использовались основные приемы анализа. Теоретическую и методологическую основу исследования составили труды отечественных и зарубежных ученых по экономической теории, истории экономических учений, теории страхования, региональной экономике, управлению рисками, математической статистике и экономике. Для решения поставленных задач использовались: системный, процессный и программно-целевой подходы, методы сравнительного и статистического анализа, диалектический метод, метод экспертных оценок, методы экономико-математического моделирования.

Основное содержание работы. В первой главе «Теоретические аспекты медицинского страхования» выделено, медицинское страхование – это форма социальной защиты интересов граждан в охране здоровья, которая выражается при возникновении страхового случая в гарантии оплаты медицинской помощи за счёт накопленных страховщиком средств. Охарактеризованы основные составляющие экономическое содержание медицинского страхования:

- социальный характер;
- компенсационный механизм;

- договорные отношения;
- программная основа;
- натуральная форма;
- формирование и использование фондов;
- целевая направленность средств;
- гарантированность;
- видовая составляющая (медицинская, лекарственная, профилактическая и прочая помощь), обязательная и добровольная формы.

Участники медицинского страхования могут осуществлять различные виды деятельности. В качестве субъектов медицинского страхования выступают:

- 1) застрахованные (граждане Российской Федерации, иностранные граждане, лица без гражданства);
- 2) страхователи (дееспособные граждане или (и) организации, представляющие интересы граждан); страховые медицинские организации (юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием);
- 3) медицинские учреждения и предприятия (имеющие лицензии и аккредитованные в установленном законом порядке лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность на началах предпринимательства как индивидуально, так и коллективно).

Под объектами медицинского страхования, поэтому же закону понимаются 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)

Исследование современного содержания медицинского страхования в условиях многообразия его видов и организационных форм потребовало их упорядочивания на основе классификации по определенным признакам:

1. Форма организации: Государственное обязательное медицинское страхование и коммерческое (добровольное) медицинское страхование.
2. Экономические последствия для индивида: Страхование затрат на медицинское обслуживание, лечение и страхование потери трудового дохода.
3. Наполненность программы: Полное медицинское страхование и частичное медицинское страхование
4. Тип страхового тарифа: Полный тариф и лимитом ответственности страховщика.
5. Дополнение программ ОМС: Самостоятельное ДМС и дополнительное ДМС.
6. Срок действия: Долгосрочное и краткосрочное
7. Способ охвата населения: Индивидуальное и коллективное.
8. Наличие рискованной составляющей: Рискованное и депозитное.

3. По форме владения: предъявительские (ценные бумаги на предъявителя) и именные, которые содержат имя своего владельца и зарегистрированы в реестре владельцев данной ценной бумаги.

4. По форме обращения (порядку передачи): передаваемые по соглашению сторон (путем вручения, путем цессии) или ордерные (передаваемые путем приказа владельца – индоссамента).

5. По форме выпуска: эмиссионные или неэмиссионные.

6. По регистрируемости: регистрируемые (государственная регистрация или регистрация ЦБ РФ) и нерегистрируемые.

7. По виду эмитента: государственные ценные бумаги (это обычно различные виды облигаций, выпускаемые государством), негосударственные или

корпоративные (это ценные бумаги, которые выпускаются в обращение компаниями, банками, организациями и даже частными лицами).

8. По обращаемости: рыночные (свободнообращающиеся), нерыночные, которые выпускаются эмитентом и могут быть возвращены только ему (не могут перепродаваться).

9. По цели использования: инвестиционные (цель - получение дохода) или не инвестиционные (обслуживают оборот на товарных рынках).

10. По уровню риска: без рисковые или рисковые (низко рисковые, средне рисковые или высоко рисковые).

11. По наличию начисляемого дохода: без доходные или доходные (процентные, дивидендные, дисконтные).

12. По форме привлечения капитала: долевые (отражают долю в уставном капитале общества) и долговые, которые представляют собой форму займа капитала (денежных средств).

Таблица 1 - Классификация видов медицинского страхования.

