

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Институт права

(наименование института полностью)

Кафедра «Гражданское право и процесс»

(наименование)

40.03.01 Юриспруденция

(код и наименование направления подготовки, специальность)

Гражданско-правовой

(направленность (профиль)/специализация)

**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
(БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)**

на тему «Добровольное медицинское страхование в России»

Студент

И.Д. Помилуйко

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

кандидат юридических наук, доцент О.В. Бобровский

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2022

## **Аннотация**

Работа посвящена исследованию добровольного медицинского страхования в Российской Федерации.

Структурно работа состоит из введения, трех глав, включающих семь параграфов, заключения, списка используемой литературы и используемых источников.

Введение посвящено обоснованию актуальности, выбранной для выпускной квалификационной работы темы, определению целей и задач, объекта и предмета исследования.

В первой главе раскрывается правовое регулирование страховой деятельности.

Во второй главе рассматриваются основные виды договора страхования в России.

В третьей главе проанализированы проблемы и предложены пути совершенствования добровольного медицинского страхования.

Заключение предполагает краткое подведение итогов выпускной квалификационной работы.

## Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Правовое регулирование страховой деятельности .....	8
1.1 Нормативно-правовое регулирование страховой деятельности .....	8
1.2 Формы медицинского страхования.....	16
Глава 2 Характерные особенности добровольного медицинского страхования.....	20
2.1 Сущность добровольного медицинского страхования .....	20
2.2 Зарубежный опыт добровольного медицинского страхования .....	23
Глава 3 Анализ современного состояния и практика добровольного медицинского страхования .....	27
3.1 Анализ современного состояния российского рынка добровольного медицинского страхования .....	27
3.2 Основные проблемы развития добровольного медицинского страхования в России.....	37
3.3 Перспективы развития добровольного медицинского страхования в России.....	42
Заключение .....	48
Список используемой литературы и используемых источников.....	52

## Введение

Чтобы прожить долгую и достойную жизнь, человек должен обладать хорошим уровнем психического и физического здоровья. Проблема доступной и качественной медицинской помощи касается всех жителей страны, она была и остается актуальной и требует серьезного рассмотрения. Каждый человек хочет чувствовать себя защищенным, получить своевременное и квалифицированное лечение, если у него возникнет заболевание, угрожающее жизни и здоровью.

Сохранение и улучшение здоровья граждан страны является одной из главных задач любого государства. Решение данного вопроса показывает, насколько благополучным и развитым является общество. В России существует несколько способов получения гражданами медицинской помощи. Получение медицинской помощи осуществляется через систему государственного обязательного медицинского страхования (далее - ОМС), платную (частную) систему оказания медицинской помощи и добровольное медицинское страхование (далее - ДМС). Каждый из них имеет как преимущества, так и недостатки.

Статья 41 Конституции Российской Федерации говорит, что: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь» [21]. Также отмечается, что «Здоровье - одно из высших благ человека, без которого могут утратить значение многие другие блага, возможность пользоваться другими правами (выбор профессии, свобода передвижения и др.)» [21]. Таким образом, государство согласно закону, гарантирует всем своим гражданам предоставление медицинской помощи. Реализация права гражданина на бесплатное медицинское обслуживание осуществляется посредством системы ОМС. Система ОМС, наряду с обязательным пенсионным и обязательным социальным страхованием, вместе образуют систему социального страхования, направленную на социальную защиту населения в России. По системе ОМС государство обеспечивает предоставление врачебной помощи

каждому застрахованному лицу, независимо от его пола, возраста, социального статуса и места жительства.

Выбор способа медицинского обслуживания не ограничивается только государственной медицинской помощью. Множество проблем, имеющих место в бюджетной медицине, обуславливают стремительное развитие системы платного медицинского обслуживания. Число платных клиник с каждым годом все больше растет, что говорит о заинтересованности населения в качественной медицинской помощи, несмотря на высокую стоимость предоставляемых медицинских услуг. Каждый человек вправе самостоятельно решить - доверить свою жизнь и здоровье специалистам, работающим в государственных медицинских учреждениях, обратиться за необходимой услугой в платную клинику или обеспечить себя полисом ДМС. Принятие же оптимального решения зависит от конкретных запросов и потребностей клиента, ожиданий пациента от лечения, а также от его финансовых возможностей.

Большинство людей пользуются государственной системой здравоохранения и застрахованы по программе ОМС. Тем не менее, могут возникнуть случаи, когда полиса ОМС бывает недостаточно для разрешения проблемной ситуации человека. Особенно это касается незащищенных слоев населения (неработающих пожилых людей, детей, инвалидов), которые в вопросах здоровья целиком и полностью полагаются на действия государства. Часто случается, что ОМС не способно в полном объеме обеспечить качественными и доступными медицинскими услугами. Решением сложившейся проблемы может стать приобретение полиса ДМС.

