

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский федеральный университет
имени первого Президента России Б.Н.Ельцина»

Институт Высшая Школа Экономики и Менеджмента

Кафедра Финансов, денежного обращения и кредита

ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ ПЕРЕД ГАК

Зав. кафедрой ФДОК

Е. Г. Князева

« _____ » _____ 2017 г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

МЕХАНИЗМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Научный руководитель: Князева Елена Геннадьевна

д.э.н., профессор

Нормоконтролер: Лачихина Анастасия Геннадьевна

старший преподаватель

Студент группы ЭММ-252004

Денисова Олеся Олеговна

Екатеринбург

2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ	8
1.1 ГЕНЕЗИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ РОЛЬ	8
1.2 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	15
1.3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗНЫХ СТРАНАХ.....	24
2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ АО «СОГАЗ» В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	33
2.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ АО «СОГАЗ».....	33
2.2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «СОГАЗ»	38
2.3 ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «СОГАЗ» В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	49
3 ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЕГО ПЕРСПЕКТИВЫ	59
3.1 ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....	59
3.2 ПЕРСПЕКТИВЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	69
3.3 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.....	77

ЗАКЛЮЧЕНИЕ	88
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	92
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	98

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Отрасль национального здравоохранения является важнейшим социально-экономическим показателем развития страны. В Российской Федерации каждый гражданин застрахован в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). На сегодняшний день существует ситуация, когда система государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи не может удовлетворить все потребности населения по качеству и объему предоставляемых услуг. Это обуславливает спрос на медицинские услуги в системе добровольного медицинского страхования (ДМС). Через ДМС население имеет возможность получать более широкий спектр качественных медицинских услуг.

Добровольное медицинское страхование является дополнением к бесплатному обеспечению населения медицинскими услугами. Но четкий механизм взаимодействия ДМС и ОМС на сегодняшний день не определен. Развитие добровольного медицинского страхования дает значительные возможности для улучшения системы здравоохранения.

В Российской Федерации система ДМС окончательно не сформировалась, ввиду не проработанности законодательной базы в данном вопросе, а также из-за размытого представления населением какое место занимает ДМС в системе здравоохранения и каков механизм его действия. Кроме того, развитие добровольного медицинского страхования имеет важное социальное значение.

В связи с этим представляется актуальным исследование механизма функционирования добровольного медицинского страхования, места ДМС в системе рыночных отношений, его взаимодействие с обязательным медицинским страхованием, а также выявление перспективных направлений его развития в Российской Федерации в интересах государства и населения.

Целью исследования является выявление потребности модификации существующей модели добровольного медицинского страхования и

усовершенствование механизма его функционирования, а также рассмотрение конкретных проблем страховой компании в сфере добровольного медицинского страхования на примере АО «СОГАЗ».

Для реализации данной цели потребовалось решение следующих *задач*:

- изучить современное состояние рынка добровольного медицинского страхования и выявить динамику его развития в Российской Федерации;
- определить отличительные особенности добровольного медицинского страхования в развитых европейских странах;
- проанализировать финансово-хозяйственную деятельность страховой компании АО «СОГАЗ» и выявить основные проблемы деятельности данной компании в сфере добровольного медицинского страхования;
- выявить проблемы добровольного медицинского страхования в Российской Федерации;
- разработать перспективные направления развития добровольного медицинского страхования и сформировать комплекс мер по совершенствованию организации и оптимизации системы ДМС.

Объектом исследования является страховая компания АО «СОГАЗ».

Предмет исследования – экономические отношения, возникающие при функционировании добровольного медицинского страхования в условиях рыночной системы.

Методологической основой исследования явились методы системного анализа, абстрактно-логический, сравнительный, экспертный и экономико-статистический.

Степень разработанности темы. На сегодняшний день проблемы сектора добровольного медицинского страхования привлекают внимание многих авторов.

В начале XX века российский ученый Н.А. Вигдорчик исследовал ДМС как основу для создания ОМС.

В настоящее время проблемы развития в России медицинского страхования нашли отражение в трудах А.П. Архипова, Ю.Т. Ахвледиани, Ю.В.

Волкова, Н.Б. Грищенко, Е.В. Коломина, Ю.А. Лавровой, И.Л. Логвиновой, М.М. Морозова, Э.А. Русецкой, Г.В. Черновой, Т.А. Федоровой и других.

Однако в современных отечественных публикациях добровольное медицинское страхование рассматривается только как дополнение к обязательному медицинскому страхованию; не исследованы особенности механизма функционирования и развития данного вида страхования в нашей стране и в странах с развитой рыночной экономикой, что затрудняет возможности использования в России накопленного за рубежом опыта ДМС.

Научная новизна исследования состоит в обосновании теоретических положений и разработке перспективных направлений развития добровольного медицинского страхования, а также модификации существующего механизма ДМС для совершенствования организации и повышения эффективности его функционирования. В ходе исследования автором получены следующие результаты, обладающие научной новизной:

1. Дано определение добровольного медицинского страхования, как вида социальной защиты граждан в условиях рыночной системы здравоохранения, который основан на свободном волеизъявлении страхователя вступить в договорные отношения со страховой компанией и получить индивидуальную защищенность на случай риска возникновения потребности в медицинской услуге, не входящей в перечень гарантированных государством услуг по системе обязательного медицинского страхования.

2. Выявлены особенности взаимодействия ДМС и ОМС в секторе медицинского страхования в Российской Федерации, которые заключаются в различном сочетании добровольного и обязательного медицинского страхования, а также в обеспечении сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской и добровольного медицинского страхования.

3. Аргументирована система функций добровольного медицинского страхования как полноценного сегмента рынка страхования в развитии общества:

- системе ДМС происходит расширение возможностей доступа населения к медицинским услугам, в том числе к услугам, которые не были охвачены системой добровольного медицинского страхования, эти услуги имеют более высокое качество, оказываются с меньшим ожиданием, обеспечивают более высокий уровень сопутствующих сервисов;

- благодаря постоянному внешнему контролю качества предоставляемых услуг со стороны страховщика, формируется система гарантий качества медицинских услуг, которые оказываются застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

- благодаря системе ДМС у застрахованных граждан воспитывается ответственное отношение к своему здоровью и экономическое стимулирование профилактики заболеваний.

4. Разработаны рекомендации по улучшению развития добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, а также усовершенствованию существующего механизма функционирования ДМС.

Практическая значимость исследования состоит в том, что внедрение разработанных рекомендаций по усовершенствованию механизма добровольного медицинского страхования позволит качественно повысить уровень медицинского страхования для населения в масштабе всей страны, а также позволит страховым компаниям снизить высокий уровень убыточности по договорам ДМС.

Эмпирическую базу исследования составили данные статистических исследований, характеризующие развитие добровольного медицинского страхования за рубежом и в России, доклады Всемирной организации здравоохранения, законодательные и нормативные акты Российской Федерации, документы российских страховых компаний, регулирующие осуществление добровольного медицинского страхования, материалы научно-практических конференций, а также иная информация, опубликованная в периодической печати и в системе Интернет.

Диссертация состоит из введения, трех основных глав, заключения, списка использованной литературы и приложений.

Введение раскрывает актуальность, определяет объект, предмет, цель и задачи исследования, раскрывает научную новизну и практическую значимость работы.

В первой главе рассматривается развитие добровольного медицинского страхования, его социально-экономическая значимость для населения, анализируется современное состояние рынка ДМС, а также исследуется опыт зарубежных стран.

Во второй главе приведен анализ финансово-хозяйственной деятельности страховой компании АО «СОГАЗ», а также выявлены возможные проблемы деятельности данного страховщика в добровольном медицинском страховании.

В третьей главе проведено исследование современных проблем рынка добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, обусловлены перспективы развития ДМС, а также разработаны рекомендации по усовершенствованию действующего механизма функционирования добровольного медицинского страхования.

В заключении подводятся итоги изучения теоретических и методологических основ функционирования системы добровольного медицинского страхования, приводятся результаты исследования и их научная и практическая значимость.

1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ И ЗА РУБЕЖОМ

1.1 ГЕНЕЗИС ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ЕГО СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ РОЛЬ

В условиях рыночной экономики получение медицинских услуг происходит на основе товарно-денежных отношений. Обращаясь к врачу, пациент должен иметь возможность заплатить за полученную от врача услугу.

Высокая социальная значимость проблемы финансирования получения медицинских услуг проявилась в том, что в ходе экономического развития были выработаны разнообразные механизмы такого финансирования.

Самым очевидным и наиболее ранним с исторической точки зрения является прямая оплата медицинских услуг пациентом за счет его собственных средств. Такая оплата требовала наличия у пациентов необходимой суммы денежных средств. Такие средства могли быть их личными, или могли появиться у них в результате оказания благотворительной помощи. Причем такая помощь могла быть оказана либо в виде выплаты больным определенной суммы средств, либо в виде оплаты полученных ими медицинских услуг непосредственно врачу, либо в результате оказания медицинской помощи непосредственно самим благотворителем без взимания оплаты с пациентов.

Вероятность получения благотворительной помощи всегда была мало предсказуемой, и люди искали возможность предусмотреть возможность своего материального обеспечения в случае болезни. Такая возможность была выработана на основе совместного создания денежных фондов людьми, желающими создать определенную материальную защиту для себя и своих близких на случай болезни, и совместного управления такими фондами. Такая

совместная деятельность основывалась на принципах, которые в настоящее время объединены наукой о страховании в понятии «метод взаимного страхования».

Данный метод в российской науке о страховании и в российском законодательстве называется также некоммерческим страхованием. Определение «некоммерческое» отражает тот факт, что каждый из страхователей при использовании данного метода участвует в создании страхового фонда и становится его собственниками не с целью получения прибыли на вложенный капитал, а с целью создания страхового продукта для себя или для лиц, которых он страхует.

В основе выделения метода взаимного страхования лежат следующие существенные признаки:

- объединение страхователями финансовых ресурсов в специально создаваемой организации – страховщике для страхования собственных имущественных интересов путем раскладки ущерба между собой;

- формирование страхового фонда за счет взносов каждого члена сообщества заинтересованных страхователей в качестве совместной собственности всех членов;

- отсутствие у каждого страхователя в отдельности единоличного права на распоряжение этим фондом и на его использование;

- наличие у страхователей прав и обязанностей по участию в управлении, распоряжении этим фондом и использовании средств фонда;

- наличие у каждого из страхователей материальной ответственности по обязательствам, связанным с созданием страховых продуктов за счет средств этого фонда;

- распределение материальной ответственности по обязательствам, связанным с созданием страховых продуктов, между страховщиком и его страхователями.

Механизм страхования позволил создать страховую защиту на случай возникновения потребности в затратах на медицинское обслуживание на

основании солидарной раскладки ущерба, компенсировать застрахованным лицам затраты, произведенные ими на оплату медицинских услуг. В этом случае получаемые выплаты были «вопросом не щедрости, а права, заслуженного регулярным внесением взносов в общий фонд каждым членом и оправданного обязательством сделать то же самое для других».

Добровольное медицинское страхование, как и другие виды страхования, возникало тогда, когда появлялась экономическая возможность удовлетворить потребность в создании страховой защиты определенных имущественных интересов. В данном случае речь идет о том, что по мере развития товарно-денежных отношений, у людей, активно вовлеченные в такие отношения, возникало желание защитить себя и членов своей семьи на случай возникновения материальных затруднений в связи с болезнью.

В России в последнее время популярность добровольного медицинского страхования (ДМС) возрастает. Если еще несколько лет назад большинство людей получали медицинское обслуживание по полюсам обязательного медицинского страхования, то в последнее время все большее количество граждан России помимо этого заключают договор о добровольном медицинском страховании (ДМС).

При заключении договора добровольного медицинского страхования потенциальному клиенту лечебно-профилактического учреждения предоставляется возможность снизить разовые (нередко довольно высокие) затраты на оплату медицинской помощи. Кроме того, договор ДМС обычно предусматривает контроль страховщика за качеством оказываемых застрахованному лицу медицинских услуг, их соответствием перечню, гарантированному программой добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) аналогично обязательному медицинскому страхованию преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Исходя из общей цели, можно выделить несколько частных задач, представленных на рисунке 1.



Рисунок 1 – Задачи добровольного медицинского страхования¹

Для заключения договора страхования страхователь должен иметь страховой интерес в обеспечении медицинской помощи застрахованному, например, страховой интерес имеют:

- страхователь в собственной жизни;
- работодатель в жизни своих работников;
- супруг в жизни другого супруга;
- родители в жизни детей.

Предметом ДМС являются расходы на необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание застрахованного лица в случае болезни. Компенсируются затраты, связанные с лечением и восстановлением здоровья. Данный подход направлен на лечение уже фактически наступивших заболеваний, хотя в определенной степени и он предусматривает проведение

¹ Составлено автором по [28]

профилактических мероприятий. Исходя из возможностей современной медицины и потребностей клиентов, страховые организации разрабатывают Правила страхования, а затем конкретизируют их, составляя различные программы ДМС.

Объектом ДМС являются имущественные интересы страхователя или застрахованного лица, связанные с затратами на получение медицинской помощи при наступлении страхового случая. Объем обязательств страховщика по договору ДМС определяется перечнем страховых случаев, при наступлении которых у страховщика возникает обязанность произвести страховую выплату. Страховым случаем признается обращение застрахованного лица (страхователя) в течение действия договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором при таком состоянии здоровья, которое требует получения медицинской помощи или услуг, включенных в программу добровольного медицинского страхования. Выбранная страхователем программа является неотъемлемой частью договора страхования. Предлагаемые страховщиком программы различаются в зависимости от: перечня случаев, при которых страхователю гарантируется оказание медицинских услуг: при амбулаторном лечении; при стационарном лечении; при вызове скорой помощи; при вызове врача на дом; при стоматологическом лечении и т.д.

Набор гарантий по добровольному медицинскому страхованию различен в отдельных страховых компаниях в зависимости от того, по каким программам ДМС они работают. Принято выделять основные виды медицинского страхования и дополнительные виды (опционы). К первым относят страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание. Эти гарантии компенсируют затраты на лечение, необходимое по жизненным показаниям. К дополнительным относят виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь, например, родовспоможение, протезирование и некоторые другие.

Полное медицинское страхование предоставляет гарантию покрытия расходов как на амбулаторное, так и стационарное лечение. Частичное страхование покрывает затраты либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо специализированное лечение (стоматология, санаторно-курортное лечение, родовспоможение и т.п.) по выбору страхователя.

Потребность в ДМС прямо зависит от того, в какой части риск заболевания покрывается обязательным медицинским страхованием. Спрос на ДМС определяется во многих случаях желанием получить более качественную и специализированную медицинскую помощь, и высокий уровень обслуживания (отдельная палата, сиделка, лечение у ведущих специалистов и некоторые другие услуги).

В настоящий момент в России развито краткосрочное страхование (на 1 год), хотя в некоторых западных странах, например, Германии, кроме краткосрочного медицинского страхования распространено также долгосрочное медицинское страхование, которое дополнительно использует принцип индивидуального накопления страховых премий и относится к капитализируемым видам, как и страхование жизни. Однако в РФ капитализируемое медицинское страхование не может быть организовано в силу действующих законодательных требований. По договору добровольного медицинского страхования застрахованный получает только определенные виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В России по системе ДМС преобладают коллективные формы страхования за счет средств работодателей.

Проанализировав развитие ДМС в исторической ретроспективе, можно сделать следующие выводы. Добровольное медицинское страхование представляет собой страхование имущественных интересов страхователей и застрахованных физических лиц, связанных с получением ими медицинских услуг на основе свободного и не обязательного с точки зрения национального

законодательства вступления их в страховые отношения и реализации ими платежеспособного спроса на страховые продукты.

Добровольное медицинское страхование развивалось по мере развития рыночных отношений. В странах с эволюционным развитием рыночной экономики оно предшествовало появлению обязательного медицинского страхования и явилось основой для его организации.

В процессе исторического развития добровольное медицинское страхование и обязательное медицинское страхование сформировались как два самостоятельных направления развития страховых отношений. В тех случаях, когда законодательные гарантии медицинского обслуживания физических лиц обеспечиваются не обязательным медицинским страхованием, а системой медицинского обслуживания на основе прямого бюджетного финансирования, ДМС является единственной формой медицинского страхования физических лиц.

Добровольное медицинское страхование имеет форму, имманентную рынку страхования. Оно формировалось по мере развития рыночных отношений на основе инициативы страхователей по созданию страховой защиты для себя и членов своей семьи. ДМС не прекратило своего существования ни в одной стране, где были введены системы государственных гарантий предоставления населению медицинского обслуживания.

Социально-экономическое же значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках обязательного медицинского страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь в предоставлении множество различных программ ДМС, рассчитанных на самые различные группы потребителей и их материальные возможности.

1.2 СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В России развитие добровольного медицинского страхования имеет определенную специфику. Прежде всего, это развитие нельзя назвать эволюционным, поскольку в течение советского периода истории нашей страны добровольное медицинское страхование в нашей стране вообще не осуществлялось, хотя до 1917 года оно проводилось в нашей стране, также как в зарубежных странах с эволюционным развитием рыночной экономики, взаимными страховыми организациями.

В Российской Федерации добровольное медицинское страхование стали сразу осуществлять коммерческие страховые организации. Это объясняется тем, что в советский период в нашей стране были в значительной мере утрачены знания не только о ДМС, но и о взаимном страховании. Видимо, по этой причине законодательство, регулирующее деятельность взаимных страховых организаций, формировалось гораздо дольше, чем законодательство, регулирующее деятельность коммерческих организаций.

Закон «О взаимном страховании» вступил в действие в декабре 2007, но для развития добровольного медицинского страхования этот факт не имеет значения. В ст.4 данного закона, устанавливающей объекты, которые могут быть застрахованы в обществе взаимного страхования, не указаны имущественные интересы, связанные с оказанием гражданам медицинских услуг [7]. Следовательно, и в настоящее время добровольное медицинское страхование в Российской Федерации не может осуществляться на основе метода взаимного страхования. Отсутствие допуска обществ взаимного страхования к осуществлению ДМС противоречит историческому и современному зарубежному опыту.

В странах с эволюционным развитием добровольного медицинского страхования данный вид страхования первоначально возник как одно из

направлений страхования на случай болезни, в которое входило также добровольное страхование потерь трудового дохода в связи с наступлением нетрудоспособности. В Российской Федерации страхование потерь трудового дохода в связи с наступлением нетрудоспособности осуществляется только в обязательной форме. Термин «страхование на случай болезни» отсутствует в современном российском законодательстве, следовательно, и в современной российской практике.

Есть специфика и в определении страхового случая по добровольному медицинскому страхованию, принятом в российских страховых компаниях. Так, Правила добровольного медицинского страхования компании «СОГАЗ», устанавливая, что объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес, связанный с обращением застрахованного лица в медицинское учреждение или иное учреждение за медицинскими, медико-транспортными услугами, услугами по эвакуации и репатриации, предоставляемыми застрахованному лицу в период действия договора страхования при наступлении страхового случая. При этом перечень услуг, которые оплачиваются страховой компанией, определяется в программе добровольного медицинского страхования, которая указана в договоре. Перечень медицинских учреждений, в которые может обращаться застрахованное лицо, определяется страховщиком.

Такой порядок проведения ДМС типичен для страховых организаций Российской Федерации. Здесь, в отличие от стран с рыночно ориентированной экономикой, страховое возмещение в рамках ДМС в подавляющем большинстве случаев осуществляется в натуральной форме, то есть в форме предоставления медицинских и сопутствующих им услуг. Правила страхования, действующие в различных российских страховых организациях, предусматривают предоставление страхового возмещения по ДМС в денежной форме лишь в исключительных случаях.

В каждой страховой компании существуют договорные отношения с определенными медицинскими учреждениями, и застрахованное лицо может

обращаться только туда. Если же застрахованное лицо обратиться в медицинское учреждение, не входящее в этот список, оказанная ему услуга не будет оплачена в рамках договора ДМС. Такая форма предоставления страхового возмещения дает российским ученым основание утверждать, что в современной России при осуществлении добровольного медицинского страхования страховщик выступает своего рода посредником между страхователем и лечебным учреждением.

Есть и другие особенности, оказывающие влияние на формирование в Российской Федерации спроса на добровольное медицинское страхование. Например, одновременное развитие в Российской Федерации добровольного и обязательного медицинского страхования. По мнению ряда ученых, российское население испытывает слабую потребность в добровольном медицинском страховании в связи с тем, что бесплатность для потребителя услуг, оказываемых в рамках системы обязательного медицинского страхования, и декларируемая свобода доступа к ним создают иллюзию полной защиты. Вследствие этого стимулы для заключения договоров ДМС весьма незначительны. Представляется, что определенную роль здесь играют стереотипы, сложившиеся в советский период, в соответствии с которыми предоставление абсолютно всех медицинских услуг должно осуществляться для пациентов бесплатно.