Принцип различия	Виды медицинского страхования
Форма организации	Государственное обязательное медицинское страхование
	Коммерческое (добровольное) медицинское страхование
Экономические последствия для индивида	Страхование затрат на медицинское обслуживание, лечение
	Страхование потери трудового дохода
Наполненность программы страхования	Полное медицинское страхование
	Частичное медицинское страхование
Тип страхового тарифа	Полный тариф
	С лимитом ответственности страховщика
Дополнение программ ОМС	Самостоятельное ДМС
	Дополнительное ДМС

Срок действия	Долгосрочное
	Краткосрочное
Способ охвата населения	Индивидуальное
	Коллективное
Наличие рискованной составляющей	Рискованное
	Депозитное

Исследование методологических основ медицинского страхования подразумевает определение принципов его организации. На основе положений теории страхования, изучения зарубежного опыта даны принципы медицинского страхования в разрезе социального и частного, предполагающая выделение:

- 1) базовых принципов;
- 2) принципов организации системы медицинского страхования;
- 3) принципов - целевых ориентиров.

Медицинское страхование отличается своими особенностями во всей системе страхования. Проанализировано, что оно играет важную роль в удовлетворении как личных, так и экономических интересов общества и выполняет определенные функции. Классификация этих функций зависит от субъекта отношений по поводу медицинского страхования. Так, для страховщика медицинское страхование выполняет аккумулятивную, инвестиционную, превентивную, рискованную и функцию социального признания. Для страхователя - защитную, восстановительную, мотивационную, социальную, компенсационную и контрольную. Для медицинских учреждений - компенсационную и стимулирующую. А для государства - регулятивную, альтернативного финансирования и превентивную (общественная превенция).

Рассмотрены проблемы системы здравоохранения России, которые охватывают множество вопросов экономического характера, начиная с инструментов финансового обеспечения и оценки эффективности медицинского страхо-

вания, заканчивая проведением принципов равенства и справедливости при получении медицинской помощи, организации рынков медицинских услуг.

Для адекватной оценки достаточности финансирования системы общественного здравоохранения России, необходимо проанализировать потоки доходов и расходов внебюджетных социальных фондов (фонд социального страхования (ФСС) и структуру доходов и расходов бюджета Федерального фонд ОМС (ФОМС)).

Основная часть доходов формируется за счет поступлений страховых взносов на ОМС работающего населения с учетом недоимки и страховых взносов на ОМС неработающего населения: в 2018 году – на 98,3%, в 2019 году – 99,7%.

Основной категорией плательщиков страховые взносы на ОМС работающего населения уплачивались исходя из тарифа страхового взноса в размере 5,1%, льготными категориями плательщиков страховых взносов – исходя из пониженных тарифов страховых взносов.

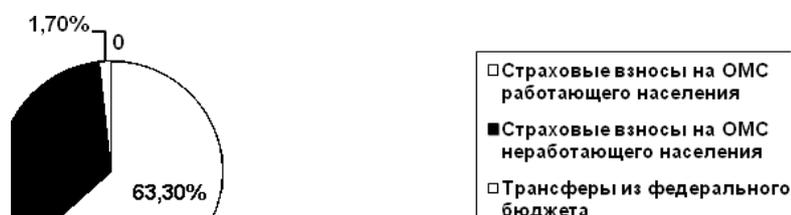


Рисунок 1 – Структура доходов бюджета Федерального фонда ОМС в 2018 г.¹

Из представленных в рис. 1 данных следует, что максимальный объем поступлений доходов бюджета Федерального фонда ОМС является страховые взносы на ОМС работающего населения.

¹ Соколова И.В. Об исполнении бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования за 2016 год // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2017. - №5. – С.10.

Основные источники доходов ФСС представлены налогами, страховыми взносами и безвозмездными поступлениями из федерального бюджета и ФОМС.

По данным Федеральной службы государственной статистики величина расходов ФФОМС, как и в случае с ФСС, превышает величину его доходов

Современное состояние системы обязательного медицинского страхования характеризуется следующими показателями:

- средства фонда ОМС становятся основным источником финансирования регионального здравоохранения;
- субвенции ФФОМС становятся основным (чаще всего единственным) источником финансирования программы ОМС.
- средства ФФОМС – достаточно справедливо распределены по субъектам РФ.