В последнее время с развитием экономики заметно увеличивается финансирования обязательного медицинского страхования и наблюдается рост страховых сборов по добровольному медицинскому страхованию. В России добровольное медицинское страхование появилось в 1991 году, и на данный момент времени занимает десятую часть всех имеющихся страховых взносов.

В настоящее время вопросы теории и практики медицинского страхования нашли отражение в трудах таких авторов, как А.П. Архипов, Ю.Т. Ахвледиани, С.В. Ермасова, Л.Г. Скамай, И.А. Сударикова, В.В. Шахов.

Проблемы развития системы ОМС в России представлены в трудах Е.Н. Валиевой, И.А. Гареевой, Т.В. Дудиной, Е.Г. Князевой, В.Д. Роика, В.В. Фоменко, Ю.Т. Шарабчиева, В.А. Шелякина.

Вопросы частной системы здравоохранения рассматриваются в трудах таких авторов, как Д.В. Михальченко, Е.Г. Потапчик, Е.В. Селезнева, В.А. Шаховой, С.В. Шишкин.

Проблемы развития ДМС, его преимущества и недостатки, возможные перспективы развития затрагиваются в трудах А.П. Архипова, С.Ю. Ворониной, К.А. Гуриной, Е.П. Жилиевой, Н.М. Заика, К.К. Касимовского, И.А. Судариковой, Б.И. Трифонова, Л.К. Улыбиной, С.В. Шишкина.

Целью исследования является определение места ДМС в российской системе здравоохранения, рассмотрение его как часть государственной системы здравоохранения, повышающей качество медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

- проанализировать нормативно-правовое регулирование страховой деятельности;
- охарактеризовать правовые основы страхования;
- выявить формы страхования;
- охарактеризовать договоры в сфере страхования;
- произвести анализ современного состояния российского рынка добровольного медицинского страхования;
- выявить и охарактеризовать основные проблемы развития добровольного медицинского страхования в России;
- проанализировать перспективы развития добровольного медицинского страхования в России.

Объектом исследования работы служит институт добровольного медицинского страхования.

Предметом исследованию выступают гражданско-правовые отношения, которые регулируют отношения, возникающие в сфере добровольного медицинского страхования.

Методологическую основу бакалаврской работы составили общенаучные и частно-научные методы познания, также применяются исторический, аналитический, социологический, формально-юридический методы. Так, например, исторический метод позволит выявить историю становления и закрепления законодательства личного страхования. Благодаря социологическому методу можно выявить анализ и тенденцию развития, на современном этапе, добровольного личного страхования. Формально-юридический метод используется для анализа нормативно-правовых актов, регулирующих данный вопрос.

Нормативно-правовую основу исследования данной темы составили: Конституция Российской Федерации, Гражданский кодекс Российской Федерации, федеральные законы и подзаконные акты Российской Федерации.

Структура выпускной квалификационной работы определена ее целью и задачами и состоит из введения, трех глав, разделенных на семь параграфов, заключения, списка использованной литературы и используемых источников.

## **Глава 1 Правовое регулирование страховой деятельности**

### **1.1 Нормативно-правовое регулирование страховой деятельности**

В текущее время страхование становится одним из основных рыночных устройств социальной стабильности и обеспечения достойного качества жизни. В экономическом механизме развитого государства, страхование – принципиальный и необходимый элемент, который обеспечивает финансовую стабильность и безопасность общества, эффективную защиту имущественных интересов физических и юридических лиц от экономических, технологических, природных и других рисков. Кроме того, страхование является важным элементом финансовой системы общества.

Российская Федерация через свои законодательные органы обязуется осуществлять контроль над юридическими отношениями, которые затрагивают сферу договорного права. В их число входят и страховые отношения. В нашей стране создан правовой механизм, обеспечивающий регулирование таких видов отношений путем принятия специальных нормативных актов, в которых закреплены основные положения о правовом статусе страхователя и страховщика, о сфере деятельности страховых организаций, мерах государственного принуждения за ненадлежащее исполнение положений законодательства. В рамках проведения исследования необходимо рассмотреть ряд нормативных правовых актов, выявить их юридические особенности и провести анализ роли государственных органов в обеспечении законности страховых отношений.

Все нормативные правовые акты, издаваемые органами государственной власти в сфере страховых отношений, подразделяются в зависимости от состава участников правоотношений.

Так, например, Закон Российской Федерации от 27.11.1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – законодательный акт, принятый непосредственно федеральными органами

власти [25]. В нем закреплены основные положения о регулировании страховой деятельности в РФ, которые обязаны соблюдать все субъекты правоотношений в рассматриваемой сфере, следовательно, он направлен на неопределенный круг лиц. В свою очередь, положения о принятии единого реестра субъектов страхового дела, разработанные и принятые органами ФССН, регулируют деятельность уже не всех участников страховых отношений, сфера деятельности этого нормативно-правового акта направлена только на субъекты страхового дела. Однако, поскольку эти правила адресованы не конкретному страховщику, а всем, то они являются нормативным правовым актом в сфере страхования.