Влияние обязательного медицинского страхования на развитие добровольного медицинского страхования имеет место не только в Российской Федерации, но и в других странах, где действует система ОМС. Однако направления этого влияния в нашей стране имеют определенную специфику.

Необходимость добровольного медицинского страхования в зарубежных странах, имеющих систему ОМС, объясняется тем, что оно расширяет возможности населения страны по получению на страховой основе медицинских услуг, причем не только тех услуг, которые не входят в программы ОМС, но и тех, которые входят. Дублирование услуг по ОМС и ДМС может происходить, во-первых, в тех случаях, когда при получении услуги по ДМС может быть сокращен период ожидания, получена услуга более высокого качества, в более

удобном для пациента с территориальной точки зрения, медицинском учреждении; Во-вторых, дублирование может иметь место, когда по ОМС определенная услуга предоставляется в ограниченном объеме, и расширение объема может происходить либо за счет ее прямой оплаты пациентом, либо за счет оплаты по договору ДМС. Например, программа ОМС предусматривает 10 сеансов массажа, а пациенту рекомендуется получить 15 сеансов. В этом случае первые 10 сеансов оплачиваются по ОМС, а остальные 5 могут быть оплачены по ДМС, если у пациента заключен договор добровольного медицинского страхования, предусматривающий соответствующий страховой случай.

В Российской Федерации сложилась иная ситуация. В связи с тем, что система ОМС недостаточно развита и финансирование медицинских учреждений сталкивается с целым рядом проблем, граждане страны не всегда могут оперативно получить самые обычные медицинские услуги, входящие в программу обязательного медицинского страхования. Поэтому имеется спрос на получение по ДМС услуг, абсолютно идентичных тем, которые входят в программу ОМС. Нередко застрахованные лица предпочитают сразу обращаться за такими услугами по линии ДМС, не используя возможности ОМС.

Это приводит к тому, что современное российское добровольное медицинское страхования нередко дублирует в полном объеме услуги, оказываемые по обязательному медицинскому страхованию. В публикациях отечественных ученых отмечается, что содержание программ ДМС в настоящее время, по сути, дублирует амбулаторно-поликлиническую часть программ ОМС, «отличаясь, за исключением стоматологии, только сервисом (сокращение времени ожидания приема у специалистов). Это, а также применение депозитных схем, обедняет страховые принципы; в результате ДМС теряет страховую природу и фактически превращается в сервисную услугу, что может привести, особенно при условии повышения доступности и качества бесплатной медицинской помощи, предусмотренного программой модернизации здравоохранения, к исчезновению этого вида страхования».

По состоянию на 2016 год структура рынка медицинских услуг выглядит следующим образом (рисунок 2):



Рисунок 2 – Структура рынка медицинских услуг Российской Федерации в 2016 году¹

На данной диаграмме видно, что сектор ДМС занимает меньшую долю, чем прямая оплата услуг частных клиник. Это связано с тем, что добровольное медицинское страхование не популярно у физических лиц, ввиду недостаточной осведомленности, как действует данный механизм.

Еще одной особенностью добровольного медицинского страхования в современной России является абсолютное преобладание коллективных (корпоративных) договоров ДМС. В 2016 г. такие договоры составляли порядка 95% рынка ДМС. В том же периоде розничный сегмент рынка ДМС показал отрицательные темпы прироста. Невысокую долю розничного ДМС в нашей стране, аналитики связывают с невысокими доходами населения и дефицитом высококласных клиник, а также с тем, что «доверие обычных граждан к частным клиникам ниже, чем к муниципальным поликлиникам».

¹ Составлено автором по [18]

Структура рынка ДМС, в которой основная доля приходится на коллективные договоры добровольного медицинского страхования, характерна именно для нашей страны. Для стран с рыночно ориентированной экономикой подобные перекосы не характерны. Как правило, там равноправно сосуществуют сектор индивидуальных договоров и сектор коллективных договоров.

Преобладание коллективных договоров на рынке ДМС Российской Федерации имеет определенные негативные последствия. При заключении таких договоров нет предварительного медицинского освидетельствования и других мероприятий, обеспечивающих индивидуальную оценку страхуемых рисков, что является, по мнению автора, одной из причин повышенной убыточности страховщиков.

Страховые организации используют различные методы, призванные противодействовать повышенной убыточности. Например, отмечается, что в последние годы «медицинские страховщики, борясь с убыточностью, вынуждены, в нарушение страхового законодательства, применять депозитные схемы ДМС (оплата медицинских услуг в пределах полученной страховой премии).

Оплата медицинских услуг в пределах полученной страховой премии имеет место и при так называемых «монополисах». Суть монополиса состоит в том, что под видом страхового полиса продается доступ к медицинской услуге, потребность в которой выражена однозначно на момент заключения договора и не связана с неопределенностью. Наиболее ярко это проявляется при заключении договора на оказание услуг по ведению беременности и родовспоможению после того, как факт наступления беременности у женщины, которая является застрахованным лицом, уже установлен.

При «монополисах» страховая премия практически является оплатой полной стоимости предоставляемых медицинских услуг, увеличенной на сумму расходов страховой компании на ведение дела. Страховщик при этом выступает как посредник между пациентом и конкретным медицинским учреждением. Данная деятельность по своим экономическим характеристикам не является

страховой, но учитывается как страховая, что приводит к повышению показателя убыточности по ДМС.

И депозитные схемы, и монополисы можно назвать квази-страхованием или псевдострахованием. Однако, по мнению некоторых российских авторов, псевдострахование не является бесполезным видом деятельности, так как «у первых созданных в России организаций, занятых медицинским страхованием, этот способ обеспечения дополнительных услуг был преобладающим. Он дал возможность заполнить образовавшийся тогда вакуум. Псевдострахование, вероятно, можно рассматривать как промежуточный, переходный этап на пути к подлинному медицинскому страхованию». Если придерживаться такой точки зрения, то можно констатировать, что переходный этап к подлинному медицинскому страхованию в Российской Федерации пока не завершился, так как подобные явления все еще имеют место и учитываются в составе показателей, характеризующих деятельность российских страховщиков по добровольному медицинскому страхованию.

Обязательное медицинское страхование является одним из двух видов финансовых механизмов, обеспечивающих государственные гарантии финансирования медицинской помощи населению. История развития добровольного медицинского страхования в странах с развитой рыночной экономикой показывает, что существование государственных гарантий медицинского обслуживания на основе любого из указанных выше механизмов не подавляет платежеспособного спроса на продукты ДМС.

Данный спрос обусловлен тем, что финансовые ресурсы любой системы государственных гарантий обеспечения медицинского обслуживания (и системы ОМС, и системы медицинского обслуживания на основе прямого бюджетного финансирования) ограничены определенным объемом. Любая из указанных систем не может обеспечить удовлетворение всех потребностей населения в медицинских услугах. Стоимость медицинского обслуживания неуклонно возрастает, что объясняется не только инфляцией, но и введением в практику более совершенных методов лечения, расходных материалов и лекарственных

препаратов с более высокой ценой. Многие новые методы обследования и лечение, особенно связанные с применением высокотехнологичной аппаратуры, не могут на начальных этапах их внедрения использоваться в рамках гарантированного государством медицинского обслуживания, так как очень дороги. В то же время добровольное медицинское страхование может включать такие методы лечения в объем страхового покрытия, если страхователь согласен уплатить повышенную страховую премию в связи с предлагаемым расширением страхового покрытия.

Все сказанное подтверждает тот факт, что добровольное медицинское страхование всегда присутствует на страховых рынках стран с эволюционным развитием рыночной экономики. Оно формируется по инициативе потенциальных страхователей и существует, опираясь на платежеспособный спрос, который сохраняется в условиях предоставления государственных гарантий на обеспечение населения страны медицинскими услугами.

В истории развития ДМС в странах с эволюционным развитием рыночной экономики не найдется случая, чтобы государство законодательным путем запретило проводить данный вид страхования или каким-либо образом ограничило поле его деятельности. Положения законодательных документов, регулирующих ДМС, направлены только на то, чтобы защитить интересы страхователей от возможных мошеннических действий на рынке ДМС. Кроме того, в таких государствах страховым медицинским организациям, осуществляющим ОМС, не запрещено осуществлять ДМС застрахованных в них лиц, что создает дополнительные условия для расширения рынка добровольного медицинского страхования.

В Российской Федерации деятельность страховщиков по ОМС и по ДМС разграничена на основе действующих нормативных документов. Это исключает организацию добровольного медицинского страхования как непосредственно дополняющего услуги, которые оказываются по программам ОМС. Подобная практика существует, например, в Германии и в Израиле. Сочетание ОМС и ДМС для одного и того же застрахованного лица значительно повышает

эффективность использования финансовых средств в системе здравоохранения, степень обеспеченности населения медицинскими услугами и удовлетворенность застрахованных лиц качеством этих услуг, привлекает дополнительные финансовые ресурсы в систему медицинского страхования, и, следовательно, в систему национального здравоохранения. В нашей стране возможность организации подобного взаимодействия только обсуждается специалистами, но пока не получила никакого практического воплощения.

Однако в российских публикациях можно встретить мнение, что «российский рынок ДМС прошел стадию экстенсивного развития. Следующий этап связан с интенсивным развитием рынка и предполагает усиление конкуренции между страховщиками за счет усложнения предлагаемых потребителю страховых продуктов и повышения качества обслуживания».

Представляется, что в Российской Федерации переход добровольного медицинского страхования к стадии интенсивного развития невозможен без целенаправленных действий по созданию в стране условий его развития, тождественных тем условиям, которые имеют место на страховых рынках стран с развитой рыночной экономикой.

Значительную роль в обеспечении возможности такого перехода, несомненно, играет совершенствование законодательных и нормативных документов, регулирующих осуществление добровольного медицинского страхования в Российской Федерации. В этом направлении уже сделаны определенные шаги. Так, до 1 января 2011 г. отношения по ДМС подпадали под действие Закона Российской Федерации от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» [4]. С 01.01.2011 упомянутый закон утратил силу. Вместо него вступил в силу Федеральный закон от 29.11.2010 № Э26-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», а добровольное медицинское страхование с 1 января 2011 г. стало регулироваться законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» [5,6]. Таким образом, добровольное медицинское страхование

получило такие же законодательные основания, как и все другие виды страхования.

Российские специалисты в области страхования высказывают различное мнение по поводу данных изменений в законодательном регулировании ДМС. Так, по мнению профессора А.П. Архипова, «подобное разделение правовой основы добровольной и обязательной форм единого по сути медицинского страхования будет лишь способствовать разрастанию имеющихся и возникновению новых проблем».

Однако, по мнению автора, представляется, что указанные выше законодательные изменения во многом способствуют введению для добровольного медицинского страхования условий, адекватных тем, которые возникали в зарубежных странах с эволюционным развитием ДМС и в дореволюционной России. Добровольное медицинское страхование было исторически первой формой медицинского страхования. Оно никогда не рассматривалось как нечто вторичное по отношению к системе ОМС. Ликвидация ряда ограничений при осуществлении ДМС, произошедшая в связи с новым порядком его законодательного регулирования, стала дополнительным стимулом для его интенсивного развития.

1.3 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗНЫХ СТРАНАХ

Медицинское страхование предоставляет страховую защиту в случаях неблагоприятного воздействия страховых рисков на состояние здоровья застрахованных.

При рассмотрении общемировых стандартов медицинского страхования видно, что страхуется две группы рисков, возникающих в связи с заболеванием:

- затраты на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу;

- потерю трудового дохода, вызванного невозможностью осуществления профессиональной деятельности, как во время заболевания, так и после него при наступлении инвалидности.

При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду. Таким образом, страхование медицинских затрат является страхованием ущерба и защищает состояние клиента от внезапно возникающих расходов.

При страховом покрытии потери дохода страховщик выплачивает застрахованному денежное возмещение за день болезни. Размер возмещения и дата начала его выплаты согласуются в договоре и зависят от получаемого застрахованным трудового дохода и дня, установленного трудовым законодательством или действующей системой социального страхования, до которого потеря трудового дохода в результате заболевания покрывается либо работодателем, либо обязательным медицинским страхованием. Таким образом, страхование потери трудового дохода - это страхование суммы. Оно служит для защиты личного дохода застрахованного аналогично страхованию жизни.

В странах с рыночно ориентированной экономикой добровольное медицинское страхование (ДМС) имеет длительную непрерывную историю развития. Возникновение организаций, осуществлявших ДМС происходило по мере развития товарно-денежных отношений и формирования возможности выделения части средств для создания страхового фонда. Так, в Великобритании первые попытки страхования на случай болезни относятся к XVII веку; в Германии, которая отставала в экономическом развитии, такие организации начали появляться в первой половине XIX века. Однако во всех странах с эволюционным развитием рыночных отношений добровольная форма медицинского страхования возникала раньше, чем обязательная.

Страховые организации, в основе деятельности которых лежит метод взаимного страхования, являются взаимными страховыми организациями (ВСО). Наиболее известной организационно-правовой формой (ОПФ) таких организаций является общество взаимного страхования (ОВС). Однако это не единственная организационно-правовая форма взаимных страховых организаций. Добровольное медицинское страхование, наряду с ОВС, проводили не только ОВС. Например, в Великобритании изначально действовали организации, которые назывались (и называются в настоящее время) «дружеские общества». Во Франции добровольное медицинское страхование проводили вспомогательные кассы; в Германии – на первых порах свободные вспомогательные кассы, затем больничные кассы; в Соединенных Штатах Америки – наряду с обществами взаимного страхования и дружескими обществами – так называемые *industrial sickness funds*, что можно перевести как «промышленные фонды страхования на случай болезни».

В Великобритании до начала 80-х годов прошлого века рынок добровольного (частного) медицинского страхования контролировался организациями, которые называются *Provident Assosianions* и по своей экономической природе являются обществами взаимного страхования.

В настоящее время коммерческие и взаимные страховые организации равноправно присутствуют на рынке медицинского страхования Великобритании. *Provident Assosianions* как общества взаимного страхования имеют значительные налоговые льготы (облагается только инвестиционный доход, что является их конкурентным преимуществом). Коммерческие страховщики могут получить налоговые скидки при запуске нового страхового продукта.

В Германии в настоящее время добровольное медицинское страхование в соответствии с законодательством могут проводить не только коммерческие страховые организации, но и общества взаимного страхования, а также публично-правовые организации системы обязательного медицинского страхования.

Публично-правовые организации системы ОМС в Германии сохранили название «больничные кассы». Войдя в систему ОМС, они по-прежнему действуют на основе метода взаимного страхования. Их особенность состоит в том, что текущее руководство их деятельностью возложено на правление, в состав которого входят на выборной основе представители плательщиков страховых взносов (ими являются работодатели и наемные работники), а также представители органов государственного управления, выступающих гарантами по финансовым обязательствам больничных касс.

Во Франции организация медицинской помощи больным членам составляла одну из главных функций вспомогательных касс, осуществлявших страхование на случай болезни. Наиболее распространенной формой взаимодействия таких касс с врачами была система «фиксированных» врачей. В начале XX века эта система действовала следующим образом. Каждая вспомогательная касса заключала соглашение с одним или несколькими врачами, практиковавшими в данной местности. Касса перечисляла врачу определенное вознаграждение, размер которого зависел от числа членов кассы либо от количества сделанных ими визитов к врачу. Врач за эту плату обязывался лечить всех заболевших членов кассы.

Наряду с организацией предоставления медицинской помощи, французские вспомогательные кассы, также как немецкие больничные кассы, компенсировали в определенном размере затраты застрахованного лица на покупку медикаментов и выдавали денежные пособия в связи с болезнью. Следовательно, такие кассы производили страховое возмещение в рамках страхования на случай болезни как в натуральной форме, так и в денежной.

Промышленные фонды страхования на случай болезни, действовавшие в США, также производили страховое возмещение как в натуральной, так и в денежной форме. В XX веке такие фонды были распространены в США до 1940 года. Затем их численность стала сокращаться в связи с развитием коммерческого страхования, а также взаимных страховых организаций других организационно-правовых форм.

Две формы страхового возмещения присутствуют в практике добровольного медицинского страхования европейских стран с развитой рыночной экономикой и в настоящее время. Форма предоставления страхового возмещения определяется в договоре страхования. При денежной форме страхового возмещения застрахованное лицо обращается за медицинской услугой, само оплачивает эту услугу и предоставляет квитанцию об оплате страховщику.

Страховщик выплачивает застрахованному лицу компенсацию таких расходов в размере и на условиях, определенных в договоре ДМС. При натуральной форме страхового возмещения страховщик не выплачивает застрахованному лицу денежные средства. Он принимает на себя обязательство организовать оказание застрахованному лицу необходимых медицинских услуг при возникновении у застрахованного лица необходимости в таких услугах.

В европейских странах на развитие добровольного медицинского страхования оказало значительное влияние создание систем государственных гарантий получения медицинской помощи населением страны. Такие системы были созданы либо на основе обязательного медицинского страхования, либо на основе прямого бюджетного финансирования здравоохранения. При этом в Соединенных Штатах Америки до настоящего времени не создано такой системы, поэтому добровольное медицинское страхование является там единственным финансовым механизмом, повышающим доступность медицинских услуг для населения, адекватный условиям развитой рыночной экономики.

Формирование финансовых механизмов, обеспечивающих государственные гарантии получения населением медицинских услуг, было связано с тем, что внимание органов государственного управления стран с наиболее передовым уровнем экономического развития привлекла проблема обеспечения малоимущих слоев населения медицинскими услугами. В разных странах вырабатывались и вводились в действие различные финансовые механизмы, гарантирующие получение населением медицинских услуг, которое

внешне выглядело для пациентов как бесплатное. Исходя из основных принципов, на которых строятся данные механизмы, их подразделяют на два вида: обязательное медицинское страхование (например, в Германии, Швейцарии) и прямое бюджетное финансирование медицинских учреждений (например, в Швеции, Норвегии).

Введение в действие таких систем оказало влияние на развитие добровольного медицинского страхования, однако оно до настоящего времени существует как в странах, имеющих систему обязательного медицинского страхования, так и в странах, имеющих систему прямого государственного финансирования оказания медицинских услуг населению.

Как известно, родоначальницей предоставления населению государственных гарантий получения медицинской помощи была Германия. Система обязательного медицинского страхования была здесь введена в 1883 году.

Стоит отметить, что основой системы ОМС Германии стали больничные кассы, которые уже присутствовали на страховом рынке, осуществляя ДМС. При введении обязательного медицинского страхования государство установило единый минимальный объем страхового возмещения, который должны были производить такие кассы застрахованным в них лицам. Также государство установило размер страховых взносов и порядок их внесения. В частности, был установлен и действует до сих пор порядок, при котором 50% страхового взноса уплачивает сам застрахованный наемный работник и 50% уплачивает за него работодатель.

После введения ОМС объемы добровольного медицинского страхования в Германии значительно сократились. Это объяснялось тем, что люди с невысоким уровнем доходов были застрахованы по ОМС. Поэтому они не имели желания, а зачастую и финансовой возможности заключать договоры добровольного медицинского страхования. Те же, кто имел средний достаток, имели возможность самостоятельно оплачивать медицинские услуги по мере возникновения необходимости.

Следует отметить, что в Германии в течение всего периода развития ОМС некоторые категории граждан страны освобождены от участия в системе обязательного медицинского страхования. В настоящее время это индивидуальные предприниматели и лица свободных профессий (адвокаты, частнопрактикующие врачи, консультанты по налогам); государственные служащие; наемные работники (рабочие и служащие), имеющие годовой доход, превышающий законодательно установленную предельную величину годового дохода для начисления страховых платежей.

Данный порядок не означает, однако, что такие лица имеют право не оформлять договор добровольного медицинского страхования. Они обязаны застраховаться на случай наступления болезни, но делают это не на условиях обязательного медицинского страхования, а на условиях, которые предлагают им страховщики по ДМС и которые они считают для себя наиболее приемлемыми. Если среди таких лиц есть наемные работники, то 50% страхового взноса за них оплачивает работодатель. То есть распределение финансовых обязательств по добровольному медицинскому страхованию в данном случае аналогично тому, что установлено для ОМС.

В Швейцарии, также как в Германии, организация гарантированного государством обеспечения населения медицинскими услугами производится на основе системы обязательного медицинского страхования. И также как в Германии, здесь, наряду с обязательным медицинским страхованием, существует добровольное медицинское страхование. По мнению швейцарских аналитиков, его существование обусловлено тем, что у лица, застрахованного по ОМС, могут возникнуть потребности в медицинских услугах, которые выходят за рамки обязательного медицинского страхования. Это могут быть не только услуги, не включенные в программу ОМС, но и включенные в такую программу, но предоставляемые за счет этой программы в ограниченном объеме. Например, каждая женщина во время беременности в рамках программы ОМС имеет право на 7 контрольных осмотров и два УЗИ. Дополнительные осмотры и УЗИ женщина должна оплатить «из своего кармана», или же они могут быть

включены в договор по ДМС. Тогда за них заплатит страховая компания в рамках страхового возмещения по договору.