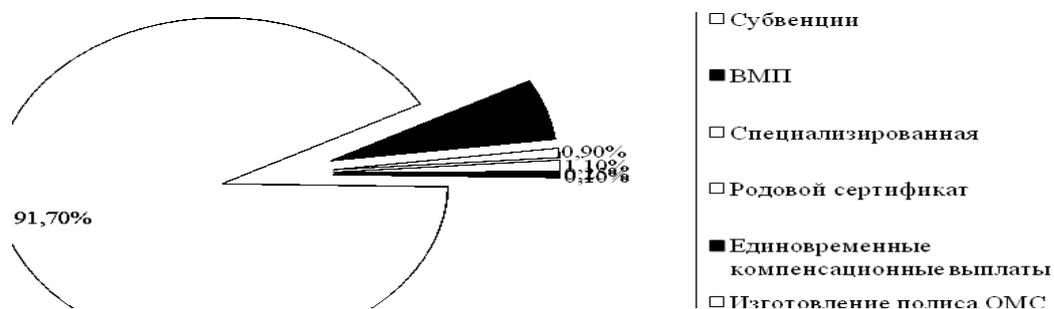


Рисунок 2 – Структура расходов бюджета Федерального фонда ОМС в 2017 г.

Из рисунка 2 видно, что в расходах бюджета Фонда основную долю (91,7%) составляют субвенции бюджетам территориальных фондов ОМС (далее – территориальные фонды) на осуществление переданных полномочий по организации ОМС на территориях субъектов Российской Федерации. В 2016 году бюджетам территориальных фондов предоставлены субвенции в размере 1 458

573,5 млн. рублей, что составляет 100% от утвержденного размера. На оказание высокотехнологичной медицинской помощи, не включенной в базовую программу ОМС, из бюджета Фонда в федеральный бюджет в 2016 году было направлено 94 361 млн. рублей (100%).

Рассмотрев исполнение бюджета ОМС за 2017 г., можно сделать вывод о том сокращении объема расходов бюджета ФФОМС на 4,5% (1 656 820,9 млн. руб. против запланированных 1 734 976,6 млн. руб.), увеличившись при этом на 64 413 млн. руб. в сравнении с предыдущим годом.

Исходя из вышесказанного сделаем вывод: для достижения баланса между доходной и расходной частями бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования. Необходимо оптимизировать процесс распределения средств, в сторону соразмерности расходов соответствующим доходам

Во второй главе «Анализ проблем и развития медицинского страхования Саратовской области» представлены характеристика и оценка проблем и развития медицинского страхования Саратовской области.

Социально-экономическое положение региона занимает особое место в изучении всех явлений и процессов, протекающих в регионе, так как в той или иной мере влияет на все сферы жизнедеятельности человека. В рамках данного исследования показатели, характеризующие социально-экономическое развитие региона, условно можно объединить в три большие группы:

1) уровень жизни населения: ВРП на душу населения, среднемесячная численная заработная плата, среднедушевые денежные доходы населения, соотношение доходов и расходов населения, сбережение домашних хозяйств, уровень бедности, уровень безработицы;

2) общие макроэкономические показатели региона: структурные показатели ВРП, уровень инфляции, показатели финансовой и налоговой сферы, объем оказанных платных услуг населению, численность экономически активного населения;

3) доступность страховых услуг: ставка страхового взноса по ОМС, размер тарифов по ДМС, концентрированность рынка медицинского страхования, объем собранных страховых премий, объем уплаченных страховых премий.

Эффективность функционирования региональных систем ОМС находится в прямой зависимости не только от степени финансовой обеспеченности, но во многом и от рациональности использования страховых ресурсов. Необходимо содействовать созданию региональной модели медицинского страхования, основанной на высоком уровне конкуренции, мотивации к повышению качества услуг ЛПУ и СМО, посредством максимальной реализации контрольных функций участников ОМС, внедрения наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи (в частности, на основе подушевого финансового обеспечения оказания амбулаторной медицинской помощи в сочетании с оплатой за единицу объема оказанной медицинской помощи), разработки и широкого распространения страховыми медицинскими организациями программ комбинированного медицинского страхования на основе сочетания ОМС и ДМС.

Доля здравоохранения и предоставления социальных услуг в структуре валового регионального продукта Саратовской области занимает 7%.

В структуре расходов на социальную сферу наибольший объем приходится на (рисунок 3): образование – 20,7 миллиардов рублей; социальная политика – 17,7 миллиардов рублей; здравоохранение – 12,2 миллиардов рублей.