Также необходимо отметить, что в целях накопления страховых отчислений по различным видам обязательного страхования создаются специализированные внебюджетные фонды (средства, находящиеся на их балансе, не являются государственными).

Каждый внебюджетный фонд страхования имеет филиалы в субъектах Российской Федерации, однако если региональные органы власти создают специальные законодательные акты, которые регулируют деятельность фондов страхования на территории региона, такие акты юридически ничтожны.

Все нормативные правовые акты, регулирующие страховые отношения, можно разделить на нормативные акты, адресованные всем потенциальным участникам страховых отношений, и нормативные акты, адресованные только страховщикам и регламентирующие их деятельность. Рассматриваемые правовые акты получили название «специальные регламенты надзорных органов».

В систему нормативных актов, которые регулируют деятельность всех субъектов страхования, входят следующие правовые документы. Основой регулирования страховой деятельности являются положения Гражданского кодекса РФ, а именно главы 48 [12]. Следующим по уровню является специальный Федеральный закон «Об организации страхового дела в

Российской Федерации». Но поскольку этот закон принят значительно раньше ГК РФ, то в нем много норм, ныне не соответствующих последнему.

Подводя итоги исследования, необходимо отметить, что законодательная база Российской Федерации в сфере страхования имеет четкую структуру правового регулирования. Помимо специального Федерального закона, страховую деятельность граждан и юридических лиц регулируют и отраслевые источники права, например, Гражданский кодекс РФ. Принцип федеративности нашей страны нашел отражение и в регулировании страховой сферы.

Актуальность темы исследования видится в том, что лицо, не имея возможности полностью обезопасить себя от многочисленных рисков, связанных с причинением вреда жизни, здоровью или имуществу, стремится уменьшить их неблагоприятные последствия.

Так, согласно статье 2 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27. 11. 1992 года № 4015-1, страхование – это отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков [25].

В современном мире существует множество рисков, способных нарушить привычную жизнь людей. Одним из наиболее действенных способов обеспечения защиты интересов населения при возникновении различных форс-мажорных ситуаций является страхование. Именно данный вид финансовой деятельности позволяет физическим и юридическим лицам получить гарантию возмещения ущерба, возникшего в результате определенных обстоятельств.

Страхование, являясь одним из методов управления риском, обеспечивает уменьшение уровня социальной напряженности в обществе, позволяет населению возместить возможный ущерб, сохранить накопления и

активизировать инвестиционную деятельность. Данный механизм способствует не только повышению стабильности жизнедеятельности отдельных граждан, но благоприятно влияет на развитие экономики страны в целом.

«Под страхованием понимают вид экономических отношений, обеспечивающих защиту интересов физических и юридических лиц от негативных последствий наступления различных событий за счёт денежных фондов, созданных посредством уплаты страховщиками страховых взносов» [16, с. 540].

Объектом страхования могут выступать различные имущественные интересы, которые не противоречат законодательству РФ. Например, можно застраховать интересы, касающиеся личности страхователя, его собственности и деятельности. Чтобы риск можно было застраховать, он должен соответствовать основным критериям страховой деятельности: вероятности и случайности.

Смысл страхования заключается в перекладывании физическим или юридическим лицом риска возможных потерь на страховую компанию. Ключевыми участниками страхового рынка являются страховые организации (страховщики) и страхователи.

Страховщик – это юридическое лицо, которое осуществляет страховую деятельность на основании лицензии и берет на себя обязательство компенсировать убытки, произошедшие в ходе наступления страхового случая.

Под страховым случаем понимают наступление застрахованного риска. Иными словами, это событие, после наступления которого страховая компания обязана произвести страховую выплату.

Страхователем признается физическое или юридическое лицо, которое заключает договор о страховании рисков и обязуется осуществлять уплату страховых взносов. Обычно при личном страховании страхователь является одновременно и застрахованным лицом, и выгодоприобретателем. Однако

страхователь не всегда является застрахованным лицом и выгодоприобретателем, страхователь может указать в договоре страхования другое лицо в качестве застрахованного и выгодоприобретателя.

Застрахованным признается то лицо, чьи риски страховщик будет покрывать в ходе наступления страхового случая. Так, в качестве примера можно привести заключение работодателем договора негосударственного пенсионного страхования в пользу своего работника. В этом случае страхователем является работодатель, а застрахованным лицом – работник. Выгодоприобретатель – это лицо, в пользу которого осуществляется страховая выплата.