Кроме того, добровольное страхование значительно расширяет возможности выбора врача и лечебного учреждения. В рамках ОМС разрешается лечение только у врачей, практикующих в кантоне проживания застрахованного лица; стационарное лечение разрешается только в кантональных (региональных) больницах. А при добровольном страховании страхователь может выбрать любого врача и любое лечебное учреждение в пределах Швейцарии. Кроме того, в договор по ДМС могут быть включены услуги стоматолога, процедуры альтернативной медицины, предоставление одноместной или двухместной палаты при стационарном лечении, т.е. то, что не входит в программу ОМС.

Необходимо отметить, что добровольное медицинское страхование в Швейцарии осуществляют не только коммерческие страховщики, но и больничные кассы (то есть взаимные страховые организации), входящие в систему ОМС. Они могут заключать договора по дополнительному добровольному медицинскому страхованию не только со своими членами, но и с членами других касс.

В Великобритании, как известно, государственные гарантии предоставления населению медицинского обслуживания реализуются на базе Национальной службы здравоохранения, которая финансируется из государственного бюджета. Но наряду с этим, существует и добровольное медицинское страхование, которое в Великобритании традиционно называют частным медицинским страхованием. Британские специалисты связывают развитие данного вида страхования, например, с такими факторами, как увеличение реальных доходов на душу населения и прогресс медицинской науки и практики.

В Великобритании выделяют три вида договоров добровольного медицинского страхования. Во-первых, это индивидуальные договоры. Во-вторых, существуют так называемые «групповые схемы» для компаний, в рамках которых фирма страхует своих работников с полной или частичной оплатой

страховой премии за них. В-третьих, выделяют групповые профессиональные договоры, которые предполагают добровольное индивидуальное страхование лиц, принадлежащих к определенной профессиональной группе или группе работников определенной фирмы. Такие договоры дешевле индивидуальных договоров в связи с экономией расходов на маркетинг и андеррайтинг.

В сравнении с медицинским страхованием других стран можно отметить, что в системе здравоохранения в России на современном этапе задействована система организации медицинского страхования, в которой обязательное и добровольное медицинское страхование существуют параллельно. Несмотря на то, что все население застраховано по программе обязательного медицинского страхования, на рынке страховых услуг существует добровольное медицинское страхование как реакция на возникновение спроса населения на дополнительные или более качественные услуги.

2 АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ АО «СОГАЗ» В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

2.1 ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ АО «СОГАЗ»

В 2016 году Страховая Группа «СОГАЗ» в очередной раз подтвердила статус одного из ведущих страховщиков в России.

В непростых экономических условиях СОГАЗ продемонстрировал высокие темпы роста бизнеса и добился рекордных финансовых показателей. Активы Группы превысили 200 млрд рублей, капитал – 70 млрд рублей. Чистая прибыль составила 22 млрд рублей, что является лучшим результатом среди всех страховых компаний страны.

Оставаясь признанным лидером в сфере страхования топливно-энергетического комплекса, СОГАЗ в последние годы существенно расширил сферу своей деятельности. Сегодня в число клиентов компании входят крупные предприятия строительной, химической, металлургической, авиационной, космической и многих других отраслей. Услугами Страховой Группы «СОГАЗ» пользуются 85 тысяч компаний и более 18 миллионов граждан.

Важным конкурентным преимуществом СОГАЗа является разветвленная региональная сеть. В 2016 году она охватила уже 83 региона России. Кроме того, СОГАЗ предпринимает активные шаги по расширению присутствия на международном рынке.

В конце 2015 г. – начале 2016 г. в состав Группы вошла еще одна крупная страховая компания – АО «ЖАСО». Успешно завершилась интеграция в Группу «СОГАЗ» СК «АЛРОСА», приобретенной в конце 2014 г. По ее итогам СОГАЗ принял на обслуживание около 13 тыс. договоров страхования.

В 2016 г. СОГАЗ участвовал в страховании целого ряда масштабных проектов. В их числе – строительство магистрального газопровода «Сила Сибири» и нефтепровода «Восточная Сибирь –Тихий океан», проект «Ямал-СПГ», строительство уникальных атомных ледоколов, подготовка к Чемпионату мира по футболу 2018 года и многие другие. Большое внимание уделялось развитию партнерских и розничных продаж, расширению регионального присутствия и укреплению команды СОГАЗа. Была проведена важная работа по открытию представительства компании в Китайской Народной Республике и получению рейтинга китайского агентства Dagong. Кроме того, СОГАЗ стал единственной российской компанией, получившей в Китае регистрацию в качестве иностранного перестраховщика.

В прошедшем году СОГАЗ подтвердил репутацию надежного страхового партнера, качественно и своевременно исполняющего принятые на себя обязательства. В общей сложности Группа «СОГАЗ» выплатила в прошлом году более 75 млрд рублей по страховым случаям своих клиентов.

Основные участники:

- АО «СОГАЗ»;
- АО «СК «ТРАНСНЕФТЬ»;
- АО «ЖАСО»;
- АО «СК «СОГАЗ-МЕД»;
- ООО СК «СОГАЗ-ЖИЗНЬ»;
- ООО «СОТ-ТРАНС»;
- SOVAG (Германия);
- «SOGAZ a.d.o. Novi Sad» (Сербия);
- группа клиник СОГАЗ.

Миссия компании определяет главные принципы работы:

- ответственность и честность;
- нацеленность на долгосрочные и взаимовыгодные отношения с клиентами;
- обеспечение надежности, эффективности проводимых страховых сделок;

- соблюдение деловой этики;
- комплексное и качественное обслуживание клиентов;
- предоставление широкого спектра страховых услуг;
- повышение уровня страховой культуры в стране;
- современные методы управления;
- интенсивное внедрение новейших информационных технологий;
- формирование новых каналов продаж;
- создание системы обучения и постоянное повышение квалификации сотрудников.

Ключевыми органами управления АО «СОГАЗ» являются:

- Общее собрание акционеров;
- Совет директоров;
- Председатель правления.

Наряду с Общим собранием акционеров, составной частью системы управления АО «СОГАЗ» является Совет директоров, избираемый ежегодно решением годового Общего собрания акционеров.

В систему исполнительных органов АО «СОГАЗ» входят избираемые решением Совета директоров единоличный исполнительный орган (Председатель правления).

Общее собрание акционеров является высшим органом управления Общества. Вопросы, отнесенные к компетенции Общего собрания, не передаются им на решение Совету директоров и исполнительным органам Общества.

Наряду с Общим собранием акционеров, составной частью системы органов управления Общества является Совет директоров, ежегодно избираемый решением годового Общего собрания акционеров.

Совет директоров, являясь коллегиальным органом управления, осуществляет общее руководство деятельностью Общества, за исключением вопросов, отнесенных Уставом к компетенции Общего собрания акционеров и не переданных ему решением Общего собрания акционеров.

Компания АО «СОГАЗ» оказывает различные услуги по страхованию:

- ОСАГО является обязательным страхованием в нашей стране. Это не только гарантированное возмещение ущерба пострадавшим пешеходам, водителям или пассажирам, но и удобное разрешение конфликтов на дорогах. Кроме того, ОСАГО является инструментом повышения общей культуры вождения в России. ОСАГО – это первичный полис, который должен быть у каждого автовладельца;

- КАСКО – полная и надежная страховая защита, которая избавит от стресса из-за хулиганов во дворе и неосторожных водителей на дороге, а еще защитит денежные средства клиента в случае неприятностей;

- продукты линейки СОГАЗ-ДОМ позволяют застраховать широкий диапазон объектов – от стандартных построек до строений, возведенных по индивидуальному проекту, с использованием эксклюзивных материалов;

- страхование квартир. Клиент может практически «конструировать» свой страховой продукт из того, что ему нужно. Он сам выбирает, что хочет защитить – отделку, паркет, декоративные элементы, технику, мебель или всю квартиру целиком. Страхование имущества надежно защищает от непредвиденных расходов, а также избавляет от лишнего беспокойства;

- страхование жизни – это подстраховка от неприятностей. Страхование от травм и тяжелых заболеваний, лишаящих трудоспособности.

Общество является юридическим лицом и действует на основании законодательства РФ и настоящего устава (далее именуется – Устав).

Общество (включая его филиалы (управления) и представительства), дочерние общества, признаваемые таковыми либо в силу преобладающего участия Общества в их уставном капитале, либо в силу возможности Общества определять решения, принимаемые этими обществами, а также зависимые общества и иные общества, в которых Общество косвенно владеет свыше 50 процентов уставного капитала, составляют единую систему Общества.

2.2 АНАЛИЗ ФИНАНСОВО-ХОЗЯЙСТВЕННОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «СОГАЗ»

На первом этапе анализа имущества организации был проведён горизонтальный анализ актива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016гг.

На основании представленного горизонтального анализа актива баланса АО «СОГАЗ» можно сделать следующие выводы.

Активы организации в 2015 году увеличились на 7 762 095 тыс. руб. или на 3,8% в сравнении с 2014 годом, а в 2016 году еще на 34 073 834 тыс. руб., или на 12,2%. Динамика активов организации представлена на рисунке 4.

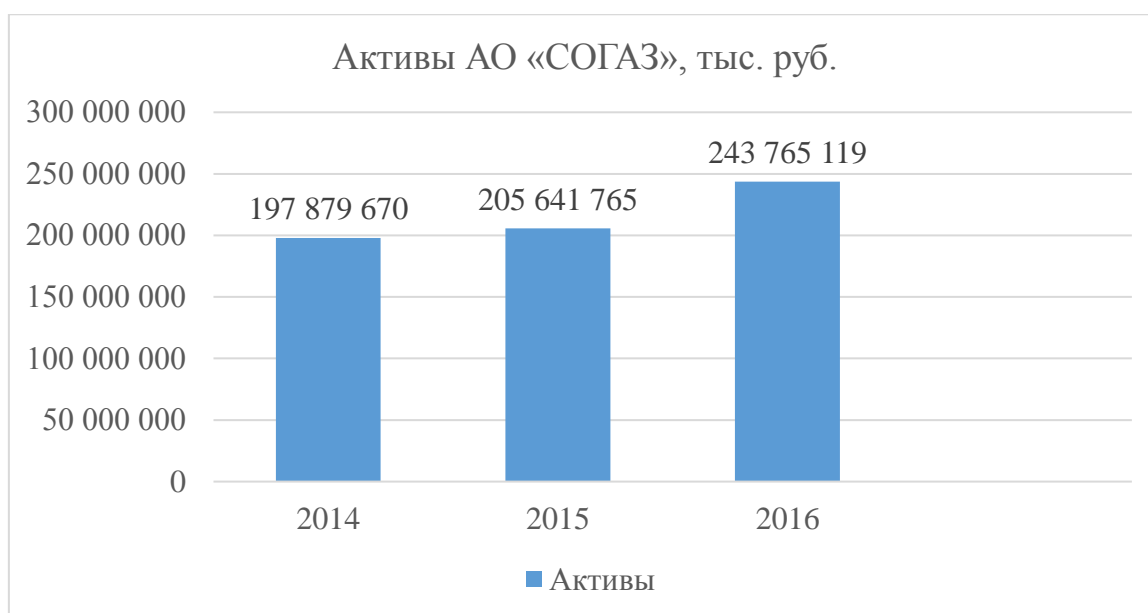


Рисунок 4 – Динамика активов АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы¹

Рост суммы активов АО «СОГАЗ» произошел в основном за счет роста депозитных средств, размещенных в банках, которые в 2016 году увеличились на 38 123 354 тыс. руб., или на 15,6% в сравнении с 2015 годом.

¹ Составлено автором по [58]

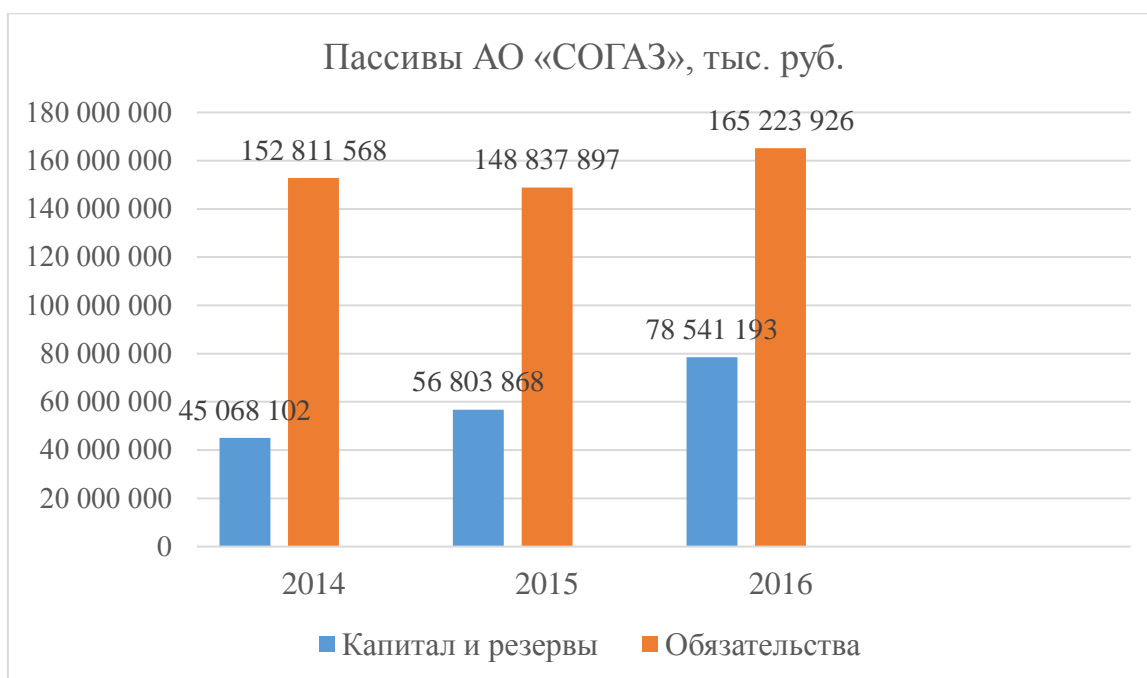
Положительным является значительный рост денежных средств организации в 2016 году – на 6 149 854 тыс. рублей (в 2015 году денежные средства составляли 7 431 463 тыс. рублей), или на 45,3% в сравнении с 2015 годом, что указывает на повышение наиболее ликвидных активов.

На основании представленной структуры активов баланса можно отметить, что наибольший удельный вес в структуре занимали финансовые вложения, которые составляли 47,6% в 2014 году, 57,4% в 2015 году и 61,1% в 2016 году.

На втором месте по удельному весу в структуре находится дебиторская задолженность, которая составляла 14,9% в 2014 году, 18,5% в 2015 году и снизилась до 16,2% в 2016 году. Значительная часть дебиторской задолженности в активах организации указывает на неэффективность работы с дебиторами и недополучении организацией средств, которые оседают в дебиторской задолженности, поэтому необходимо разработать эффективную кредитную политику в АО «СОГАЗ».

С целью определения источников формирования имущества организации был проведен горизонтальный анализ пассива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг. На основании представленных показателей динамики пассивов, на рисунке 5 представлена динамика капитала и обязательства АО «СОГАЗ».

На основании представленного анализа можно отметить рост капитала и резервов организации в 2016 году на 21 737 325 тыс. руб. или на 27,7%, что указывает на повышение собственных источников финансирования деятельности организации. Рост капитала и резервов произошел за счет повышения нераспределенной прибыли на 11 954 981 тыс. руб., или на 23,4% в 2016 году в сравнении с 2015 годом.



**Рисунок 5 – Динамика пассивов баланса АО «СОГАЗ»
за 2014-2016 годы¹**

Динамика обязательств также указывает на повышение в 2016 году на 16 386 029 тыс. руб. или на 9,9% в сравнении с 2015 годом. Рост обязательств связан со значительным повышением страховых резервов по страхованию иному, чем страхование жизни – на 19 270 177 тыс. руб. или на 13% в 2016 году в сравнении с 2015 годом. Это указывает на эффективную работу предприятия и рост собственных средств, что способствует увеличению прибыли организации. Кроме того, положительным в работе АО «СОГАЗ» является уменьшение кредиторской задолженности на 4 643 985 тыс. руб. или на 27,8% в 2016 году в сравнении с 2015 годом. Снижение кредиторской задолженности указывает на своевременные расчеты с кредиторами, что улучшает платежеспособность организации.

На основании представленного вертикального анализа пассива баланса организации можно отметить, что наибольший удельный вес в структуре пассивов занимают обязательства.

¹ Составлено автором по [58].

Как видно из представленной структуры, обязательства занимали наибольший удельный вес и составляли 77,2% в 2014 году, 72,4% в 2015 году и 67,8% в 2016 году. Повышение удельного веса капитала и резервов с 27,6% в 2015 году до 32,2% в 2016 году указывает на повышение собственных источников финансирования имущества организации, что является положительным явлением и способствует повышению финансовой устойчивости.

Такая динамика обусловлена повышением общей суммы капитала и резервов и ростом нераспределенной прибыли организации, что является источником финансирования имущества.

Таким образом, исходя из проведенного анализа баланса организации можно отметить рост общей суммы имущества АО «СОГАЗ» на 21 737 325 тыс. руб. или на 27,7% в 2016 году, однако наряду с этим необходимо отметить и повышение его обязательств, что может негативно отразиться на финансовом состоянии организации.

С целью определения платежеспособности организации, проведен расчет показателей ликвидности и платежеспособности АО «СОГАЗ» в таблице 1.

На основании представленных данных можно отметить следующее. Экономический субъект имеет нормальное соотношение суммы страховых выплат по итогам последнего отчетного квартала (приведенное к годовому выражению) к капиталу на дату последнего отчетного периода, которое на протяжении анализируемого периода было выше минимального значения.

Доля наиболее ликвидных активов (денежные средства и инвестиции, кроме инвестиций в дочерние и зависимые общества) в общем объеме активов показала, что на протяжении анализируемого периода данный показатель был выше нормативного значения и в 2016 году составлял 0,6. Таким образом АО «СОГАЗ» имеет достаточно денежных средств для покрытия наиболее срочных обязательств.

Таблица 1 – Показатели ликвидности и платежеспособности АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы, %¹

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Соотношение суммы страховых выплат по итогам последнего отчетного квартала (приведенное к годовому выражению) к капиталу на дату последнего отчетного периода	≥35%	98,40	100,14	103,29	1,74	3,15
Доля наиболее ликвидных активов (денежные средства и инвестиции, кроме инвестиций в дочерние и зависимые общества) в общем объеме активов	≥0,2	0,5	0,6	0,6	0,1	0
Показатель платежеспособности	≥0,85	0,87	0,92	0,93	0,05	0,01

Доля наиболее ликвидных активов (денежные средства и инвестиции, кроме инвестиций в дочерние и зависимые общества) в общем объеме активов показала, что на протяжении анализируемого периода данный показатель был выше нормативного значения и в 2016 году составлял 0,6. Таким образом АО «СОГАЗ» имеет достаточно денежных средств для покрытия наиболее срочных обязательств.

Общий показатель платежеспособности за анализируемый период был выше нормативного значения, также положительным является его повышение с 0,87 в 2014 году до 0,93 в 2016 году. Это указывает на стабильное финансовое положение АО «СОГАЗ».

АО «СОГАЗ» подвержена риску в связи с ежедневной необходимостью использования имеющихся денежных средств для урегулирования претензий.

¹ Составлено автором по [58]

Далее был проведен анализ перестраховочных операций АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг. (таблица 2).

Таблица 2 – Показатель оценки перестраховочных операций АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы, %¹

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Доля перестраховщиков в страховых резервах	От 5% до 60%	39,2	25,4	21,9	-13,8	-3,5

На основании представленной динамики можно отметить снижение доли перестраховщиков в страховых резервах с 39,2% в 2015 году до 21,9% в 2016 году. Указанный показатель находится в пределах нормативного значения и указывает на снижение операций по перестрахованию, что говорит о повышении платежеспособности организации по страховым случаям.

В ходе проведения данного исследования были рассчитаны показатели финансовой устойчивости АО «СОГАЗ» (таблица 3).