Рисунок 3 - Структура расходов социальной сферы за 2016 год.

Расходы консолидированного бюджета субъекта на реализацию территориальной программы государственных гарантий увеличились. При этом имеется дефицит программы Государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам.

В регионе продолжается процесс укрупнения СМО, который направлен, в том числе, на улучшение их работы с застрахованными лицами, обеспечению их полисами обязательного медицинского страхования, в том числе путем доставки полисов на дом застрахованному лицу, который нуждается в этой услуге по состоянию здоровья, по защите прав застрахованных лиц и проведению экспертиз оказанной медицинской помощи. В территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в Саратовской области на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг., утвержденной Постановлением Правительства Саратовской области от 26.12.2017 N 692-П "О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Саратовской области на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов" число медицинских организаций составляет 178, в том числе иных форм собственности 19, из них частной формы собственности 15, негосударственных учреждений здравоохранения 3.

Бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области за 2016 год составляет по доходам – 22 152 071,1 тыс. рублей, в том числе безвозмездные поступления в сумме 22 065 514,6 тыс. рублей, по расходам - 22 150 484,1 тыс. рублей.

В 2017 году на медицинские учреждения из бюджета ТФОМС было потрачено 22,64 млрд. руб. Расходы фонда в указанном году составили 22,62 млрд. руб., то есть исполнение составило 100,7% от установленных значений. Все средства пошли на текущие нужды медучреждений региона: заработные платы работникам учреждения, налоги, сборы и отчисления, а также на материальное обеспечение деятельности фонда

На исполнение функций фонда было выделено 110,17 млн. рублей.

Идет увеличение межбюджетных трансфертов. Проиллюстрируем данные выводы диаграммой.



Рисунок 4 – Динамика межбюджетных трансфертов в бюджет Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области, получаемые из других бюджетов бюджетной системы Российской Федерации, в 2016-2018 гг.

Тариф страховых взносов в 2017-2019 гг. на обязательное медицинское страхование составляет 5,1 процент (статья 426 НК РФ). Численность застрахованных лиц в Саратовской области составляет 2 488 501 человек.

Финансовые средства территориальных фондов находятся в федеральной собственности РФ, не входят в состав бюджетов и других фондов и изъятию не подлежат.

Таблица 2 – Динамика доходов Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области.

	2015	2016	2017	Темп прироста 2016/2015, %	Темп прироста 2017/2016, %
Всего доходов	20 784 310,9	21 956 869,2	24491451,1	5,64	11,54
Безвозмездные поступления – Субвенции ФФОМС и других бюджетов, тыс. руб.	20 569 114,2	21 730 697,5	24 255 554	5,64	11,61
Налоговые и неналоговые поступления, тыс. руб	215 196,7	226 171,7	235 897,1	5,09	4,30
Удельный вес безвозмездных поступлений, %	98,96	98,96	99,03	-	-
Удельный вес налоговых и неналоговых поступлений, %	1,03	1,03	0,96	-	-

В настоящее время рынок ДМС практически поделен, и перераспределение рынка происходит в тех случаях, когда предприятие решает сменить компанию-страховщика. Региональный рынок добровольного медицинского страхования представлен несколькими страховыми компаниями. Рейтинг по объему собранной страховой премии в Саратовской области 2017 года.

Таблица 3 - Страховые компании Саратова, Саратовской области, рейтинг присутствия в регионе (кроме ОМС).

Страховая компания	Место	Сборы тыс. руб	Доля рынка, %	Уровень выплат, %?
РОСГОССТРАХ	1 (57)	1 183 392,0	14,89	82,56
СБЕРБАНК СТРАХОВАНИЕ ЖИЗНИ	2 (4)	881 688,0	11,09	7,97

СОГАЗ	3 (2)	747 047,0	9,40	55,47
АЛЬФАСТРАХОВАНИЕ	4 (3)	555 656,0	6,99	87,13
ВСК	5 (6)	518 235,0	6,52	36,22
ИНГОССТРАХ	6 (11)	480 568,0	6,05	39,06
РОСГОССТРАХ-ЖИЗНЬ	7 (9)	433 212,0	5,45	16,69
МАКС	8 (12)	354 164,0	4,46	42,56
РЕСО-ГАРАНТИЯ	9 (8)	352 593,0	4,44	51,68
ПОВОЛЖСКИЙ СТРА- ХОВОЙ АЛЬЯНС	10 (14)	234 934,0	2,96	52,91
СОГЛАСИЕ	11 (13)	193 246,0	2,43	53,40

В результате анализа таблицы 3 можно отметить особенность – отсутствие в пятерке лидеров региональных представителей. Данная тенденция подтверждается и общефедеральными данными. Основными компаниями, имеющими больший удельный вес являются «Росгосстрах» «Сбербанк страхование жизни».