Например, выгодоприобретателем может быть указан кредитор при страховании заемщиком жилья, купленного в ходе ипотечной сделки. Страхователем в этом случае является заемщик, а выгодоприобретателем при наступлении страхового случая будет выступать кредитор.

Страховщик и страхователь заключают договор страхования, в котором прописываются права и обязанности каждой стороны. Оформив договор страхования, страховая компания выдает страхователю страховой полис.

Нормы, регулирующие гражданско-правовые отношения между страховщиком и страхователем, включены в главу 48 «Страхование» самостоятельного Раздела IV Второй части Гражданского кодекса Российской Федерации. Это обусловлено тем, что законодатель очертил круг правоотношений, устанавливаемых нормами права между участниками правоотношений.

Помимо норм кодифицированного акта есть и отдельный закон федерального уровня, а также специальные нормативные правовые акты, регулирующие отдельные виды страхования. И все эти нормы регулируют как частноправовые, так и публично-правовые отношения между страховщиком и страхователем, и в некоторых случаях участвующими в этих правоотношениях третьими лицами. Как известно, между страховщиком и

страхователем есть обязанности в силу устанавливаемого обязательства, в котором есть должник и кредитор.

Ряд исследователей полагают, что страховая услуга сводится к выплате страхового возмещения в виде денег. Так, Т.Н. Вязовская отмечает: «Предмет договора страхования – это специфическая услуга, представляющая собой деятельность страховщика по выплате страхового возмещения (страхового обеспечения) в случае наступления предусмотренного в договоре события (страхового случая)» [9, с. 86].

Однако мы считаем, что не всегда страховая услуга, носящая длящийся характер, может иметь в качестве своего результата выплату страхового возмещения (страхового обеспечения), поскольку страховой случай наступает не всегда. Л.Ю. Грудцына и А.А. Спектор к предмету договора страхования относят «обязательство страховщика уплатить определенную сумму денег при наступлении страхового случая» [13, с. 255]. Но, во-первых, у страховщика в договоре страхования обязанности, а не обязательство, и «обязательство», и «обязанность» - разные категории; а во-вторых, страховщик не всегда выплачивает деньги, а только при наступлении оговоренного в договоре страхового случая.

Вопрос о предмете договора страхования является одним из актуальных не только в научной среде. Он обозначен и в «Концепции развития положений части второй Гражданского кодекса Российской Федерации о договоре страхования», одобренной решением Совета при Президенте РФ по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства (далее – Концепция) [22]. Говоря о выплатах страхового возмещения в натуральной форме при различных видах страхования, разработчики Концепции в качестве предмета договора страхования подразумевают денежную сумму или имущество. При этом в Концепции указывается, что форму натурального возмещения необходимо расширить в виде предоставления заменяющего имущества или ремонта поврежденного имущества, предоставления вещи того же рода и качества, исправления поврежденной вещи и т.п.

В договоре страхования предметом являются действия страховщика по оказанию услуги страхования, и эта услуга не всегда включает в себя денежное или натуральное возмещение. Услуга страхования, по нашему мнению, это осуществление страховой защиты или предоставление страхового обеспечения (в зависимости от вида страхования) в течение определенного договором срока. А само осуществление выплат как составная часть услуги страхования возможна только при наступлении страхового случая. Причем, как мы считаем, при страховании от негативного страхового случая при его наступлении страховщик осуществляет выплату страхового возмещения, а при страховании, например, на дожитие, когда страховой случай позитивен, страховщик будет осуществлять выплату страхового обеспечения.

Именно об этом и пишет Е.А. Голубева: «При имущественном страховании страховая выплата принимает форму страхового возмещения, которое должно соотноситься с действительной стоимостью застрахованного имущества. В личном страховании она предстает как страховое обеспечение» [11, с. 176].

Автор, отмечая, что «предметом договора страхования является особого рода услуга, которую страховщик оказывает страхователю и которая воплощается в несении страхового риска в пределах страховой суммы», констатирует: «Ни ГК, ни Закон об организации страхового дела не используют термин «предмет договора страхования» [11, с. 176]. При этом отождествляя эти два понятия, Е.А. Голубева отмечает, что «нет никаких оснований проводить различия между этими понятиями» [11, с. 178].

Мы с этой позицией автора не согласны, так как категории «объект» и «предмет» изначально не могут быть тождественными. По этому поводу справедлива позиция таких авторов, как В. Е. Егоров, И. В. Хярм: «к объекту договора относится то, по поводу чего возникают договорные отношения» [15, с. 123].

Авторы указывают, что «законодатель предписывает сторонам четко определять в договоре объекты окружающего мира, то есть объект договора,

в отношении которых возникают права и обязанности» [15, с. 123], и соответственно «предметом договора являются действия сторон, возникающие по поводу объекта, которые порождают установление, изменение или прекращение договорных прав и обязанностей» [15, с. 124].