Таблица 3 – Показатели финансовой устойчивости АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы, %²

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Доля собственного капитала	$\geq 0,15$	0,23	0,28	0,32	0,05	0,04
Отношение собственных средств к страховым резервам	$\geq 0,3$	0,33	0,44	0,53	0,11	0,09
Уровень долговой нагрузки	$\leq 0,35$	0,8	0,9	0,6	0,1	-0,3

Доля собственного капитала за 2014-2016 гг. была в пределах нормы, что указывает на достаточность собственного капитала организации для осуществления финансовой деятельности. Данный показатель составлял 0,23 в 2014 году, 0,28 – в 2015 году и 0,32 – в 2016 году. Повышение доли собственного

¹ Составлено автором по [58]

² Составлено автором по [58]

капитала в 2016 году указывает на повышение собственных источников финансирования.

Отношение собственных средств к страховым резервам по итогам анализируемого периода также находится в нормативных пределах, что указывает на достаточность собственных средств для покрытия страховых резервов.

Уровень долговой нагрузки АО «СОГАЗ» за анализируемый период превышает нормативное значение и составляет 0,8 в 2014 году, 0,9 в 2015 году и 0,6 в 2016 году. Снижение уровня долговой нагрузки в 2016 году в сравнении с 2014 годом указывает на снижение задолженности организации по страховым выплатам.

Текущая платежеспособность АО «СОГАЗ» по результатам проведенного анализа составляет 93%, при минимальном 85%, и выросла в сравнении с 2014 годом на 6%. Это указывает на улучшение финансового состояния организации и ее возможность рассчитаться по своим обязательствам.

Был проведен расчет достаточности инвестиций (таблица 4).

Таблица 4 – Показатели достаточности инвестиций АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы, %¹

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Уровень покрытия инвестиционными активами страховых резервов	$\geq 0,85$	1,29	1,32	1,42	0,03	0,1
Рентабельность инвестиционного портфеля	≥ 0	0,209	0,305	0,283	0,096	-0,022

На основании представленных данных можно отметить снижение рентабельности инвестиционного портфеля АО «СОГАЗ». Уровень покрытия инвестиционными активами страховых резервов в 2016 году вырос до 1,42, что указывает на высокую инвестиционную активность организации. Снижение

¹ Составлено автором по [58]

рентабельности инвестиционного портфеля вероятнее всего связано с изменением структуры портфеля.

С целью определения прибыльности и рентабельности деятельности АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг. был проведен горизонтальный анализ отчета о финансовых результатах (Приложение Ж).

На основании представленных данных можно отметить, что на конец 2016 года АО «СОГАЗ» получила чистую прибыль в размере 28 908 643 тыс. руб.

На основании представленной динамики можно отметить, что заработанные страховые премии в 2016 году выросли на 19 520 788 тыс. руб. или на 16,4%.

Также можно отметить рост прочих доходов по страхованию иному, чем страхование жизни – на 286 977 тыс. руб. или на 10%. Это указывает на развитие других видов страхования.

Вместе с ростом доходов отмечается и рост расходов по страхованию на 4 896 023 тыс. руб. или на 7%. Однако благодаря тому, что расходы повышаются меньшими темпами, нежели доходы, по итогу АО «СОГАЗ» получило повышение чистой прибыли на 9 757 697 тыс. руб. в 2016 году.

Был проведен анализ показателей рентабельности АО «СОГАЗ» по данным отчетности. (таблица 5).

Рентабельность деятельности (кроме страхования жизни) в 2016 году выросла до 15,8% с 11,37% в 2014 году, что указывает на эффективную деятельность АО «СОГАЗ».

На основании представленных показателей рентабельности деятельности организации можно сделать следующие выводы.

Рентабельность собственного капитала в 2016 году составила 45,18%, что выше 2014 года, когда рентабельность составила 37,91%. Повышение рентабельности собственного капитала в 2016 году свыше нормативного значения указывает на эффективность использования собственных средств организации, однако превышение нормативного предела говорит о перерасходе.

Таблица 5 – Анализ показателей рентабельности АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг., %¹

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Рентабельность деятельности (кроме страхования жизни)	От 0 до 40%	11,37	13,10	15,8	1,73	2,7
Рентабельность собственного капитала	От 0% до 30%	37,91	43,51	45,18	5,6	1,67

Далее проанализируем показатели убыточности АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг. (таблица 6).

Таблица 6 – Показатели убыточности АО «СОГАЗ» за 2014-2016 годы, %²

Показатель	Нормативное значение	2014 год	2015 год	2016 год	Измен. абсол. 2015 к 2014	Измен. абсол. 2016 к 2015
Показатель уровня выплат, кроме страхования жизни	От -5% до 40%	51,2	54,5	59,1	3,3	4,6
Показатель уровня расходов, кроме страхования жизни	От 5% до 30%	44,3	51,1	37	6,8	-14,1
Комбинированный показатель убыточности (сумма предыдущих показателей)	До 100%	95,5	105,6	96,1	10,1	-9,5

Показатель уровня выплат, кроме страхования жизни в 2016 году увеличился до 59,1% в отличии от 51,2% в 2014 году, и был выше нормативного значения, что указывает на превышение уровня выплат за последние 3 года.

Показатель уровня расходов, кроме страхования жизни в 2016 году снизился до 37% в отличии от 44,3% в 2014 году. Снижение показателя указывает на снижение расходов по выплатам, однако то, что данный показатель превышает нормативное значение говорит о перерасходе средств.

¹ Составлено автором по [58]

² Составлено автором по [58]

Комбинированный показатель убыточности (сумма предыдущих показателей) в 2016 году снизился на 9,5% в отличии от 2015 года и составлял 96,1%. То, что показатель не превышает 100% говорит о допустимом расходе средств по страховым выплатам. Однако показатель остается на высоком уровне, в связи с этим руководству организации необходимо предпринять меры по снижению затрат, связанных со страховыми выплатами.

Убыточность страховой компании на протяжении анализируемого периода находится в пределах нормы и снизилась с 48,25% в 2014 году до 46,60% в 2016 году. Это указывает на повышение прибыльности страховых операций организации.

Одним из наиболее важных направлений бизнеса АО «СОГАЗ» остается медицинское страхование (ДМС), на долю которого в 2014 г. приходилось почти 30% всей начисленной премии компании. Сборы АО «СОГАЗ» по этому виду страхования в 2014 г. достигли 31,8 млрд рублей. Число застрахованных по договорам ДМС превысило 2,95 млн человек.

В 2015 году прирост ДМС на 5,2 млрд руб. За год сборы компании по ДМС выросли на 15%, а доля на рынке увеличилась с 24,1% до 27,1%. Сборы составили 36,9 млрд рублей.

В 2016 году ДМС составляет 30 % (2015 год: 26 %) группового портфеля страхования. Также 92 % (2015 год: 94 %) общей суммы премий было подписано Компанией. Группа ПО «СОГАЗ» рассчитывает резервы убытков по ДМС методом цепной лестницы. Динамика урегулирования убытков с течением времени после квартала наступления события демонстрирует отсутствие длинных «хвостов» при урегулировании страховых событий по ДМС. Таким образом, размер резерва убытков не чувствителен в существенном размере к обоснованным изменениям в предположениях относительно продолжительности процесса урегулирования убытков. Процесс урегулирования убытков АО «СОГАЗ» по существу является процессом урегулирования счетов за медицинские услуги, рисковый портфель достаточно диверсифицирован, и

компания не предполагает возможности существенного влияния инфляции выплат на обязательство по понесенным убыткам.

Размеры страховых премий и страховых выплат по ДМС за 2014-2016 гг. приведены на рисунке 6.

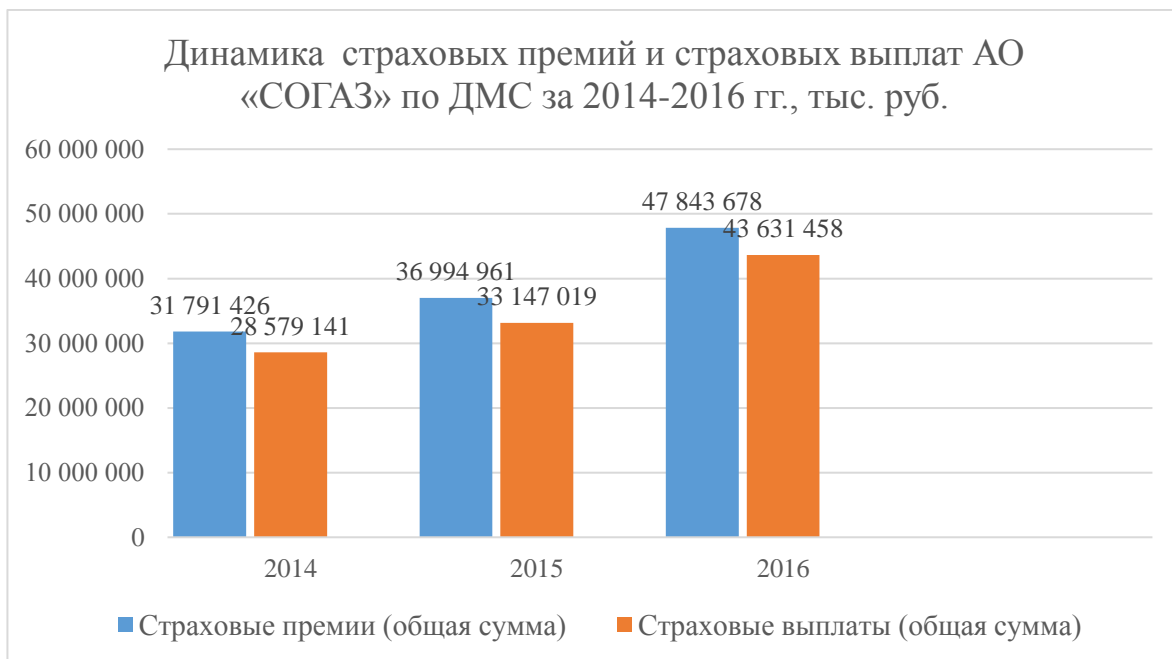


Рисунок 6 – Динамика страховых премий и страховых выплат АО «СОГАЗ» по ДМС за 2014-2016 гг.¹

По результатам проведенного анализа показателей деятельности АО «СОГАЗ» можно сделать следующие выводы.

Активы организации в 2015 году увеличились на 7 762 095 тыс. руб. или на 3,8% в сравнении с 2014 годом, а в 2016 году еще на 34 073 834 тыс. руб., или на 12,2%.

На основании представленного анализа можно отметить рост капитала и резервов организации в 2016 году на 21 737 325 тыс. руб. или на 27,7%, что указывает на повышение собственных источников финансирования деятельности организации.

¹ Составлено автором по [58]

Общий показатель платежеспособности за анализируемый период был выше нормативного значения, также положительным является его повышение с 0,87 в 2014 году до 0,93 в 2016 году. Это указывает на стабильное финансовое положение АО «СОГАЗ».

На конец 2016 года АО «СОГАЗ» получила чистую прибыль в размере 28 908 643 тыс. руб.

Рентабельность деятельности (кроме страхования жизни) в 2016 году выросла до 15,8% с 11,37% в 2014 году, что указывает на эффективную деятельность АО «СОГАЗ».

Таким образом, деятельность организации является прибыльной и рентабельной, однако с целью повышения эффективности работы АО «СОГАЗ» необходимо разработать направления по снижению расходов и уровня выплат.

2.3 ПРОБЛЕМЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АО «СОГАЗ» В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

По оценкам BusinesStat, в 2016 году натуральный объем рынка ДМС в России сократился на 12,1% по сравнению с предыдущим годом и составил 85,1 млн приемов. Участники рынка отмечают, что крупные предприятия в условиях кризиса продолжали страховать своих сотрудников, но старались оптимизировать затраты за счет исключения из полисов ДМС дорогостоящих услуг и услуг клиник с высоким уровнем цен. Предприятия малого и среднего бизнеса чаще отказывались от ДМС.

Одним из направлений развития рынка в кризисных условиях стало внедрение механизма софинансирования медицинских услуг по полисам ДМС за счет сотрудников. Ожидается, что совместная оплата полиса ДМС работодателем и сотрудником будет способствовать более рациональному потреблению медицинских услуг и повысит доходность данного вида

деятельности для страховых компаний. В 2017 году прогнозируется меньшее снижение численности приемов по полисам ДМС – на 10,1% относительно 2016 года. В результате показатель достигнет 76,5 млн приемов.

По итогам 2016 года стоимостной объем рынка ДМС составил 129 млрд рублей, что на 3,9% выше уровня 2015 года. Рост показателя происходил под влиянием повышения цен на медицинские услуги. Обязанность мигрантов с 2015 года приобретать полис ДМС для получения разрешения на работу позволила удержать рынок от большего падения в натуральном объеме и поддержать рост стоимостного.

Ожидается, что в 2017 году стоимостный объем рынка ДМС в России вырастет на 2,4% по сравнению с 2016 годом и составит 132,1 млрд рублей. В 2017 году будет увеличена минимальная страховая сумма по добровольному медицинскому страхованию иностранцев, что приведет к повышению стоимости страхового полиса и росту премий страховщиков. Кроме того, клиники будут увеличивать цены на услуги по мере удорожания расходных материалов, лекарств, оборудования, аренды помещений, оплаты труда персонала.

В 2011-2015 годах численность страховщиков ДМС в России сократилась на 34,2%: с 292 организаций в 2011 г до 192 организаций в 2015 г. Численность страховых компаний, оказывающих услуги в области ДМС, сокращается вследствие капитализации рынка. Данный процесс затрагивает, в основном, мелкие и средние организации. В 2016-2020 годах численность страховщиков ДМС в России продолжит снижаться и составит около 138 организаций в 2020 году. Более высокие темпы спада численности страховых компаний будут отмечаться в 2016-2017 годах, когда показатель уменьшится относительно предыдущего года максимум на 12,5%.

Являясь крупнейшей компанией страны по корпоративному страхованию АО «СОГАЗ» в значительной мере подвержено экономическим и политическим рискам Российской Федерации, которые возросли в 2015-2016 годах и, вероятнее всего, останутся на повышенном уровне в ближайшие годы.

Проведем оценку влияния факторов макросреды с помощью модели PEST (таблица 7).

Таблица 7 – Оценка влияния факторов макросреды с помощью модели PEST¹

Факторы	Эксперты (степень влияния)				Средняя оценка	Весовой коэффициент
	Э1	Э2	Э3	Э4		
1. политический						
изменение законодательства	4	3	4	5	4	0,07
смена политических партий	1	2	1	1	1,25	0,01
возможность теракта	5	4	3	5	4,25	0,08
уровень правовой грамотности	1	4	2	1	2	0,04
2. экономический						
экономическая ситуация в стране	4	2	4	3	3,25	0,04
динамика курса валюты	5	4	4	3	4	0,05
налоговая политика	3	4	4	5	4	0,06
уровень доходов населения	5	4	5	4	4,5	0,08
3. природно-географический						
климатические условия	2	2	1	2	1,75	0,08
экологическая обстановка в стране	2	3	3	2	2,5	0,07
природные катаклизмы	4	3	3	3	3,25	0,08
ограниченность природных ресурсов	2	1	1	2	1,5	0,05
4. социальный						
темп роста населения	4	3	4	4	3,75	0,07
средняя продолжительность жизни	3	3	3	4	3,25	0,06
образование	5	4	5	5	4,75	0,08
культурный уровень населения	4	3	3	3	3,25	0,06
Итого					51,25	1

Оценка степени вероятности влияния рассматриваемых факторов сведена в таблице 8.

Таблица 8 – Оценка степени вероятности влияния факторов макросреды с помощью модели PEST²

Факторы	Весовой коэффициент	Направленность влияния	Эксперты (вероятность влияния)				Средняя оценка	Взвешенная средняя
			Э1	Э2	Э3	Э4		
1. политический								
изменение законодательств	0,07	+	3	5	4	4	4	0,28
смена политических партий	0,01	+	1	2	1	3	1,75	0,02

¹ Составлено автором по [13]

² Составлено автором по [13]

Окончание таблицы 8

возможность теракта	0,08	+	2	3	4	3	3	0,24
уровень правовой грамотности	0,04	+	1	2	3	4	2,5	0,10
2. экономический								
экономическая нестабильность стране	0,04	-	3	4	4	5	4	0,16
динамика курса валюты	0,05	-	4	4	3	5	4	0,20
налоговая политика	0,06	-	3	3	4	5	3,75	0,23
уровень доходов населения	0,08	+	5	4	5	2	4	0,32
3. природно-географический								
климатические условия	0,08	-	2	1	1	2	1,5	0,12
экологическая обстановка в стране	0,07	-	2	1	1	1	1,25	0,09
природные катаклизмы	0,08	-	1	2	1	3	1,75	0,14
ограниченность природных ресурсов	0,05	-	1	2	2	3	2	0,10
4. социальный								
темп роста населения	0,07	+	2	4	5	4	3,75	0,26
средняя продолжительность жизни	0,06	-	4	3	4	2	3,25	0,20
образование	0,08	+	4	3	5	5	4,25	0,34
культурный уровень	0,06	+	3	2	4	2	2,75	0,17

Анализируя таблицу 8 можно сделать вывод, что:

- изменение законодательства позволяет воспользоваться благоприятными возможностями для завоевания ниш на рынке, расширения сферы деятельности АО «СОГАЗ»;
- смена политических партий оказывает небольшое положительное влияние. Этот фактор предоставляет возможность укрепить позиции на рынке;
- возможность теракта - большая угроза для компании, так как в этом случае компания несет большие потери и в целом страдает экономика в стране;
- экономическая нестабильность в стране является угрозой для компании, так как негативно сказывается на возможностях расширения рынка сбыта страховых продуктов и услуг. К тому же в случае ухудшения экономической ситуации в стране налоговая нагрузка на компанию повышается;

- темп роста населения возрос за последние три года. Этот фактор является возможностью для привлечения потребителей, увеличения доли прибыли;

- образование является возможностью для компании получать высококвалифицированных сотрудников, которые могут грамотно и в кратчайшие сроки достигать намеченных целей.

АО «СОГАЗ» занимает лидирующую позицию на рынке личного страхования, в частности, добровольного медицинского страхования. За 2016 год сборы компании по ДМС выросли на 16,6%, а доля на рынке увеличилась с 24,1% до 27,1%.

Проведем оценку фактического положения и стратегических перспектив АО «СОГАЗ» путем составления таблицы SWOT – анализа (таблица 9).

Таблица 9 – SWOT-анализ АО «СОГАЗ»¹

Сильные стороны	Слабые стороны
1) Крупнейшая страховая компания в России 2) Оказывает существенное влияние на формирование страхового рынка 3) Хорошо развитая разветвленная филиальная сеть, охватывающая всю территорию страны 4) Многолетний успешный опыт работы, сформированный имидж 5) Блокирующий пакет акций принадлежит государству (это обеспечивает дополнительную надежность) 6) Высокий уровень доверия населения 7) Взаимовыгодные партнерские отношения с крупнейшими российскими финансовыми институтами 8) Универсальность продуктов 9) Хорошая репутация 10) Высокие стандарты обслуживания	1) Несбалансированность страховых портфелей компаний группы 2) Большой удельный вес премии по ОСАГО по отдельным региональным «дочкам» 3) Убыточность некоторых подразделений компании в сфере ОСАГО (достигающая 80-100%) 4) Заниженный тарифный коэффициент по ОСАГО 5) Большая доля низкоквалифицированного персонала в отдельных регионах.

¹ Составлено автором по [28]

Окончание таблицы 9

Возможности	Угрозы
1) Возможность стать абсолютным лидером российского рынка страхования 2) Возможность закрепить репутацию надежной и солидной компании 3) Динамичное развитие компании 4) Ограничение конкуренции на рынке ОСАГО 5) Рост страховых сборов (премий) 6) Устойчивые темпы роста по основным страховым и финансовым показателям 7) Рост спроса на качественные страховые продукты в ближайшем будущем 8) Благоприятное влияние установившейся в стране стабильной экономической обстановки и роста доходов населения 9) Развитие страхования имущества граждан, а также добровольного медицинского страхования	1) Рост выплат по ОСАГО (может привести к трудностям с выплатами по договорам ОСАГО, а, следовательно, и к финансовой неустойчивости) 2) Более быстрый рост выплат, по сравнению с ростом собираемых страховых премий 3) Нестабильное финансовое положение клиентов (физических и юридических лиц) 4) Экономическая и политическая нестабильность в стране 5) Допуск на российский страховой рынок иностранных компаний

Таким образом, в условиях финансового кризиса и снижения спроса на услуги страхования АО «СОГАЗ» должна сделать акцент на развитии тех сегментов услуг, которые приносят наибольший доход.

Основной проблемой страховой компании «СОГАЗ» в области добровольного медицинского страхования является высокая убыточность по договорам. Это в определенной степени связано с преобладанием договором коллективного страхования. В 2016 году 86% страховых премий, приходилось на договоры добровольного медицинского страхования, заключенные с юридическими лицами. В 2015 году прирост премий по договорам коллективного ДМС составил 2,6 млрд рублей.