Таким образом, можно утверждать, что лидеры на региональном рынке добровольного медицинского страхования сформировались. Лишь очень серьезные изменения в экономике — поглощения либо существенные инвестиции — могут позволить страховой компании, не имеющей серьезного опыта на рынке ДМС, повлиять на позиции лидеров.

Отсюда следует, современная территориальная система медицинского обслуживания направлена на повышение доступности всего спектра медицинских услуг для разных социальных групп населения области. Удовлетворенность пациентов медицинскими услугами отражает социальную приемлемость здравоохранения и характеризует качество жизни в регионе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Саратовской области функционируют оба вида медицинского страхования. Их целевые задачи выполняются в достаточной мере, и рынок медицин-

ского страхования развивается в соответствии с тенденциями, характерными в целом для Российской Федерации.

Остается заметной проблемой недостаточное финансирование. Как было показано, доля в ВРП Саратовской области составляет 7 %, есть регионы, где эта цифра не переходит порога в 4%. То есть можно говорить о дефиците финансового покрытия территориальных программ ОМС.

С другой стороны выявлены проблемы и в функционировании ДМС на региональном уровне: низкий платежеспособный спрос населения; проблема нехватки ЛПУ; предоставление страховыми компаниями невысоких тарифов, ведущих к росту убыточности страховых компаний; фактор нерешенных вопросов, связанных с дублированием ОМС и ДМС.

Как указывают эксперты, проблемой является, и невозможность потребителям выбирать самим страховую компанию, этим занимается работодатель.

В современной ситуации можно говорить о возможности увеличения объемов сбора страховых премий по ДМС в ближайшей перспективе, для чего страховщикам, работающим в Саратовской области, необходимо задуматься об изменении маркетинговой и тарифной политики.

Основными условиями успешного развития добровольного медицинского страхования в Саратовской области являются:

- создание страховыми компаниями своих медицинских учреждений;
- введение в практику рейтинга медицинских услуг для оценки деятельности лечебно - профилактических учреждений;
- включение в базовые программы традиционного полиса ДМС услуг «Личного врача» и «Врача офиса»
- создание и реализация страховых продуктов долгосрочного ДМС;
- использование материальных стимулов для повышения интереса застрахованных лиц к сохранению своего здоровья, к стремлению не допустить наступления тяжелого заболевания;

- проведение профилактики определенных заболеваний среди застрахованных лиц, обязательное прохождение ими плановых осмотров и обследований (диспансеризация);

- принятие отдельного закона о добровольном медицинском страховании;

- миграционный сегмент;

- корпоративный сегмент.

Основные мероприятия на этом направлении станут важной составляющей развития российского рынка медицинского страхования и обеспечения здравоохранения финансовыми ресурсами.

Таким образом, необходимыми условиями развития системы медицинского страхования могут стать следующие:

Пересмотр законодательства в области тарифов отчислений в социальные фонды в сторону увеличения тарифа на ОМС.

Формирование новых подходов для планирующегося значительного вливания денег в систему ОМС (увеличение % ВВП на здравоохранение, трансформация нацпроектов в долгосрочные программы, введение одноканального финансирования) и как один из наиболее реальных путей – введение накопительных счетов граждан России.

Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Обеспечение сбалансированности объемов медицинской помощи Базовой (территориальной) программы ОМС с ее финансовыми ресурсами.

Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг. В рамках нового законодательства по ОМС планируется предложить населению более солидарные формы участия в покрытии расходов на медицинскую помощь. Это, прежде всего, форма страхового взноса гражданина в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. В отличие от традиционного коммерческого ДМС, доступного лишь наиболее обеспеченным категориям на-

селения, дополнительные программы реализуются на тех же условиях, как и базовая программа ОМС.

Совершенствование деятельности СМО в системе ОМС.