Резюмируя изложенное выше, можно сделать вывод о том, что предмет договора страхования – это те действия страховщика по оказанию услуги страхования, по поводу чего заключается договор и то, что ожидает получить кредитор взамен за определенную плату. Причем эта услуга длится в течение определенного договором срока, и может включать осуществление выплат как составную часть услуги страхования, которая возможна только при наступлении страхового случая. При страховании от негативного страхового случая при его наступлении страховщик будет осуществлять выплату страхового возмещения, а при наступлении позитивного страхового случая страховщик будет осуществлять выплату страхового обеспечения.

Популярность страхования возросла в 2021 году. Так, согласно данным ЦБ РФ за 9 месяцев 2021 года сборы страхового рынка составили 1,36 трлн рублей, что больше прошлогоднего значения на 220,237 млрд рублей или на 19,4%. Однако стоит учесть, что и объем страховых выплат в 2021 году относительно 2020 года вырос на 122,726 млрд рублей или на 26,4%. Так как темп роста страховых выплат в 2021 году превысил темп роста объема страховых взносов, уровень выплат в 2021 году вырос на 2% и составил 43% [31].

Таким образом, рынок страхования в настоящее время является одним из ключевых финансовых инструментов, способных обеспечить защиту имущественных интересов физических и юридических лиц от различных рисков. Страхование играет важную роль в снижении уровня социальной напряженности в обществе и позволяет обеспечить стабильность экономических отношений.

## 1.2 Формы медицинского страхования

Успешное функционирование страхового рынка в России напрямую зависит от наличия эффективной системы государственно-правового регулирования страховой деятельности, а также от совершенствования нормативно-правовой базы в сфере страхования.

Глава 48 Гражданского кодекса Российской Федерации [12], а также Закон Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» устанавливают основные положения, регулирующие отношения между лицами, осуществляющими страховую деятельность.

В соответствии с пунктом 1 статьи 2 Закона РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации», страхование – это отношения по защите интересов физических и юридических лиц Российской Федерации, субъектов, входящих в состав Российской Федерации, и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет средств, формируемых страховыми организациями из уплаченных страховых взносов.

Виды страхования различаются в рамках конкретной страховой отрасли, которая разрабатывает свой собственный набор условий страхования в качестве нормативной базы. Страхование осуществляется путем заключения договора и выдачи страхового свидетельства (страхового полиса).

Разделение страхования на отрасли основано исключительно на объекте страхования. Такое деление не позволяет выявить страховые интересы физических и (или) юридических лиц, которые являются первоначальными основаниями для страхования.

Чтобы конкретизировать эти интересы как теоретически, так и на практике, стали выделять подотрасли страхования и виды страхования [7, с. 41].

Страховая практика знает только две формы страхования – добровольное и обязательное.

Добровольное страхование – это свободное волеизъявление застрахованного. В этом случае права и обязанности сторон будут регулироваться договором страхования.

Условия и порядок осуществления обязательного страхования устанавливаются федеральными законами об отдельных видах обязательного страхования. В этом случае отсутствуют страховые периоды, и страховая ответственность начинает функционировать автоматически с момента возникновения определенной ситуации.

Данная форма страхования, установленная законом, обязывает страховщика застраховать соответствующие объекты (исчерпывающий перечень которых приведен в законодательстве), а страхователя – произвести страховую выплату.

«Заключение договора страхования осуществляется в несколько этапов, которые подлежат обязательному документальному оформлению. Основными этапами являются:

- подготовка заявления;
- осмотр застрахованного имущества;
- оформление договора страхования» [9, с. 86].

На каждом этапе составляются документы, регламентирующие процесс заключения договора.

Договор страхования – это гражданско-правовая сделка, которая осуществляется в письменной форме. В противном случае он будет считаться недействительным. Это правило не относится к договору обязательного государственного страхования (статья 940 ГК РФ).

Основными различиями между обязательным и добровольным медицинским страхованием являются вид объекта страхования и размер ответственности.

В случае возникновения обязательства из обязательного медицинского страхования, законом на указанных в нем лиц возлагается обязанность

страховать в качестве страхователей жизнь, здоровье перед другими лицами за свой счет или за счет заинтересованных лиц (статья 927 ГК РФ).

Несколько иначе сформулированы эти положения в Законе РФ «Об организации страхового дела в Российской Федерации». В частности, в ст. 3 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» отмечается, что основанием для возникновения добровольного страхования является договор и правила страхования. Что касается обязательного страхования, то закон содержит отсылочную норму к другим федеральным законам. Таким образом, можно признать, что в соответствии с Гражданским кодексом РФ основанием для добровольного медицинского страхования является договор, а в соответствии с законом «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – договор и правила страхования. Согласно нормам ГК РФ, основанием обязательного медицинского страхования является договор, а согласно Закона «Об организации страхового дела в Российской Федерации» – закон.