При заключении коллективных договоров затруднена дифференцированная оценка риска. Компании сложнее учитывать факторы, повышающие риск наступления страховых случаев у лиц, которые становятся

застрахованными по коллективному договору ДМС, а также включать в договоры условия, способствующие снижению убыточности.

Рост убыточности также происходит за счет увеличения стоимости лекарств и оборудования, а также увеличения количества обращений.

В структуре страхового портфеля АО «СОГАЗ» по начисленной страховой премии в добровольном личном страховании отмечается прирост объемов на 5 920 млн рублей при неизменной доле в портфеле 29,4%. Начисленная премия по итогам 2015 года составила 38 573 млн рублей, а выплаты выросли на 3,6% по сравнению с 2014 годом. В 2014 году объем премий группы составил 29 950 млн. рублей, объем страховых выплат по договорам ДМС – 27 450 млн рублей. Традиционный уровень убыточности по договорам ДМС составляет 90%.

Наиболее затратными направлениями по договорам ДМС являются стоматология, оздоровление и амбулаторно-поликлиническое обслуживание.

Зачастую затраты страховой компании возрастают благодаря злоупотреблению лечебных учреждений. Происходят так называемые межкабинетные связи, когда в клиниках намеренно назначают пациентам дополнительные ненужные анализы и повторные приемы, увеличивая тем самым выплаты страховой компании. В сложившейся ситуации страховая компания обязана контролировать качество предоставляемых клиниками услуг, а также их обоснованность. Данную функцию в АО «СОГАЗ» выполняют врачи-эксперты, которые отслеживают медицинские назначения по каждому застрахованному и анализируют их корректность.

По стоматологии из страхового покрытия, как правило, исключается имплантация и зубопротезирование, так как данные услуги являются дорогостоящими. Однако убыточность по данному направлению преимущественно самая высокая.

Кроме снижения убыточности страховой компании следует изменить политику краткосрочности договоров добровольного медицинского страхования. Чаще всего максимальный срок, на который заключаются договора ДМС, составляет 1 год. Такой порядок адекватен периоду возрождения и

обусловлен низким уровнем взаимного доверия страховщиков и страхователей, нестабильностью экономического развития, неразвитостью рынка медицинских услуг и другими подобными обстоятельствами.

Краткосрочное и долгосрочное добровольное медицинское страхование существенно различаются с финансовой точки зрения. При краткосрочном страховании не предполагается систематического накопления средств, предназначенных для осуществления страховых выплат в будущем периоде, в то время как для долгосрочного ДМС кардинальной задачей является систематическое накопление средств для последующего их использования на оплату лечения.

В рамках краткосрочного страхования страховщик при наступлении страхового случая обязан оплатить расходы на лечение в фиксированной сумме или по фактической стоимости лечения с оговоренными ограничениями. При расчете величины нетто-премии здесь необходимо учитывать два фактора – вероятностью наступления страхового события в течение оговоренного краткого срока и стоимость лечения. Фактор времени обычно во внимание не принимается.

Очевидно, однако, что с возрастом вероятность наступления заболевания повышается и потребность в затратах на лечение соответственно увеличивается. Поэтому страховые компании устанавливают страховые тарифы для конкретных возрастных групп, и стоимость страхования будет тем выше, чем старше человек, заключающий или перезаключающий договор краткосрочного ДМС. Получается, что при таком страховании значительные суммы страховых взносов застрахованному лицу придется уплачивать в старости, после выхода на пенсию, когда его доходы заведомо будут ниже, чем в более молодом возрасте.

При долгосрочном страховании расчет нетто премии производится с учетом не только указанных выше факторов, но и фактора времени. Известно, что методы расчета премий в долгосрочном медицинском страховании различаются по странам. Но все они учитывают фактор времени, так как при расчете устанавливается некоторая норма доходности, принимается во внимание

длительность поступления страховых взносов и вероятность достижения застрахованным определенного возраста. Учитывается и тот факт, что с увеличением возраста застрахованного, повышается вероятность наступления страховых случаев и увеличиваются затраты на лечение.

При долгосрочном добровольном медицинском страховании в первые годы после заключения договора страховые взносы превышают размер, который необходим для обеспечения страховых выплат в расчетном периоде. За счет этого страховщик формирует резерв, который инвестируется и приносит ему инвестиционный доход. Этот резерв должен обеспечить повышенные потребности застрахованного в медицинских услугах в пожилом возрасте или в случае тяжелого заболевания.

После достижения застрахованным определенного возраста величина страхового покрытия (то есть компенсируемые страховщиком затраты на лечение) оказывается больше, чем та, которая учитывается при расчете размера его страховой премии. На оплату медицинских услуг идут не только средства, поступающие от текущих платежей, но частично и средства резерва. Финансовые поступления в резерв некоторое время все же продолжают за счет инвестиционного дохода, но затем, когда расходы начинают превышать суммы начисленных процентов и взносов, резерв начинает уменьшаться. Предполагается, что в каком-то предельном возрасте резерв будет полностью исчерпан.

К положительным моментам необходимо отнести то, что в пожилом возрасте, когда платежеспособности человека, как правило, уменьшается, размер страхового взноса по ДМС не увеличивается. Положительным фактором в общегосударственном масштабе является то, что долгосрочные договора ДМС позволяют обеспечить стабильные финансовые поступления в систему национального здравоохранения. Это связано, помимо прочего, с тем, что договоры долгосрочного страхования включают обеспечение страхового возмещения по затратам на лечение таких тяжелых заболеваний, как сахарный диабет, онкологические заболевания и некоторые другие.

Эффективность затрат на медицинское обслуживание, произведенных через систему ДМС, выше, чем затрат на прямую оплату медицинских услуг, о чем свидетельствует опыт многих зарубежных стран. Однако для достижения такой эффективности необходимо, чтобы добровольное медицинское страхование осуществлялось на основе страховых принципов, чтобы страховщики расширяли перечень услуг, предлагаемых в рамках страховых программ, и осваивали новые направления развития.

3 ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И ЕГО ПЕРСПЕКТИВЫ

3.1 ПРОБЛЕМЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Добровольное медицинское страхование является изначальной исторической формой страховых отношений в сфере медицинского страхования.

ДМС возникало по инициативе потенциальных страхователей. Представители наименее обеспеченных слоев населения, основой существования которых были денежные доходы, создавали для защиты своих имущественных интересов, связанных с оплатой медицинских услуг, взаимные страховые организации.

Обязательное медицинское страхование возникало по инициативе государственных органов на основе ее законодательного оформления. При разработке организационных основ системы ОМС законодатели опирались на опыт добровольного медицинского страхования.

По сути, обязательное медицинское страхование является следствием придания страховым отношениям ДМС обязательного характера на законодательном уровне. В результате произошло тесное переплетение систем ОМС и ДМС. Поэтому в странах с эволюционным развитием ДМС страховщики в системе обязательного медицинского страхования, как правило, осуществляют и добровольное медицинское страхование физических лиц, застрахованных в них по системе ОМС. Это дает основание выделить в системе добровольного медицинского страхования две разновидности - дополнительное ДМС и независимое (самостоятельное) ДМС.

В российской Федерации сложилась иная ситуация. Здесь обязательное и добровольное медицинское страхование начали возрождаться одновременно,

причем не на основе метода взаимного страхования, а на основе метода коммерческого страхования. Такие обстоятельства затрудняют установление взаимосвязи между обязательным и добровольным медицинским страхованием. При этом добровольное медицинское страхование рассматривается в законодательных документах как явление, вторичное по отношению к обязательному медицинскому страхованию и затрудняющему организацию качественного медицинского обслуживания населения по программам ОМС.

Кроме того, законодательство РФ до недавнего времени позиционировало медицинское страхование как особое явление, имеющее существенные отличия от других видов страхования. Такое отношение к медицинскому страхованию выражалось, в частности, в том, что его законодательное регулирование в Российской Федерации долгое время строилось на основании особого закона, никак не корреспондировавшего с законом «Об организации страхового дела в РФ». Даже в области терминологии много лет существовали очевидные противоречия между этим законом и законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Например, в законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» было определено, что медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном и добровольном. При этом в Гражданском кодексе РФ и, соответственно, в законе «Об организации страхового дела в РФ» данные категории определены как формы страхования. В законе «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» было указано, что объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. В то же время, в законе «Об организации страхового дела в Российской Федерации» для отрасли личного страхования (к которой относится и медицинское страхование) уже много лет закреплено определение, более корректное с точки зрения экономического смысла. Здесь объект страхования определяется как имущественный интерес, связанный, в частности, со здоровьем застрахованного лица.

Исходя из того, что сказано выше законодательство Российской Федерации в данном вопросе требует определенных поправок.

Сейчас около 60-70% работающих на рынке ДМС компаний можно уверенно отнести к категории проблемных. По мнению страховщиков, к концу года останется не более 15-20 компаний, занимающихся классическим медицинским страхованием.

Как правило, страховые компании не работают с районными поликлиниками, участвующими в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Страховщику выгоднее заключать договоры о медобслуживании с частично или полностью коммерческими лечебными учреждениями. Предприятию-работодателю также выгодно сотрудничество с платными и частными медицинскими учреждениями. В платных медицинских центрах нет очередей, а высокое качество лечения и обслуживания стимулирует быстрее выздоровление пациента, что в конечном итоге сокращает время отсутствия работника на рабочем месте. Замотивированность платных медицинских центров в быстрейшем излечении больного, совпадает с интересами работодателя. Доля услуг, оказываемых медучреждениями в рамках программ ДМС, составляет всего 1,5% от общего объема оказываемых медицинских услуг.

Последние 2-3 года на рынок ДМС всё в большем количестве и более активно вводятся и продвигаются новые виды медицинских услуг, например – личные, семейные врачи, врачи при офисе. Например, в современной Германии бесплатная, вернее помощь по страховому полису включает в себя лишь скорую медицинскую помощь, операции по жизненным показаниям и флюорографическое обследование; любые дополнительные манипуляции и лечения уже требуют дополнительной оплаты от пациента. В России многие страховые компании сейчас обзаводятся собственными сервисными службами и медицинскими организациями, имеющими свои автопарки. В частности, собственные службы «скорой помощи» в Москве имеют РОСНО

(«Медэкспресс»), «Ингосстрах» («ТИМ Ассистанс»), МАКС («Медком»), «РЕСО-Гарантия».

Стоимость наиболее популярных сейчас полисов амбулаторно-поликлинического обслуживания, прикрепляющих человека к конкретной ведомственной или частной поликлинике, может составлять 50 000–70 000 рублей в год, добавим сюда услуги стоматологии, и стоимость страхования возрастает в полтора – два раза, услуги «Скорой помощи» можно купить отдельно по цене от 5 000–10 000 рублей в год. В условиях, когда средняя зарплата по стране около 35 000 рублей в месяц, такого рода «страхование» автоматически лишает большинство граждан медицинского обслуживания. Поэтому основной направленностью ДМС на данный период являются большие и средние коммерческие организации.

Страховые программы для сотрудников, как правило, покупают лишь те небольшие и средние организации, которые платят «белую зарплату». Социальная ориентированность тесно коррелирует с налоговой «порядочностью». Для таких организаций никакого серьезного ухудшения не произойдет: если средняя зарплата в компании составляет 30 000 рублей, то отчисления на ДМС в год в среднем на одного сотрудника могут составить 10 000 рублей. Поскольку полисы, как правило, покупаются не всем, то сумма взноса на «оплачиваемого» сотрудника увеличивается вдвое-втрое, что является вполне приемлемым даже для московского уровня цен. Так что ведущие московские поликлиники и больницы не пострадают. Как ни странно, но и региональные предприятия и ведомственные медучреждения тоже не должны сильно пострадать: если средняя зарплата на предприятии составляет 30 000 рублей, то из расчета на одного сотрудника можно будет отчислять на медицинское страхование около 3 000 рублей в год. Сумма, по региональным понятиям, вполне приличная.

Страховые компании стараются всё больше и больше внедрять систему жёсткого контроля качества предоставляемых клиниками медицинских услуг. Разработанные страховыми компаниями программные средства позволяют

контролировать, например, соотношение первичных и повторных приемов врачей, приемов врачей специалистов и выполненных диагностических, лабораторных исследований, совместимость услуг, оказанных пациенту за один день и т.д. От того, насколько успешно складывается взаимодействие страховщика с медицинскими учреждениями, во многом зависит качество и цена услуг, предлагаемых в рамках программ ДМС.

На основании исследований, каждый страховщик работающий в системе ДМС имеет договоры о сотрудничестве с несколькими медицинскими организациями, в направлении амбулаторно-поликлинических услуг их количество около сотни, в стационарном – около 25.

Наиболее представленными на рынке ДМС являются такие медицинские услуги, как амбулаторно-поликлинические услуги, стоматология, «скорая помощь». Наименее представленными являются услуги по онкологии и другим трудным заболеваниям, лечение которых или очень дорого, или спонсируется государством.

Примерно с 2001 года страховщики и медицинские центры стали активно продвигать такой новый продукт, как услуги личного или семейного врача. Всё чаще, в последние годы, предлагается обзавестись врачом в офисе – бесплатно, в качестве бонуса к основной страховке. По прогнозам страховщиков, через 4-6 лет личные врачи могут полностью заменить поликлиническое обслуживание. В Европе 80% населения лечится у семейного врача. Западный опыт показывает, что семейные врачи способны вылечить пациента самостоятельно в 70%-90% случаев.

В связи со стабильным ростом спроса в России на качественные медицинские услуги и услуги по ДМС, цены на них и соответственно стоимости полисов ДМС постоянно увеличиваются с приростом в 20%-30% в год.

Средняя стоимость услуг «скорой помощи» равна 2 000–3 000 рублей в стоимости полиса ДМС на одного человека, специальной стоматологической помощи – около 5 000 рублей, личный (офисный) врач стоит около 5 000–8 000 рублей.

На рынке существует система некоторого снижения цен на медицинские услуги методом ценовых скидок (таблица 10) на 5%-50% от базовых тарифов 1) за большую численность застрахованного коллектива на одном предприятии, 2) за долгосрочность сотрудничества (несколько лет). Страховщик иногда снижает стоимость полиса для «молодых» коллективов, т.е. предприятиям, где например - 70% сотрудников моложе 35 лет.

Таблица 10 – Средние величины ценовых скидок от базовых тарифов за медицинские услуги клиник [28]

Причина скидок	Величина скидок (%)
При численности сотрудников компании в 50-100 человек	15%-20%
При численности сотрудников компании в 100-150 человек	До 40%
При численности сотрудников компании более 150 человек	До 50%
За долгосрочность сотрудничества	5%-10%

Изучение общерыночных показателей добровольного или обязательного медицинского страхования строится на основе анализа Банка России. Публикуемые ЦБ данные позволяют проанализировать премии, выплаты, количество заключенных и действующих договоров ДМС и ОМС.

Экспертный анализ, проводимый проектом «Страховой маркетинг», предполагает также сегментирование рынка ДМС по линиям бизнеса (конкурентный, кэптивный и схемный сегменты), а также выделение рискового и депозитного медицинского страхования.

В качестве источника для анализа деятельности страховщиков – конкурентов на рынке ДМС также целесообразно использовать данные ЦБ, а также собственную информацию «Страхового маркетинга» в разрезе премий за счет физических и юридических лиц (таблица 11).

Таблица 11 – Премии ведущих страховщиков по ДМС за 2014, 2015 годы [42]

Страховая компания	Премии за 2015 год, млн. рублей	Премии 2014 год, млн. рублей	Динамика в 2015 году, %	Динамика в 2014 году, %
СОГАЗ	38 573	29 950	23,6%	6%
АльфаСтрахование	6 683	6 350	5,3%	14,1%

Окончание таблицы 11

Ингосстрах	6 450	8 150	- 26,3%	10,8%
Росгосстрах	6 115	5 003	18,2%	26%
ВСК	2 618	2 095	20,1%	42,7%
ВТБ Страхование	2 442	1 865	23,6%	16%
Согласие	2 314	1 748	24,5	23%
МАКС	1 789	1 558	12,9%	46,3%
Энергогарант	1 732	1 463	15,5%	-12,8%
Сургутнефтегаз	429	382	10,9%	47,9%

Влияние рынка медицинских услуг на рынок медицинского страхования проявляется в двух основных формах: в виде коррекции предложений по ДМС и в виде межрыночной конкуренции.

Изучение влияния рынка медицинских услуг, проявляющееся в виде коррекции предложений, производится в ходе анализа предложения по медицинскому страхованию с использованием метода «таинственного покупателя».

Проявление межрыночной конкуренции осуществляется в виде прямой конкуренции между страховыми компаниями и клиниками за страхователя – физическое или юридическое лицо. Основным методом анализа выступает «таинственный покупатель», проведенный по схожим легендам по страховым компаниям и медицинским клиникам.

Изучение спроса на услуги медицинского страхования в сегменте ДМС предусматривает использование социологических методов исследования (опрос, фокус-группы и прочие). При этом в качестве субъектов исследования могут выступать как физические лица (ДМС за счет физических лиц, косвенное изучение ДМС за счет юридических лиц), так и юридические лица (ДМС за счет юридических лиц). При изучении юридических лиц рекомендуется опрашивать «специалистов по кадрам», традиционно ответственных за формирование социальных пакетов на предприятии.

В качестве примера автор приводит интересное исследование, периодически проводимое с 2005 года, Всероссийским центром изучения общественного мнения и Национальным агентством финансовой информации

(опрашивается 1600 человек в 140 населенных пунктах в 42 регионах России, статистическая погрешность не превышает 3,4%) (таблица 12).

Таблица 12 – Уровень потребления услуг ДМС россиянами в 2013-2016 гг. (% респондентов) [49]

Вид страхования	2013 год	2014 год	2015 год	2016 год
Добровольное медицинское страхование	11%	18%	9%	6%
Нет страхового полиса	61%	51%	68%	54%

Результаты исследования в 2016 году показывают, что пользование услугами ДМС физическими лицами достигло минимального значения в 6% за период наблюдения.

Изучение предложения по ДМС строится на основании метода «таинственный покупатель» в модификациях «первичное предложение» и «запрос на конкретные клиники». Метод «первого предложения» позволяет выявить наиболее активно продвигаемые страховыми компаниями лечебные учреждения. Использование метода «запрос на конкретные клиники» способствует изучению характера предложения страховщиков по конкретным лечебным учреждениям.

При описании программ ДМС акцент делается на наполненности лечебными учреждениями, на стоимости программ, а также на анализе динамики предложения по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию и прочим медицинским услугам.

По результатам исследования ДМС за счет юридических лиц в 2016 году:», предложение по ДМС на 2016 год определялось не только спросом, но и желанием страховых компаний удержать убыточность и снизить РВД.

К основным механизмам, которые используют страховые компании для удержания убыточности при подготовке предложения по ДМС, можно отнести:

- введение ограничений на проведение дорогостоящих исследований и процедур (только по согласованию со страховой компанией);
- бонусное использование профилактических и скрининг программ для оценки распространения заболеваемости в коллективах и их профилактики;

- внутренние договоренности с главными врачами клиник по удержанию убыточности;
- скрытый рост тарифов через увеличение минимальной стоимости первичного предложения и сохранении лимитов ответственности;
- ограничения прямого доступа в поликлиники;
- перевод стоматологической помощи в специализированные сетевые клиники;
- бесплатную вакцинацию от гриппа.

Для снижения РВД по ДМС страховщики активно применяют следующие методы:

- использование комбинированных программ по ДМС (амбулаторно-поликлиническое обслуживание, СМП, стационарная помощь по единой стоимости);
- применение сетевых программ амбулаторно-поликлинического обслуживания;
- оптимизацию (в основном через минимизацию) количества поликлиник в сетевых программах;
- введение ограничений по минимальному количеству прикрепленных работников на уровне не менее 10 человек;
- снижение агентского вознаграждения;
- значительное обновление поликлиник в первичном предложении.

Результаты исследования структуры каналов продаж услуг по добровольному медицинскому страхованию показали, что в 2016 году на рынке ДМС 76% премий было собрано через офисы страховщиков, 13% – через агентов и 11% – через брокеров.

При описании программ ДМС акцент делается на наполненности лечебными учреждениями, на стоимости программ, а также на анализе динамики предложения по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию.

Современные страховщики, осуществляющие добровольное медицинское страхование, имеют возможность определения страховых тарифов на основе

разработанных методик актуарных расчетов. Такие методики опираются на массивы статистических данных, характеризующих частоту наступления заболеваний у определенных групп населения, стоимость лечения таких заболеваний и другие необходимые характеристики страхуемых рисков. Все это отсутствовало в те далекие времена, когда зародилось и начало свое развитие добровольное медицинское страхование. В условиях высокой неопределенности финансового результата деятельности самой страховой организации, метод взаимного страхования позволял создавать страховую защиту по ДМС для тех, кто хотел ее приобрести. В случае, когда размеры компенсации расходов на медицинское обслуживание членов ВСО превышали созданный ими страховой фонд, они на общем собрании могли принять решение либо пропорционально уменьшить страховые выплаты для всех членов, либо произвести дополнительные взносы. Если же финансовый результат деятельности оказывался положительным, то есть страховой фонд не был израсходован за год, то оставшиеся в нем средства не распределялись между сособственниками этого фонда, а расходовались в последующие периоды на выплату страхового возмещения.

В Российской Федерации законодательство допускает существование только одной организационно-правовой формы ВСО – общество взаимного страхования. Однако такие общества лишены возможности осуществления добровольного медицинского страхования. Следовательно, на российском рынке ДМС отсутствует сегмент взаимного страхования, который на зарубежных рынках активно действует. Поэтому сравнение статистических данных, характеризующих объемы ДМС в зарубежных странах и в Российской Федерации, на взгляд автора, некорректно. Объемы добровольного медицинского страхования в зарубежных странах будут выше соответствующих объемов в Российской Федерации до тех пор, пока на отечественном рынке не будет сформирован сегмент взаимного добровольного медицинского страхования.

3.2 ПЕРСПЕКТИВЫ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В настоящее время состояние развития добровольного медицинского страхования обусловлено несколькими основными факторами и особенностями.

Как уже говорилось ранее, характерная особенность рынка ДМС в России заключается в том, что сохраняется ситуация, когда в стране в наибольшей степени развито корпоративное страхование. Заключая договоры страхования, предприятия получают определенные льготы по налогообложению: взносы по договорам ДМС в размере 6% от суммы расходов на оплату труда относятся на себестоимость продукции и не облагаются единым социальным и подоходным налогами. К тому же работодатель приобретает корпоративный страховой договор по ДМС для своих работников как часть своей социальной программы, дающей ему дополнительное преимущество на рынке труда. Сегодня многие организации располагают определенными средствами для обеспечения своих сотрудников качественным медицинским обслуживанием. При этом очень важно организовать рациональное расходование этих средств. Надо заметить, что застраховать сотрудников по программе ДМС гораздо выгоднее для предприятия, нежели заключить договор на обслуживание с конкретным медицинским учреждением. Это связано с тем, что страховая компания, имея договоры с медучреждениями, получает существенные скидки на медобслуживание. А проблема того, что многие медицинские учреждения навязывают своим клиентам дорогостоящие процедуры – при этом их необходимость часто остается под сомнением, а сам же клиент, как правило, не в состоянии оценить необходимость той или иной услуги, довольно распространенная в настоящий момент. В свою очередь страховые компании осуществляют контроль над качеством и объемом оказанных услуг; таким образом, клиент может быть уверен в действительной необходимости тех или иных процедур. Помимо этого, страховым компаниям также проще работать с

корпоративными клиентами, ведь при страховании больших коллективов происходит равномерное распределение риска среди сотрудников компании, отпадает необходимость в проведении медицинского обследования и оценки рисков по каждому застрахованному.

Потребности физических лиц в медицинских услугах в странах со сформированной рыночной экономикой, прошедших эволюционный путь развития, могут удовлетворяться благодаря применению различных механизмов финансирования затрат медицинских учреждений и медицинских работников, а именно механизма обязательного медицинского страхования и механизма прямого бюджетного финансирования национальной системы здравоохранения.

ДМС отличается от других механизмов финансирования предоставления медицинских услуг тем, что предполагает наличие платежеспособного спроса населения на получение медицинских услуг, который реализуется в добровольной форме на основе страховых принципов. Обязательное медицинское страхование отличается тем, что страхователи и застрахованные вступают в страховые отношения на основе обязанности, закрепленной в национальном законодательстве. Отличие прямого бюджетного финансирования получения медицинских услуг и финансирования благотворительными организациями состоит в том, что потенциальные пациенты не обязаны вступать в какие-либо финансовые отношения с организациями, производящими такое финансирование. В странах, где действует система прямого бюджетного финансирования, необходимым условием получения пациентами медицинских услуг является наличие у них гражданства этой страны. Условием финансирования получения медицинских услуг благотворительной организацией, является желание этой организации оплатить услугу для определенных физических лиц.

Ни одна из систем, гарантирующих доступ населения к медицинским услугам, не может удовлетворить все подобные потребности. Этот факт подтверждается в докладе Всемирной организации здравоохранения за 2015 год. В нем отмечается, что ни в одной из стран с высоким доходом, в которых, как

часто полагают, достигнут всеобщий охват, в действительности не охвачено 100% населения, не предоставляется 100% доступных услуг и не оплачивается 100% их стоимости без листов ожидания.

При этом одной из фундаментальных проблем, стоящих на пути стран к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью, является ограниченный объем ресурсов. ВОЗ отмечает, что ни одна страна, какой бы богатой она не была, не смогла добиться того, чтобы каждый человек имел непосредственный доступ к любой технологии или медицинскому вмешательству, способным улучшить здоровье и продлить жизнь.

В российских публикациях отмечается, что поскольку до настоящего времени ни одному государству не удавалось финансировать здравоохранение «по потребностям», можно ожидать постепенного сокращения фактической доступности бесплатного государственного здравоохранения и его замещения платными медицинскими услугами.

По мнению автора, существует альтернатива платным медицинским услугам. Эта альтернатива – добровольное медицинское страхование. Использование страхового механизма позволяет не только значительно расширить доступность медицинских услуг, но и обеспечить поступление дополнительных финансовых ресурсов в отрасль здравоохранения; усилить контроль за качеством предоставляемых медицинских услуг и другое.

Функции, которые выполняет добровольное медицинское страхование для сегмента страхового рынка и отрасли здравоохранения являются важнейшим элементом развития медицины и общества в целом.

В системе ДМС происходит расширение возможностей доступа населения к медицинским услугам, в том числе к услугам, которые не были охвачены системой добровольного медицинского страхования, эти услуги имеют более высокое качество, оказываются с меньшим ожиданием, обеспечивают более высокий уровень сопутствующих сервисов.

Кроме того, благодаря постоянному внешнему контролю качества предоставляемых услуг со стороны страховщика, формируется система гарантий

качества медицинских услуг, которые оказываются застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования.

Также благодаря системе ДМС у застрахованных граждан воспитывается ответственное отношение к своему здоровью и экономическое стимулирование профилактики заболеваний.

Всемирная организация здравоохранения, обобщая данные о порядке обеспечения населения медицинскими услугами, констатирует, что почти все страны имеют некоторые формы прямых платежей, иногда называемые соучастием в расходах. При этом указывается, что единственным путем снизить зависимость от прямых платежей является поощрение правительством использования подхода, основанного на принципах объединения рисков (создания пула рисков) и предоплаты.

Очевидно, что объединение рисков (создание пула рисков) - это не что иное, как страхование; в данном случае имеется в виду добровольное медицинское страхование.

ДМС повышает доступность медицинских услуг для населения на основе использования принципа солидарной раскладки ущерба. Оно предоставляет возможность за относительно небольшую плату получить услуги, которые не входят в программы медицинского обслуживания, гарантированного государством, а также расширить объем тех услуг, которые входят в общедоступные программы, сократить период ожидания таких услуг и другие возможности. Это происходит независимо от используемой формы страхового возмещения – натуральной или денежной. Хотя при денежной форме страхователь сам оплачивает счет за медицинские услуги, но затем он получает компенсацию своих затрат. Таким образом, он может иметь доступ к медицинским услугам, не затрачивая на это значительный объем личных средств.

История развития ДМС в странах с развитой рыночной экономикой показывает, что введение в действие системы государственных гарантий медицинского обслуживания населения на основе ОМС или на основе прямого

бюджетного финансирования здравоохранения не привели к исчезновению данного вида страхования. Это связано с тем, что ресурсы, предназначенные для финансирования здравоохранения как через систему ОМС, так и из национального бюджета, всегда конечны. В то же время, развитие новых технологий лечения, появление новых технических средств, лекарств и расходных материалов приводит к удорожанию медицинских услуг. Поэтому далеко не все медицинские услуги (особенно дорогостоящие) и медицинские сервисы доступны для населения в рамках системы ОМС или бесплатного обслуживания в национальной системе здравоохранения. Добровольное медицинское страхование позволяет за относительно небольшую плату предоставить возможность более широким слоям населения получить в случае необходимости такие услуги, которые не входят в общедоступные программы, а также получить услуги, входящие в общедоступные программы, в расширенном объеме или сократить период ожидания при получении таких услуг.

Следующая характерная черта рынка ДМС заключается в наличие существенной доли, так называемого, не рискованного страхования (почти половина объема рынка). Это тот самый абонемент (депозитный договор), тот самый накопительный в течение года продукт. Страхователем выступает предприятие, которое вносит в страховую компанию определенную сумму. В течение года из этих средств оплачивается лечение сотрудников предприятия. В течении срока действия договора ДМС, как правило, происходит перераспределение страховых сумм по полисам в рамках общей суммы по договору. Если сумма расходуется полностью, предприятие доплачивает недостающую сумму. Данная схема удобна тем, что клиент полностью контролирует расходование денежных средств и при этом его страховые взносы освобождаются от налогообложения, но все это не является настоящим страхованием, такой способ не позволяет формировать страховые фонды – что не приемлемо для страхования.

Немаловажный фактор, влияющий на динамику рынка ДМС - это то, что объем сборов напрямую зависит от уровня медицинской инфляции и роста преискурантов клиник: увеличиваются цены на медицинское обслуживание,

внедряются новые, более совершенные и, следовательно, дорогостоящие технологии. В результате страховщики вынуждены увеличивать тарифы по ДМС ежегодно на 20-30%. Между тем постоянный рост стоимости полиса также является одним из основных сдерживающих факторов развития добровольного медицинского страхования. Это с одной стороны, с другой в современных рыночных условиях страховые компании вынуждены предлагая невысокие тарифы, что приводит к возрастанию убыточности (общеизвестно, что убыточность ДМС – одна из самых высоких и может достигать 90-95%).

Еще один фактор, носит инфраструктурный характер. По мере расширения географии бизнеса страховщики все чаще сталкиваются с нехваткой медицинских учреждений, предоставляющих услуги высокого качества. На данный момент среди медучреждений нет конкуренции, они все востребованы. Нехватка лечебно-профилактических учреждений в стране и, особенно в регионах, приводят к монополизации рынка медицинских услуг и снижению качества предоставляемых услуг.

Среди факторов, тормозящих развитие рынка ДМС, наиболее негативным является фактор неразрешенных вопросов, связанных с дублированием ОМС и ДМС. Работодатель за охрану здоровья персонала вынужден оплачивать в рамках ДМС те же самые услуги, за которые они платят растущие взносы по обязательному медицинскому страхованию. В связи с чем, система добровольного медицинского страхования, в частности, из-за проблем нормативной неопределенности и нестабильности ОМС, работает не более чем на 10% своего потенциала.

Исходя из сложившейся ситуации, развитие рынка ДМС в Российской Федерации, сопровождаемое обострением конкуренции между страховыми организациями заставляют страховщиков совершенствовать методы своей работы и применять меры для дальнейшего развития рынка добровольного медицинского страхования. Цель развития рынка ДМС должна быть в создании дополнительной по отношению к ОМС системы страховой защиты населения, повышающей защиту и предоставляющей повышенные социальные гарантии.

Таким образом, один из основных направлений развития добровольного медицинского страхования это определение гарантированного набора услуг, предоставляемого в рамках программы ОМС, то есть необходимо законодательное закрепление государственных гарантий медицинской помощи населению и определения публичных обязательств в сфере здравоохранения. Также необходимо автоматизация учета услуг в медицинских учреждениях, позволяющая разносить затраты на систему ОМС и другие источники платежей (средства пациента либо выплаты по ДМС). И самое главное необходимо принятие отдельного закона о добровольном медицинском страховании, что определит конкретные меры по развитию рынка ДМС и его место в системе здравоохранения страны.

Поэтому меры, направленные на поддержку развития рынка ДМС со стороны законодательства необходимы. Применение целенаправленных мероприятий будет способствовать исключению дублирования платежей, а значит, снижению стоимости полиса ДМС. Работа рынка ДМС имеет целый ряд положительных эффектов: рост социальной стабильности, снижение информационной асимметрии на рынке медицинских услуг, повышение эффективности системы здравоохранения и рост инвестиций в строительство медицинских центров. Учитывая эти эффекты, государство должно способствовать развитию российского рынка ДМС.

Следующее основное направление развития добровольного медицинского страхования – это приоритет работы страховых компаний в сфере ДМС в «классической» рискованной форме.

Развитие ДМС должно быть направлено не на дополнительное удорожание предоставляемых медицинскими учреждениями услуг за счет включения в них стоимости страхового полиса, а на наличие рискованного характера в проведении данного вида страхования. Нужно уходить от псевдострахования, где программа ДМС представляет собой варианты предоставления «разовых» медицинских услуг – так называемые «монополисы» или «депозитные страховые схемы».

Реальное страхование – рисковое, при котором страхователь вносит статистически рассчитанный страховой платеж, а получает те услуги, которые потребуются ему по медицинским показаниям. Страховщики уже работают в этом направлении и среди предложений многих крупных компаний можно найти разные программы ДМС от простой организации амбулаторно-поликлинического лечения до сервисного обслуживания на дому семейным врачом, от экономичных вариантов лечения в местных больницах до VIP лечения в зарубежных клиниках. Но принципиальное отличие этих программ от псевдострахования страхование – это риск, вероятностный характер обращения за помощью, т.е. реальное страхование, а не просто оплата лечения через страховую компанию.

Именно рисковое ДМС необходимо развивать в будущем, который понемногу развивается в последние три-четыре года, а объем псевдостраховых «схемных» операций необходимо сокращать. Ориентированные на долгосрочное развитие страховщики зарабатывают за счет своей основной деятельности – защиты рисков, а не от комиссионных за сомнительные операции.

Реальным медицинским страхованием занимаются преимущественно лидеры рынка ДМС – ведущие универсальные страховщики федерального уровня, на которых приходится более половины всех взносов в этом сегменте. Так, всего лишь около десятка компаний обеспечивают медицинской защитой персонал большинства крупных производственных комплексов России, заодно предоставляя услуги среднему и малому бизнесу, а также частным клиентам.

Полисы ДМС, как и по многим другим видам добровольного страхования, представляют собой «конструктор»: клиент может выбрать именно те виды медицинской помощи, которые ему необходимы. Если говорить о том, что же сегодня востребовано на рынке, то это - комплексная программа, покрывающая все основные риски. Исключения составляют программы, которые выводятся из базовой, но они в системе ДМС предлагаются как отдельные специальные программы.

Комплексные программы формируются с учетом потребностей страхователя. Большинство страховых компаний предлагают именно комплексные программы ДМС, включающие в себя виды базовых медицинских программ (амбулаторно-поликлиническая помощь, стационар, стоматология и выезд скорой помощи) и дополнительные опции (дородовое наблюдение женщин, оказание акушерской помощи, индивидуальное ведение родов, педиатрическая помощь, промышленная медицина).

Следующее основное направление – это четкое выделение определенного набора услуг по ОМС, для дальнейшего развития добровольного медицинского страхования. Существующая проблема заключается в том, что, во-первых, существующие программы ДМС и ОМС частично дублируются, но оплачиваются по отдельности. Фактически часть услуг, которые мы получаем по ДМС, уже заплачена в виде страховых платежей по ОМС, но эти деньги нельзя принять в зачет. Во-вторых, процесс лечения больного искусственно разрывается. Мы видим: компании, занимающиеся ОМС обеспечивают лечение сами по себе, страховые компании, работающие по ДМС сами по себе. Объемы медицинской помощи, оказанной в рамках этих двух систем, плохо координируются. Одни платят из своих источников, другие вынуждены платить из своих, но других, источников за те же услуги. Это значительно завышает стоимость полиса ДМС и обуславливает его малую доступность населению.

3.3 ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ В СФЕРЕ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

Добровольное медицинское страхование относится к рисковому виду страхования. Как правило, в экономических отношениях, возникающих при осуществлении рискованных видов страхования, принимают участие страховщики

и страхователи, которые могут одновременно являться застрахованными лицами (рисунок 7). При наступлении страхового случая страховщик выплачивает застрахованному лицу определенную сумму денежных средств, которая является компенсацией ущерба, нанесенного имущественным интересам застрахованного лица в результате наступления страхового случая.

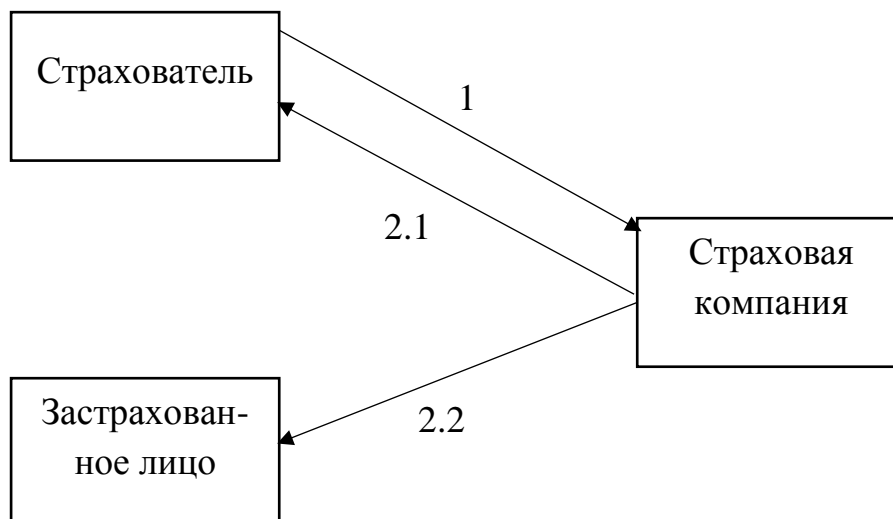


Рисунок 7 – Схема финансовых отношений при осуществлении рискованных видов страхования с предоставлением страхового возмещения в денежной форме [33]

Следует пояснить, что на данном рисунке изображена схема, при которой страхователь уплачивает страховую премию страховщику, а страховщик при наступлении страхового события выплачивает страховое возмещение либо страхователю при условии, что он же является застрахованным, либо застрахованному лицу, которое указано в договоре и которое не является страхователем.

Автор определяет *добровольное медицинское страхование* как вид социальной защиты граждан в условиях рыночной системы здравоохранения, который основан на свободном волеизъявлении страхователя вступить в договорные отношения со страховой компанией и получить индивидуальную защищенность на случай риска возникновения потребности в медицинской

услуге, не входящей в перечень гарантированных государством услуг по системе обязательного медицинского страхования.

Из данного определения следует, что добровольное медицинское страхование призвано для того, чтобы дать гражданам возможность получить медицинские и иные услуги сверх гарантий обязательного медицинского страхования, но данный механизм социальной защищенности граждан действует в рыночной системе, что обуславливает его особенность.

В Российской Федерации добровольное медицинское страхование обеспечивает потребности гражданина в медицинских и сервисных услугах, но не обеспечивает страховой защиты риска потери дохода в результате болезни. Потерю трудового дохода обеспечивает социальное страхование и страхование от несчастных случаев.

Как уже было указано ранее, в Российской Федерации страховое возмещение представлено в натуральной форме. Это обуславливает наличие медицинской организации как участника добровольного медицинского страхования. Также участниками являются страхователи, страховые организации и застрахованные лица. Схема взаимодействия участников рынка ДМС, ОМС представлена на рисунке 8.

Всемирной организацией здравоохранения было выделено три первичных типа систем здравоохранения:

- государственная, или система Бевериджа;
- система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья, или система Бисмарка;
- рыночная система здравоохранения.

Государственная система базируется на принципе бесплатности и финансируется за счет за счет выплат из бюджета, сформированных из налоговых поступлений.