В случае обязательного медицинского страхования законом устанавливается особая обязанность по заключению договора страхования для конкретных лиц. Как правило, это одно лицо, но в некоторых случаях законом оговаривается обязанность заключить договор как для страхователя, так и для страховщика. Эта обязанность установлена, в частности, законом «Об основах обязательного социального страхования» (ст. 6 и 9 Закона).

В то же время следует отметить, что в основе страховой ответственности лежит не само право, а сложная правовая структура (служба в этих органах и возникновение деликтной обязанности).

Следует отметить, что в этом и некоторых других случаях речь идет об обязательном государственном страховании, которое является разновидностью обязательного страхования. В отличие от обязательного страхования, объект страхования является социально значимым для государства и интересов общества; может осуществляться непосредственно на основании закона, то есть не требует заключения договора; проводится за счет

средств бюджетов соответствующего уровня; страхователи и страховщики строго указаны в законе; застрахованные лица, как правило, государственные служащие.

Таким образом, основой правоотношения добровольного медицинского страхования является договор, а основой обязательного медицинского страхования является либо договор, либо сложная правовая конструкция, предусмотренная специальным законом (но не сам закон). Основой возникновения обязательного государственного страхования является сложная правовая структура.

Сравнивая две формы страхования, можно отметить, что обязательное медицинское страхование формируется на основе законодательного требования, которое также определяет объекты и риски страхования. Условия договора непосредственно регулируются законом, и сам договор играет вспомогательную роль.

Добровольное медицинское страхование возникает в связи с волеизъявлением сторон, а юридическим фактом будут действия сторон, выражающие его. Риски страхования определяются по усмотрению сторон. Условия договора также устанавливаются соглашением сторон.

## **Глава 2 Характерные особенности добровольного медицинского страхования**

### **2.1 Сущность добровольного медицинского страхования**

Основным нормативным правовым актом Российской Федерации, регулирующим обязательное медицинское страхование, является Федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» [26].

В соответствии с пунктом 3 статьи 2 Гражданского кодекса Российской Федерации к институту обязательного медицинского страхования общие положения договора страхования не применяются.

Пункт 3 статьи 4 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» регламентирует, что обязательное медицинское страхование, является разновидностью персонифицированного страхования, непосредственным объектом которого определяется интересы имущественного характера, вследствие организации и оказания медицинской и профилактической помощи [25].

Нормативное правовое пространство Российской Федерации не содержит формально-определенных норм, регулирующих добровольное медицинское страхование.

В этой связи, законодатель рекомендует при рассмотрении института добровольного медицинского страхования руководствоваться общими положениями главы 48 Гражданского кодекса Российской Федерации и главы 1 Закона Российской Федерации от 27 ноября 1992 года № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации».

Основополагающие условия сущностного характера добровольного медицинского страхования определяются правилами страхования и страховыми программами.

Добровольное медицинское страхование систематизируется на основании двух договоров гражданско-правового характера:

- договора добровольного медицинского страхования, заключаемого между страховщиком и страхователем;
- договора о предоставлении услуг медицинского и лекарственного характера, заключаемого между стороной страховщика и медицинскими организациями.

В рамках добровольного медицинского страхования предоставляются услуги, исключительно предусмотренные страховыми программами. Кроме того, добровольное медицинское страхование включает в себя и иную помощь, не связанную с медицинской, в случае если это регламентировано правилами страхования.

Вместе с тем, в договоре добровольного медицинского страхования может содержаться условие, в соответствии с которым медицинскую помощь могут оказывать и иные медицинские организации, при условии предварительного согласования со стороной страхователя.

Согласно пунктам 2, 3 и 9 постановления Пленума Верховного Суда Российской Федерации от 28 июня 2012 № 17 «О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей», к отношениям, складывающимся между сторонами договора добровольного медицинского страхования, могут применяться положения законодательства Российской Федерации о защите прав потребителей [27].

С учетом изложенного регламентируются, что институт добровольного медицинского страхования носит неоднозначный характер, в этой связи нуждается в более детальной разработке.

В противном случае, коллизионность данного института может повлечь за собой большие правовые издержки в сфере гражданско-правового оборота.

Д.А. Сторожук считает, что «также, как и ОМС добровольное медицинское страхование имеет ту же социальную цель, гарантирующую гражданам получение медицинской помощи путем страхового

финансирования. Но данная совместная цель достигается этими системами различными средствами.

Во-первых, ДМС это отрасль коммерческого страхования, что отличает ее от социального ОМС, а также имеет отношение к личному страхованию одновременно со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев.

Второе отличие заключается в том, что система ДМС второстепенная по отношению к ОМС, она дает возможность гражданам получить медицинские услуги сверх программ ОМС.

В-третьих, хотя обе системы относятся к страховым, но ОМС применяет принцип солидарности, ДМС - страховой эквивалентности. По договору ДМС застрахованное лицо приобретает разные медицинские услуги в размерах страховой премии.

В-четвертых, участие в программах ДМС не регулируется государством и исполняет потребности и возможности каждого гражданина отдельно или коллектива в целом» [34, с. 116].

Социально-экономическое значение ДМС состоит в том, что оно максимально дополняет гарантии, используемые в пределах социального обеспечения и социального страхования, до тех стандартов, которые могли бы действовать в настоящее время. В данном случае имеется в виду применение дорогостоящего лечения, диагностирования заболеваний, применение высоких технологий и благоприятных условий диспансеризации.

Таким образом, можно сказать, что добровольное медицинское страхование позволяет гражданам пользоваться многими медицинскими услугами, не входящими в программы обязательного медицинского страхования и более высокого качества. Заключая договор страхования, гражданин имеет право выбора более престижного лечебного учреждения, проходить обследование в лучшие условиях, при этом оплату за все это производит компания-страховщик.

## 2.2 Зарубежный опыт добровольного медицинского страхования

Форма добровольного медицинского страхования более развитой является в США. В настоящее время в США около двух тысяч компаний осуществляет медицинское страхование, а в системе добровольного медицинского страхования задействовано больше 160 миллионов граждан, что составляет 70 процентов всего населения страны.

Американское здравоохранение принято считать самым затратоемким в мире, при этом две третьих части финансирования приходится на добровольное медицинское страхование. Наибольшую долю от всего объема добровольного медицинского страхования в Америке занимает корпоративное, которое охватывает большинство фирм, осуществляющих его для своих сотрудников. Все добровольное медицинское страхование реализуется работодателями. Больше всего встречается страхование от болезней. Но не все американские служащие имеют страховку, в основном этот вид страхования применяют крупные компании [5, с. 397].

Распространено несколько видов медицинского страхования. Часто встречающимся служит компенсационное страхование или страхование «платы за услуги». Сущность его заключается в том, что страховая премия оплачивается работодателем в страховую компанию за индивидуального работника, имеющего страховой полис. Страховая компания вносит платежи по предоставленным чекам от медицинского учреждения. Чаще всего страховые компании вносят 80 процентов из всей суммы расходов за медицинскую помощь, оставшиеся оплачивает застрахованное лицо из своих доходов [35].

Действует еще один вид страхования, так называемый «управляемых» услуг. Он пользуется спросом у американцев. Его суть состоит в том, что страховая компания подписывает контракты с врачами, другими медицинскими работниками, медицинскими учреждениями на оказание всех услуг, предусмотренных данным видом страхования. Им всем выплачивается

конкретно установленная сумма за каждого застрахованного. Различия между указанными видами страхования заключаются в объемах стоимости оплачиваемых услуг. В итоге, для первого вида характерным является заинтересованность медицинских работников в большом количестве клиентов и оказании им дополнительных услуг, а во втором случае клиенты не получают больше процедур, чем им назначено.

Американская медицина, включая добровольное медицинское страхование, охраняет здоровье пациентов, оплачивая оказанные услуги, и гарантирует качество лечебных процедур с применением классических лекарств. Страховые компании не будут оплачивать медицинские услуги и помощь с использованием нетрадиционных лекарственных препаратов и видов лечения. Страховая медицина не считает их эффективными [23, с. 71].

Интересным представляется опыт развития системы ДМС в скандинавских странах. Скандинавские страны представляют собой государства с налоговым финансированием здравоохранения и всеобщим доступом к услугам здравоохранения. Очень немногие службы здравоохранения исключены из того, что предлагается в рамках системы здравоохранения, финансируемой государством. Тем не менее, рынки добровольного частного медицинского страхования стремительно расширяются.

Финская система общественного здравоохранения включает три финансовые составляющие.

Первая часть - это налоговое финансирование, управляемое в основном муниципалитетами.

Вторая часть - система обязательного медицинского страхования. Она охватывает всех постоянных жителей Финляндии. Финансируемая ОМС система в основном предоставляет те же услуги, что и финансируемые за счет налогов. Однако время ожидания получения медицинских услуг намного короче, чем в системе, финансируемой за счет налогов, но со-платежи значительно выше.

Третья часть заключается в том, что работодатели обязаны организовывать профилактические службы гигиены труда для своих сотрудников. Многие работодатели также оплачивают медицинские амбулаторные услуги для своего персонала. Эти услуги частично возмещаются Национальной медицинской страховкой [1, с. 46].