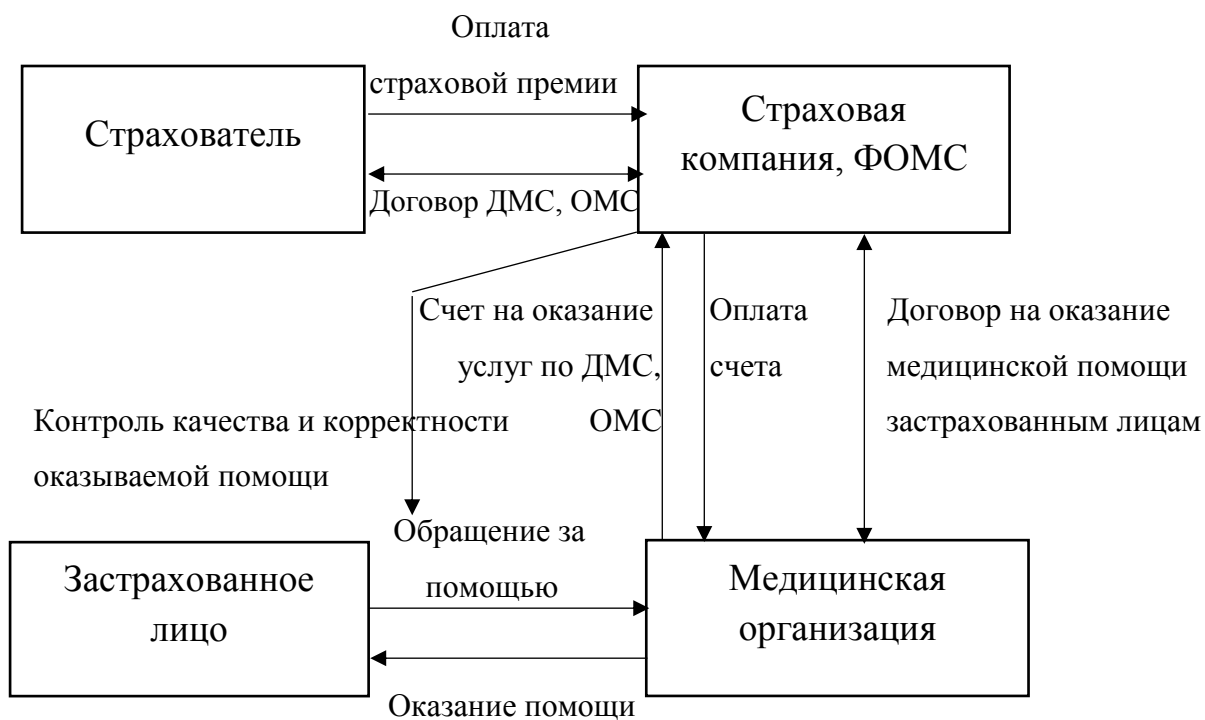


Рисунок 8 – Схема взаимодействия участников рынка ДМС, ОМС¹

Система Бисмарка предполагает финансирование за счет средств, уплачиваемых страхователями в специальные фонды, используемых при наступлении страховых событий. Взносы устанавливаются в виде процента от заработной платы.

Рыночная же система зависит от платежеспособности пациента. Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения.

Договор добровольного медицинского страхования – это документ, согласно которому застрахованный получает медицинские услуги по принципам рыночной системы здравоохранения. От платежеспособности страхователя зависит уровень медицинских услуг, которые будут ему оказаны.

Страховые компании, оказывающие услуги по ДМС находятся в рыночной системе здравоохранения, также, как и частные медицинские центры.

¹ Составлено автором по [19]

Страховщики сотрудничают в основном с частными клиниками. Это обусловлено высоким уровнем сервиса, отсутствием очередей и длительного ожидания, высококвалифицированным персоналом и применением новейшего оборудования. Потребности населения, которые оказываются неудовлетворенными в государственной системе здравоохранения, формируют спрос на услуги частного сектора. В данный момент всего 6% частных медицинских организаций участвует в системе обязательного медицинского страхования.

В существующей ситуации решить проблему взаимодействия добровольного медицинского страхования с обязательным медицинским страхованием и его дублирование, не представляется возможным. На сегодняшний день страхователь, решивший заключить договор ДМС платит дважды за одну и ту же услугу, сначала по ОМС, а затем по ДМС. В данной ситуации, страховщик, заключивший договор ДМС также несет дополнительные убытки ввиду того, что страхователь обращается по договору ДМС за услугами, которые входят в страховое покрытие по ОМС, например, консультационный прием терапевта или хирурга. Данная услуга входит в базовую программу по ОМС, но застрахованное по ДМС лицо не станет обращаться в районную поликлинику или государственную больницу за консультацией, так как это влечет за собой некоторые неудобства (длительное ожидание из-за огромных очередей, зачастую отсутствие сервиса и современного оборудования).

Необходимо четкое определение базовой программы обязательного медицинского страхования, создание понятного перечня медицинских услуг, оказываемых гражданам бесплатно, чтобы исключить такое дублирование. Законом определено право граждан на выбор лечебного учреждения, врача и страховой медицинской организации. Чтобы это право не оставалось номинальным, у пациентов должен быть реальный выбор, в какое учреждение обратиться, поэтому государство должно быть заинтересовано в привлечении частной медицины через добровольное медицинское страхование.

Кроме того, страховые компании осуществляют тщательный контроль качества предоставляемых медицинскими центрами услуг. В проведение подробных и тщательных проверок качества медицинских услуг страховые компании заинтересованы с экономической точки зрения. Такой контроль, в отличие от государственного лицензирования, основывается на экономических принципах. Он дополняет административный контроль, осуществляется более оперативно, и в условиях развитого рынка медицинских услуг обеспечивает экономическое стимулирование качественной работы медицинских учреждений.

Привлечение частных клиник в систему ОМС позволит усовершенствовать систему ДМС, сделать добровольное медицинское страхование действительно дополнительным к ОМС, а не заменяющим его.

Такие преобразования в сфере здравоохранения позволят страховщикам значительно снизить убыточность по договорам ДМС, что является главной проблемой страховых компаний в этом виде страхования. Кроме того, это позволит рационализировать средства граждан, а также улучшить качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования.

Еще одним решением проблемы дублирования ОМС и ДМС является объединение этих видов страхования в одной страховой компании.

Если у застрахованного есть 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. Необходимо сделать таким образом, чтобы ДМС реально дополнял, а не заменял ОМС, что приведет к более четкому пониманию необходимости покупки полиса ДМС, так как граждане будут знать, что покрывается в рамках стандартной программы ОМС, а за что они должны платить сами. Как следствие, произойдет снижение стоимости ДМС, оно станет доступно широким слоям населения, к тому же у населения будет более четкое понимание необходимости покупки полиса ДМС.

Такое объединение предполагает интеграцию средств, направляемых страхователем на обязательное и добровольное страхование в одну страховую

группу. Именно в страховую группу, так как в России действующий закон исключает объединение ОМС и ДМС, соответствующие страховые программы разъединены по страховщикам и не могут реализоваться одним страховщиком, но могут быть реализованы в страховом холдинге, где универсальные компании, занимающиеся добровольными видами страхования, и компания, занимающаяся обязательным страхованием.

Таким образом, страховая группа берет на себя обязательства по обеспечению как стандартного пакета государственных гарантий по ОМС, так и дополнительных услуг, предусмотренных коммерческой страховкой. Такое объединение позволяет избежать возникновения ситуации дублирования страховых взносов: страховой взнос на ОМС зачитывается при приобретении полиса ДМС (страхователю не нужно платить дважды). Одновременно это слияние расширяет возможности выбора, поскольку ставки страховых премий и предлагаемый пакет медицинских услуг могут различаться.

Основное преимущество такого подхода - повышение эффективности контроля объемов предоставляемых услуг и реальное существенное повышение качества обслуживания застрахованных.

ДМС способствует развитию национального здравоохранения, так как стимулирует формирование и реализацию дополнительного платежеспособного спроса на медицинские услуги. Средства, аккумулируемые в страховых фондах, в итоге поступают в медицинские учреждения в виде платы за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам. Средства страхового фонда могут также поступать застрахованным лицам в качестве компенсации затрат на оплату медицинских услуг; такие выплаты стимулируют поступление финансовых средств в медицинские учреждения от застрахованных лиц.

Добровольное медицинское страхование способствует ускорению развития системы национального здравоохранения за счет привлечения в отрасль дополнительных финансовых средств на основе использования на добровольных началах страховых принципов для удовлетворения потребностей людей в медицинских услугах

Для осуществления данных преобразований необходимы изменения на законодательном уровне, чтобы определить место добровольного медицинского страхования в системе здравоохранения и его взаимодействие с обязательным медицинским страхованием.

Еще одним перспективным направлением для улучшения добровольного медицинского страхования в целом и для снижения убыточности страховых компаний в частности является софинансирование по договорам добровольного медицинского страхования. Данная мера применима к коллективным договорам страхования. Когда часть страховой премии по договору ДМС уплачивает работодатель, а другую часть работник. Также может быть использован выжидательный период при вступлении в силу долгосрочного договора ДМС, и франшиза, которую оплачивает застрахованное лицо.

Широкое применение франшизы в коллективных договорах ДМС будет способствовать воспитанию у граждан, застрахованных по таким договорам, ответственного отношения к своему здоровью и экономическому стимулированию профилактики заболеваний.

Кроме того, возможна новая модель взаимодействия на рынке ДМС. Новизна данной модели заключается в том, что застрахованным по корпоративным договорам ДМС предоставляется возможность обращаться за медицинской помощью в медицинские учреждения, указанные в «основном» списке, на условиях полной оплаты страховой компанией оказанных им медицинских услуг. Кроме этого, застрахованные лица могут обращаться в ЛПУ, указанные в «дополнительном» списке, при условии, что «застрахованный частично покрывает расходы на медицинские услуги, а оставшуюся часть расходов покрывает страховщик. Доля расходов, которую оплачивает застрахованный при обращении в ЛПУ из дополнительного списка, формируется при подписании договора между потребителем и страховщиком.

Переориентация спроса на медицинские услуги в русло спроса на услуги добровольного медицинского страхования будет иметь положительные последствия не только для конкретных страхователей и застрахованных, но и для

всей отрасли здравоохранения, в частности, для развития ее материально-технической базы. Как уже было отмечено, осуществление добровольного медицинского страхования и мнение клиентов об осуществляющей его страховой компании находятся в непосредственной зависимости от качества работы медицинских учреждений. В связи с этим страховые компании, производящие продукты ДМС, непосредственно заинтересованы в развитии медицинских учреждений, которые могли бы оказывать качественные и разнообразные услуги. Однако российские страховые компании, осуществляющие ДМС, выходя на рынок медицинских услуг в качестве оптовых покупателей, сталкиваются с серьезными проблемами, которые обусловлены, прежде всего, нехваткой лечебных учреждений в стране. Нередко встречается ситуация, когда лечебное учреждение является монополистом в определенном регионе, что приводит к ряду негативных экономических последствий.

Сложившийся дефицит взаимовыгодных партнерских отношений между страховщиками и провайдерами медицинских услуг заставляет страховые компании, осуществляющие ДМС, вкладывать средства в медицинский бизнес. Подобная диверсификация позволяет страховым компаниям повысить качество исполнения договоров добровольного медицинского страхования. В данном случае страховщик может быть уверен в стабильности отношений с провайдером медицинских услуг, в невозможности спонтанного увеличения цен на такие услуги. Также страховщик сам устанавливает стандарты медицинского обслуживания в таких медицинских учреждениях и контролирует соблюдение этих стандартов.

Холдинг, который объединяет страховую компанию и медицинские учреждения, является субъектом рыночных отношений, его финансовая устойчивость полностью зависит от объема заключенных договоров. В отличие от государственных и муниципальных медицинских учреждений, которые получают определенный объем финансирования за счет средств бюджета и фонда обязательного медицинского страхования, такой холдинг существует только за счет средств, полученных от продажи страховых продуктов. В рамках

холдинга невозможно установление необоснованно высоких цен на медицинские услуги, так как спрос на них ограничен платежеспособностью потенциальных страхователей.

Таким образом, создание страховыми компаниями, осуществляющими ДМС, своих медицинских учреждений, в целом способствует установлению сбалансированных цен на медицинские услуги в таких учреждениях, а также наилучшего соотношения «цена-качество» по отношению к медицинским услугам. Целью страховщиков при создании собственных клиник является не минимизация своих издержек, а повышение эффективности деятельности по добровольному медицинскому страхованию и финансовой устойчивости страховых компаний.

Еще одной мерой, которая позволит снизить убыточность в секторе ДМС является создание единой базы данных, в которой будет отражена вся медицинская история пациентов. Воплощение данной меры возможно лишь при условии, что государственные медицинские учреждения будут предоставлять эту информацию страховым компаниям. Но в связи с тем, что это информация является врачебной тайной, без законодательного регулирования данного вопроса это не представляется возможным. На сегодняшний день работники медицинских организаций уже имеют право предоставлять информацию страховым компаниям о застрахованных лицах, при условии письменного согласия последних. Однако по статистике всероссийского союза страховщиков в половине случаев страховые организации получают отказ, что делает невозможным своевременное установление факта наступления страховых случаев и приводит к значительному увеличению сроков предоставления выплат или к отказу от них. Проведение самостоятельных расследований страховщиками приводит к повышению уровня расходов и цен на страховые полисы. Доступ к информации о болезнях пациентов предоставит возможность страховщикам продавать страховые полисы по более низким ценам, а также уменьшить выплаты по ним.

Создание единой базы с медицинской историей пациентов значительно упростит оценку рисков при заключении договоров ДМС и окажет положительное воздействие на отрасль здравоохранения в целом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе исследования организации добровольного медицинского страхования и направлений развития в Российской Федерации автором получены следующие основные результаты:

1. Предложено авторское определение категории добровольного медицинского страхования, под которым предлагается понимать вид социальной защиты граждан в условиях рыночной системы здравоохранения, который основан на свободном волеизъявлении страхователя вступить в договорные отношения со страховой компанией и получить индивидуальную защищенность на случай риска возникновения потребности в медицинской услуге, не входящей в перечень гарантированных государством услуг по системе обязательного медицинского страхования.

Из данного определения следует, что добровольное медицинское страхование призвано для того, чтобы дать гражданам возможность получить медицинские и иные услуги сверх гарантий обязательного медицинского страхования, но данный механизм социальной защищенности граждан действует в рыночной системе, что обуславливает его особенность.

2. Выявлены особенности взаимодействия ДМС и ОМС в секторе медицинского страхования в Российской Федерации, которые заключаются в различном сочетании добровольного и обязательного медицинского страхования, а также в обеспечении сбалансированности объемов государственных гарантий предоставления населению бесплатной медицинской и добровольного медицинского страхования.

Необходимо четкое выделение определенного набора услуг по ОМС, для дальнейшего развития добровольного медицинского страхования. Существующая проблема заключается в том, что, во-первых, современные программы ДМС и ОМС частично дублируются, но оплачиваются по отдельности. Фактически часть услуг, которые оказываются по ДМС, уже

оплачена в виде страховых платежей по ОМС. Во-вторых, процесс лечения больного искусственно разрывается. Компании, занимающиеся ОМС обеспечивают лечение сами по себе, страховые компании, работающие по ДМС сами по себе. Объемы медицинской помощи, оказанной в рамках этих двух систем, плохо координируются. Одни платят из своих источников, другие вынуждены платить из своих, но других, источников за те же услуги. Это значительно завышает стоимость полиса ДМС и обуславливает его малую доступность населению.

3. Аргументирована система функций добровольного медицинского страхования как полноценного сегмента рынка страхования в развитии общества:

- системе ДМС происходит расширение возможностей доступа населения к медицинским услугам, в том числе к услугам, которые не были охвачены системой добровольного медицинского страхования, эти услуги имеют более высокое качество, оказываются с меньшим ожиданием, обеспечивают более высокий уровень сопутствующих сервисов;

- благодаря постоянному внешнему контролю качества предоставляемых услуг со стороны страховщика, формируется система гарантий качества медицинских услуг, которые оказываются застрахованным по договорам добровольного медицинского страхования;

- благодаря системе ДМС у застрахованных граждан воспитывается ответственное отношение к своему здоровью и экономическое стимулирование профилактики заболеваний.

4. Разработаны рекомендации по улучшению развития добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, а также усовершенствованию существующего механизма функционирования ДМС:

- необходимо внесение изменений в существующую законодательную базу и страховые тарифы по обязательному медицинскому страхованию, что позволит привлекать частные клиники в систему ОМС для усовершенствования

системы ДМС, улучшить качество медицинского обслуживания и сопутствующих сервисов;

- привлечение частных клиник, взаимодействующих со страховыми компаниями по ДМС, в систему ОМС, которое позволит усовершенствовать систему ДМС, снизить убыточность по договорам ДМС, что является главной проблемой страховых компаний в этом виде страхования. Кроме того, это позволит рационализировать средства граждан, а также улучшить качество медицинского обслуживания в системе обязательного медицинского страхования;

- объединение ДМС и ОМС в одной страховой группе. Таким образом, страховая группа берет на себя обязательства по обеспечению как стандартного пакета государственных гарантий по ОМС, так и дополнительных услуг, предусмотренных коммерческой страховкой. Такое объединение позволяет избежать возникновения ситуации дублирования страховых взносов: страховой взнос на ОМС зачитывается при приобретении полиса ДМС;

- возможным решением для снижения высокой убыточности страховых компаний по договорам ДМС также является применение новой модели взаимодействия на рынке ДМС. Данная модель заключается в том, что застрахованным по корпоративным договорам ДМС предоставляется возможность обращаться за медицинской помощью в медицинские учреждения, указанные в «основном» списке, на условиях полной оплаты страховой компанией оказанных им медицинских услуг. Кроме этого, застрахованные лица могут обращаться в ЛПУ, указанные в «дополнительном» списке, при условии, что «застрахованный частично покрывает расходы на медицинские услуги, а оставшуюся часть расходов покрывает страховщик. Доля расходов, которую оплачивает застрахованный при обращении в ЛПУ из дополнительного списка, формируется при подписании договора между потребителем и страховщиком;

- создание единой базы данных, в которой будет отражена вся медицинская история пациентов. Воплощение данной меры возможно лишь при условии, что государственные медицинские учреждения будут предоставлять эту

информацию страховым компаниям. Но в связи с тем, что это информация является врачебной тайной, без законодательного регулирования данного вопроса это не представляется возможным. На сегодняшний день работники медицинских организаций уже имеют право предоставлять информацию страховым компаниям о застрахованных лицах, при условии письменного согласия последних. Однако по статистике всероссийского союза страховщиков в половине случаев страховые организации получают отказ, что делает невозможным своевременное установление факта наступления страховых случаев и приводит к значительному увеличению сроков предоставления выплат или к отказу от них. Проведение самостоятельных расследований страховщиками приводит к повышению уровня расходов и цен на страховые полисы. Доступ к информации о болезнях пациентов предоставит возможность страховщикам продавать страховые полисы по более низким ценам, а также уменьшить выплаты по ним.

Создание единой базы с медицинской историей пациентов значительно упростит оценку рисков при заключении договоров ДМС и окажет положительное воздействие на отрасль здравоохранения в целом.

Практическая значимость исследования состоит в возможности использовать полученные результаты при разработке законодательных основ регулирования добровольного медицинского страхования в Российской Федерации, отрасли страхования в целом, а также применения страховыми компаниями для повышения эффективности организации добровольного медицинского страхования и снижения уровня убыточности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 г.) // Российская газета – 25.12.1993 г. - № 237 (ред. от 21.07.2014).
2. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 26.01.1996 г. № 14-ФЗ (ред. от 08.04.2017).
3. Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая от 05.08.2000 г. № 117-ФЗ: (ред. от 04.05.2017).
4. Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28.06.1991 г. № 1499-1 (ред. от 24.07.2009).
5. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ.
6. Закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27.11.1992 г. № 4015-1 (ред. от 03.07.2016).
7. Федеральный закон «О взаимном страховании» от 29.11.2007 № 286-ФЗ (ред. от 03.07.2016).
8. Агеева Н. Р. Страхование: теория, практика и зарубежный опыт: учебник / Н. Р. Агеева – М.: Юность, 2016. – 325 с.
9. Алиева Б. Х. Основы страхования: учебник / Б. Х. Алиев. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2014. – 503 с.
10. Бадюкова В. Ф. Основы страхования: учебник / В. Ф. Бадюкова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2013. – 156 с.
11. Воблого К. Г. Основы экономики страхования: учебник / Под редакцией К. Г. – М.: АНК ИЛ, 2016. – 401 с.
12. Гребенщиков Э. Д. Страховой рынок России – императивы развития, открытости, глобализации: учебное пособие / Э. Д. Гребенщиков. – М.: МэиМО, 2016. – 97 с.

13. Емельянов А. М. Финансы, налоги и кредит: учебник / А. М. Емельянов, И. Д. Мацкуляк, Б. Е. Пеньков. – М.: РАГС, 2016. – 546 с.
14. Коломин Е. В. Раздумья о страховании: учебник / Е. В. Коломин. – М.: Страховое Ревю, 2014. – 384 с.
15. Кудрявцев А. А. Страхование здоровья: учебное пособие / А. А. Кудрявцев, Р. Г. Плам, Г. В. Черновая. – М.: Анкил, 2013. – 216 с.
16. Орланюк-Малицкая Л. А. Страхование: учебник / Л. А. Орланюк-Малицкая, С. Ю. Яновая. – М.: Юрайт, 2014. – 828 с.
17. Романова Т. Ф. Страхование: теория и практика: научно-практическое пособие / Т. Ф. Романова. – Ростов н/Д.: РГЭА, 2016. – 287 с.
18. Роик В. Д. Обязательное медицинское страхование: теория и практики: учебное пособие / В. Д. Роик. – М.: Дело и Сервис, 2013. – 208 с.
19. Смирнова М. Б. Страховое право: учебное пособие / М. Б. Смирновой. – М.: «Юстицинформ», 2016. – 320 с.
20. Сплетухова Ю. А. Страхование: учебник / Ю. А. Сплетухова, Е. Ф. Дюжикова. – М.: ИНФРА-М, 2016. – 221 с.
21. Скамай Л. Г. Страховое дело: учебник / Л. Г. Скамай. – М.: Юрайт, 2013. – 343 с.
22. Турбина М. В. Теория и практика страхования: учебник / М. В. Турбина. – М.: Анкил, 2015. – 704 с.
23. Шахов Ш. Ш. Страхование: учебник / В. В. Шахов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2016. – 509 с.
24. Юлдашев Р. Т. Очерки теории страхования: ретроспективный анализ развития: учебник / Р. Т. Юлдашев. – М., Анкил, 2014. – 248 с.
25. Юлдашев Л. И. Практика страхового предпринимательства: учебник / Р. Т. Юлдашев, Л. И. Цветкова. – М.: Анкил, 2015. – 144 с.
26. Антропов В. В. Здравоохранение и медицинское страхование в Швеции. / В. В. Антропов // Проблемы управления здравоохранением. – 2016. – № 1. – С. 17-23.

27. Архипов А. П. О страховых принципах финансирования российского здравоохранения / А. П. Архипов // Финансы. – 2014. – № 2. – С. 25-30.
28. Архипов А. П. О проблемах медицинского страхования / А. П. Архипов // Финансы. – 2013. – № 6. – С. 9-18.
29. Буевская А. А. Предпосылки к развитию системы добровольного медицинского страхования и ее особенности / А. А. Буевская // Экономика здравоохранения. – 2013. – № 3. – С. 34-42.
30. Васильцова Л. И. Рынок медицинских услуг: сущность, характеристика, проблемы развития / Л. И. Васильцова // Лекции по организации и экономике здравоохранения. – 2003. – № 352. – С. 15-21.
31. Гвозденко А. А. Финансово-экономические методы страхования / А. А. Гвозденко // Финансы и статистика. – 2016. – № 8. – С. 12-19.
32. Грищенко Н. Б. Основы страховой деятельности / Н. Б. Грищенко // Финансы и статистика. – 2015. – № 3. – С. 5-12.
33. Дедиков С. В. Правовая природа страховой премии / С. В. Дедиков // Страховое право. – 2016. – № 1. – С. 21-35.
34. Косминский К. П. Виды и особенности институциональных структур мирового страхового / К. П. Косминский // Страховое дело. – 2016. – № 10. – С. 15-31.
35. Косминский К. П. Вызовы и возможности мирового страхового рынка на современном этапе / К. П. Косминский // Страховое дело. – 2016. – № 11. – С. 9-23.
36. Коломин Е. В. Теоретические и практические аспекты страховой защиты жизни и здоровья граждан. / Е. В. Коломин // Финансы. – 2013. – № 7. – С. 28-45.
37. Логвинова И. Л. ДМС и финансирование отечественной системы здравоохранения / И. Л. Логвинова // Страховое дело. – 2014. – № 10. – С. 12-32.

38. Логвинова И. Л. Взаимное страхование - перспективное направление развития страховой отрасли в Российской Федерации / И. Л. Логвинова // Финансы и кредит. – 2014. – № 30. – С. 6-28.
39. Литовка П. И., Литовка А. Б., Чебоненко Н. В. Добровольное медицинское страхование: правовой режим и перспективы развития. / П. И. Литовка, А. Б. Литовка, Н. В. Чебоненко // Журнал «Здравоохранение»,. – 2014. – № 5. – С. 28-47.
40. Магомадова М. М. Возможности использования зарубежного опыта для совершенствования системы государственного регулирования регионального страхового рынка / М. М. Магомадова // Проблемы современной экономики: материалы III международной. науч. конференции. – 2016. – С. 131-134.
41. Мартыничик С. А Совершенствование механизмов оплаты стационарной помощи в системе добровольного медицинского страхования / С. А. Мартыничик // Журнал "Здравоохранение". – 2013. – №5. – С. 13-31.
42. Николенко Н. П. Состояние и перспективы развития добровольного страхования в России / Н. П. Николенко // Финансы. – 2016. – № 2. – С. 35-49.
43. Пастухов Б. И., Современный менеджмент и маркетинг в секторе добровольного медицинского страхования / Б. И. Пастухов // Финансы. – 2015. – №10. – С. 27-42.
44. Романова М. В. Некоторые проблемы развития страхования / М. В. Романова // Финансы. – 2015. – № 1. – С. 12-31.
45. Родионов А. С. Актуальные вопросы долгосрочного добровольного медицинского страхования / А. С. Родионов // Экономические науки. – 2013. – № 9. – С. 42-54.
46. Русецкая Э.А. Выявление потребностей населения в страховой защите / Э. А. Русецкая // Страховое дело. – 2015. – № 10. – С. 11- 26.

47. Сасковец А. А. Государственное медицинское страхование в Германии: становление, проблемы, стратегические решения / А. А. Сасковец // Финансы. - 2015. - № 15. – С. 28-47.
48. Трифонов Б. И. Новая модель взаимодействия на рынке ДМС / Б. И. Трифонов // Финансы. – 2013. – № 8. – С. 13-29.
49. Федорова Т. А. Медицинское страхование и защита здоровья населения. / Т. А. Федорова // Финансы. – 2016. – № 10. – С. 9-18.
50. Черногузова Т. Н. Страхование и модернизация российской экономики / Т. Н. Черногузова // Финансы. – 2015. – № 4. – С. 11-32.
51. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения: <http://www.who.int> (дата обращения 13.04.2017).
52. Официальный сайт Федеральной службы государственной статистики РФ: <http://www.gks.ru> (дата обращения 15.04.2017).
53. Официальный сайт Центрального банка Российской Федерации: <http://www.cbr.ru/> (дата обращения 25.04.2017).
54. Официальный сайт взаимной страховой организации Medical Mutual: <http://www.healthplanone.com/> (дата обращения 15.05.2017).
55. Официальный сайт ПАО СК «Росгосстрах»: <https://www.rgs.ru/> (дата обращения 02.05.2017).
56. Официальный сайт ОАО «АльфаСтрахование»: <https://www.alfastrah.ru/> (дата обращения 02.05.2017).
57. Официальный сайт ПАО СК «Энергогарант»: <https://www.energogarant.ru/> (дата обращения 02.05.2017).
58. Официальный сайт АО «СОГАЗ»: <https://www.sogaz.ru/> (дата обращения 12.04.2017).
59. Бабкин С. А. Частное медицинское страхование в Германии [Электронный ресурс] / С. А. Бабкин. – Режим доступа: <http://www.tupa-germania.ru> (дата обращения 18.05.2017).
60. Жукова М. В. Перспективы развития системы добровольного медицинского страхования в рамках социально-экономической модели

- здравоохранения [Электронный ресурс] / М. В. Жуков. – Режим доступа: <http://www.rosmedportal.com/> (дата обращения 02.05.2017).
61. Медицинское страхование: курс на объединение ДМС и ОМС [Электронный ресурс] / Бюллетень «Эксперт РА». М., 2013. – Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/> (дата обращения 13.05.2017).
62. Мировая статистика здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс] 2016. – Режим доступа: <http://apps.who.int/> (дата обращения 20.04.2017).
63. Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС [Электронный ресурс] / Официальный сайт агентства «Эксперт РА». – Режим доступа: http://raexpert.ru/researches/insurance/med_insur/ (дата обращения 10.04.2017).
64. Статистические данные по итогам деятельности страховщиков в 2014-2016 гг. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.fcsm.ru/> (дата обращения 19.05.2017).
65. Четыркин Е. А. Медицинское страхование на Западе и в России, [Электронный ресурс] Режим доступа: <http://www.insur-info.ru/press/38079/> (дата обращения 08.05.2017).
66. Юрин А. В. Обязательное и добровольное медицинское страхование: вместо или вместе? [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.insur-info.ru/comments/711/> (дата обращения 08.05.2017).

ПРИЛОЖЕНИЯ

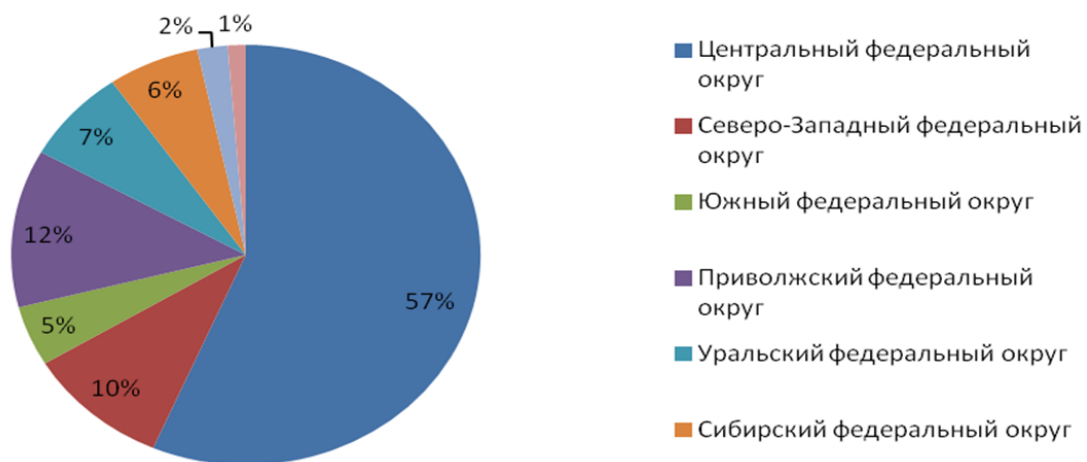
ПРИЛОЖЕНИЕ А

Страховые премии и выплаты по федеральным округам за 2015 год.

Наименование	Страховые премии			Выплаты		
	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года	млрд руб.	% к общей сумме	% к соответствующему периоду предыдущего года
Центральный федеральный округ	458,78	56,5	122,2	206,79	55,8	126,5
Северо-Западный федеральный округ	80,4	9,9	118,1	40,43	10,9	106,7
Южный федеральный округ	37,52	4,6	123,3	17,79	4,8	134,2
Приволжский федеральный округ	98,73	12,2	116,8	46,76	12,6	115,4
Уральский федеральный округ	58,75	7,2	124,8	27,91	7,5	114,0
Сибирский федеральный округ	51,25	6,3	123,6	21,72	5,8	121,2
Дальневосточный федеральный округ	16,97	2,1	122,5	5,41	1,5	112,5
Северо-Кавказский федеральный округ	10,07	1,2	126,5	3,97	1,1	126,4
ИТОГО по федеральным округам	812,47	100,0	121,5	370,78	100,0	121,4

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Доля страховых премий по федеральным округам в 2015 – 2016 гг.



ПРИЛОЖЕНИЕ В

Горизонтальный анализ актива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016гг.

Показатель	2014 г.	2015г.	2016г.	Отклонение 2015 от 2014 год		Отклонение 2016 от 2015 года	
				Абс. +/-	Темп роста, %	Абс.+/-	Темп роста, %
1	2	3	4	5	6	7	8
1. Активы							
Нематериальные активы	56554	76822	105940	20268	135,84	29118	137,90
Основные средства	337661	249454	252876	-88207	73,88	3422	101,37
Доходные вложения в материальные ценности	27000	27000	27000	0	100,00	0	100,00
Финансовые вложения (за исключением денежных эквивалентов)	26358617	29174426	37548929	2815809	110,68	8374503	128,70
Отложенные налоговые активы	68	94	78	26	138,24	-16	82,98
Запасы	282668	124336	153844	-158332	43,99	29508	123,73
Налог на добавленную стоимость по приобретенным ценностям	0	0	0	0	0,00	0	0,00
Доля перестраховщиков в страховых резервах по страхованию жизни	0	0	0	0	0,00	0	0,00
Доля перестраховщиков в страховых резервах по страхованию иному, чем страхование жизни	8698285	10320658	10371270	1622373	118,65	50612	100,49
Дебиторская задолженность	10536541	10950929	10767793	414388	103,93	-183136	98,33
Депозиты премий у перестрахователей	0	0	0	0	0,00	0	0,00
Денежные средства и денежные эквиваленты	941868	2160853	3673867	1218985	229,42	1513014	170,02

Окончание ПРИЛОЖЕНИЯ В

Прочие активы	3260	50	0	-3210	1,53	-50	0,00
Итого	47242622	53084622	62901597	5842000	112,37	9816975	118,49

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Вертикальный анализ актива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016гг.

Показатель	2014 год		2015 год		2016 год		Изм.
	Тыс. руб.	Уд. вес %	Тыс. руб.	Уд. вес %	Тыс. руб.	Уд. вес %	
Актив							
Нематериальные активы	56554	0,12	76822	0,14	105940	0,17	0,05
Основные средства	337661	0,71	249454	0,47	252876	0,40	-0,31
Доходные вложения в материальные ценности	27000	0,06	27000	0,05	27000	0,04	-0,01
Финансовые вложения (за исключением денежных эквивалентов)	26358617	55,79	29174426	54,96	37548929	59,69	3,90
Отложенные налоговые активы	68	0,00	94	0,00	78	0,00	0,00
Запасы	282668	0,60	124336	0,23	153844	0,24	-0,35
Доля перестраховщиков в страховых резервах по страхованию иному, чем страхование жизни	8698285	18,41	10320658	19,44	10371270	16,49	-1,92
Дебиторская задолженность	10536541	22,30	10950929	20,63	10767793	17,12	-5,18
Денежные средства и денежные эквиваленты	941868	1,99	2160853	4,07	3673867	5,84	3,85
Прочие активы	3260	0,01	50	0,00	0	0,00	-0,01
Итого	47242622	100,00	53084622	100,00	62901597	100,00	0,00

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Горизонтальный анализ пассива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016гг.

Показатель	2014 г.	2015г.	2016г.	Отклонение 2015 от 2014 год		Отклонение 2016 от 2015 года	
				Абс. +/-	Темп роста, %	Абс.+/-	Темп роста, %
II. Капитал и резервы							
Уставной капитал	5000000	5000000	5000000	0	100	0	100
Добавочный капитал (без переоценки)	9312	9312	9312	0	100	0	100
Резервный капитал	186419	186697	215798	278	100,15	29101	115,59
Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)	3239191	3520928	6022543	281737	108,70	2501615	171,05
Итого по разделу	8434922	8716937	11247653	282016	103,34	2530716	129,03
III. Обязательства							
Страховые резервы по страхованию иному, чем страхование жизни	33117693	38930261	44998064	5812568	117,55	6067803	115,59
Заемные средства	1850229	91489	355284	-1758740	4,94	263795	388,34
Оценочные обязательства	78794	86392	147696	7598	109,64	61304	170,96
Кредиторская задолженность	3747541	5252701	6152900	1505160	140,16	900199	117,14
Прочие обязательства	13443	6842	0	-6601	50,90	-6842	0,00
Итого по разделу	38807700	44367685	51653944	5559985	114,33	7286259	116,42
Баланс	47242622	53084622	62901597	5842000	112,37	9816975	118,49

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Вертикальный анализ пассива баланса АО «СОГАЗ» за 2014-2016гг.

Показатель	2014 год		2015 год		2016 год		Изм.
	Тыс. руб.	Уд. вес %	Тыс. руб.	Уд. вес %	Тыс. руб.	Уд. вес %	
II. Капитал и резервы							
Уставной капитал	5000000	59,28	5000000	57,36	5000000	44,45	-14,82
Добавочный капитал (без переоценки)	9312	0,11	9312	0,11	9312	0,08	-0,03
Резервный капитал	186419	2,21	186697	2,14	215798	1,92	-0,29
Нераспределенная прибыль (непокрытый убыток)	3239191	38,40	3520928	40,39	6022543	53,54	15,14
Итого по разделу	8434922	17,85	8716937	16,42	11247653	17,88	0,03
III. Обязательства							
Страховые резервы по страхованию иному, чем страхование жизни	33117693	85,34	38930261	87,74	44998064	87,11	1,78
Заемные средства	1850229	4,77	91489	0,21	355284	0,69	-4,08
Оценочные обязательства	78794	0,20	86392	0,19	147696	0,29	0,08
Кредиторская задолженность	3747541	9,66	5252701	11,84	6152900	11,91	2,26
Прочие обязательства	13443	0,03	6842	0,02	0	0,00	-0,03
Итого по разделу	38807700	82,15	44367685	83,58	51653944	82,12	-0,03
Баланс	47242622	100,00	53084622	100	62901597	100	0,00

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Горизонтальный анализ отчета о финансовых результатах АО «СОГАЗ» за 2014-2016 гг.

Показатель	2014 г.	2015г.	2016г.	Отклонение 2015 от 2014 год		Отклонение 2016 от 2015 года	
				Абс. +/-	Темп роста, %	Абс.+/-	Темп роста, %
1	2	3	4	5	6	7	8
Заработанные страховые премии – нетто-страхование	33757772	40999415	46202240	7241643	121,45	5202825	112,69
Страховые премии по договорам страхования, сострахования и перестрахования – всего	41990414	49496971	55334926	7506557	117,88	5837955	111,79
Страховые премии, переданные в перестрахование	-4870582	-6734209	-6409566	-1863627	138,26	324643	95,18
Изменение резерва незаработанной премии всего	-2406872	-2196895	-2692279	209977	91,28	-495384	122,55
Изменение доли перестраховщиков в резерве незаработанной премии	-955188	433548	50159	1388736	-45,39	-383389	11,57
Состоявшиеся убытки – нетто-перестрахование	-20277904	-25907574	-27029765	-5629670	127,76	-1122191	104,33
Выплата по договорам страхования	-18740664	-24667644	-27276179	-5926980	131,63	-2608535	110,57
Расходы по урегулированию убытков	-1856367	-1735339	-1763991	121028	93,48	-28652	101,65
доля перестраховщиков в выплатах	828881	2823180	4514158	1994299	340,60	1690978	159,90
изменение резервов убытков - всего	-5008667	-3516596	0	1492071	70,21	3516596	0,00

Продолжение ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

1	2	3	4	5	6	7	8
изменение доли перестраховщиков в резервах убытков	4498923	1188825	453	- 3310098	26,42	-1188372	0,04
Изменение иных страховых резервов	-842409	-99077	-871318	743332	11,76	-772241	879,44
Изменение доли перестраховщиков в иных страховых резервах				0		0	
Отчисления от страховых премий	-258818	-224476	-355704	34342	86,73	-131228	158,46
Расходы по ведению страховых операций - нетто-перестрахование	-10585488	-13869647	-14921310	- 3284159	131,03	-1051663	107,58
аквизиционные расходы	-10365083	-13911497	-14899749	- 3546414	134,22	-988252	107,10
иные расходы по ведению страховых операций	-566554	-397479	-432324	169075	70,16	-34845	108,77
перестраховочная комиссия и тантъемы по договорам перестрахования	346149	439329	410760	93180	126,92	-28569	93,50
Доходы по инвестициям	28455913	13807295	11428704	- 1464861 8	48,52	-2378591	82,77
Расходы по инвестициям	-26838942	-11478552	-7108513	1536039 0	42,77	4370039	61,93
Прочие доходы по страхованию иному, чем страхование жизни	160337	1701339	3638243	1541002	1061,10	1936904	213,85
прочие расходы по страхованию иному, чем страхование жизни	-519054	-1642595	-4717704	- 1123541	316,46	-3075109	287,21

Окончание ПРИЛОЖЕНИЯ Ж

1	2	3	4	5	6	7	8
Результат от операций по страхованию иному, чем страхование жизни	3051406	3286128	3264873	234722	107,69	-21255	99,35
III. Доходы и расходы, не связанные со страховыми операциями							
Управленческие расходы	-2528964	-2096238	-2196745	432726	82,89	-100507	104,79
Прочие доходы	46985033	28894047	18581191	- 1809098 6	61,50	- 10312856	64,31
Прочие расходы	-47420914	-29495002	-18433913	1792591 2	62,20	11061089	62,50
Прибыль (убыток) до налогообложения	86561	588935	4215406	502374	680,37	3626471	715,77
текущий налог на прибыль	-44805	-3920	-819992	40885	8,75	-816072	20918,1 6
в том числе постоянные налоговые обязательства (активы)	27450	-112316	-22214	-139766	-409,17	90102	19,78
изменение отложенных налоговых обязательств	3827	0	0	-3827	0,00	0	
Изменение отложенных налоговых активов	-3488	26	-16	3514	-0,75	-42	-61,54
Прочее	-36528	-26	-26682	36502	0,07	-26656	102623, 08
Чистая прибыль (убыток)	5567	585015	3368716	579448	10508,6 2	2783701	575,83