Норвегия характеризуется полудифференцированной системой здравоохранения. Муниципалитеты несут ответственность за первичную помощь, тогда как центральное правительство, представленное четырьмя региональными органами здравоохранения, регулирует оказание специализированной помощи. Как первичная, так и специализированная помощь финансируется за счет налогов.

В Швеции ответственность за финансирование и предоставление медицинских услуг лежит на окружных советах регионов, в то время как муниципалитеты должны обеспечивать уход за престарелыми и одинокими людьми. Большинство медицинских услуг финансируется за счет местного налогообложения и, в отличие от Дании и Норвегии, окружные советы имеют право собирать собственные налоги.

В последние годы в политике многих стран в области здравоохранения произошли изменения, обусловленные мировым экономическим кризисом [24, с. 129].

Правительства стран Северной Европы провели реформы, направленные на устранение проблем, связанных как со спросом, так и с предложением медицинских услуг в секторе здравоохранения, суть которых состояла в решении вопросов ограниченных возможностей системы здравоохранения в плане предоставления различных медицинских услуг и длительного времени ожидания получения данных услуг. Однако, не все реформы увенчались успехом. Реформы в области спроса на медицинские услуги обычно подразумевают увеличение платежей из собственного кармана и расширение расходов на услуги, частично покрываемые государственной системой. Главным обоснованием необходимости дополнения государственных

расходов на здравоохранение частными источниками заключалось в том, чтобы люди реально начали осознавать стоимость медицинских услуг, тем самым предотвращая избыточность спроса на медицинские услуги. Кроме того, платежи из собственного кармана также увеличат финансовые ресурсы, доступные для сектора здравоохранения.

Одним из примеров такой политики является стимулирование роста добровольных частных страховок здоровья путем введения налоговых льгот для сотрудников и работодателей.

При этом схемы ДМС, которые внедряются в скандинавских странах также, как и в России, в основном являются дополняющим или дублирующим в отношении системы общественного здравоохранения. То есть, схемы ДМС покрывают платежи за услуги, которые только частично финансируются за счет системы общественного здравоохранения (дополняющие) или обеспечивают льготный доступ к лечению, которые также доступны бесплатно в рамках системы общественного здравоохранения, но часто их оказание предполагает некоторое время ожидания. Кроме того, некоторые из схем ДМС также предлагают дополнительные медицинские услуги. То есть услуги, не охваченные системой общественного здравоохранения [1, с. 47].

При существующих различиях в организации и правилах деятельности, каждая из них обращена на разрешение единой задачи - предоставление недорогой, высококвалифицированной медицинской помощи всему населению стран. Это, в свою очередь, могло бы быть позитивным примером применения действенной и рациональной системы медицинского страхования в условиях структурных изменений в экономической и социальной сферах Российской Федерации. Практический опыт развитых стран показывает необходимость и большое значение добровольного медицинского страхования. Именно данная страховая система является реальным результативным инструментом финансирования здравоохранения. В России развитие добровольного медицинского страхования, невзирая на высокую степень востребованности, сопрягается со многими преградами.

## **Глава 3 Анализ современного состояния и практика добровольного медицинского страхования**

### **3.1 Анализ современного состояния российского рынка добровольного медицинского страхования**

Добровольное медицинское страхование появилось сравнительно недавно. Толчком для его развития послужили проблемы в государственной системе здравоохранения в 90-е годы, когда государству стало трудно выполнять свои обязательства по обеспечению гражданам бесплатной медицинской помощью в рамках обязательного медицинского страхования (далее – ОМС). Несмотря на то, что практически все население застраховано по программе ОМС, она предоставляла только необходимый минимум услуг, что не удовлетворяло полностью запросам всего населения.

Люди стали искать выход из сложившейся ситуации. Стала развиваться рыночная экономика, появилась частная система здравоохранения. Вместе с этим параллельно происходит становление системы добровольного медицинского страхования (далее – ДМС). На рынке появлялось все больше страховых компаний, предоставляющих клиентам свои услуги.

Недостатки системы ОМС, о которых ранее уже говорилось в данной работе, такие как, например, долгое ожидание медицинской услуги, трудность попасть на прием к специалисту или ограниченная доступность лекарственного обеспечения для некоторых категорий больных приводят к тому, что вопрос становления системы добровольного медицинского страхования становится достаточно актуальным и приобретает важное социальное значение.

Как отмечает Ю.Т. Ахвледиани, добровольное медицинское страхование предназначено «для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально гарантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами» [37, с. 8].

По мнению С.Ю. Ворониной «развитие системы добровольного страхования граждан именно в контексте социальной политики государства может стать выходом, что позволит создать дополнительную по отношению к ОМС систему страховой защиты населения, повышающую качество медицинских услуг и предоставляющую повышенные социальные гарантии» [8, с. 68].

Система ДМС действует во многих западных странах. Так, К.К. Касимовский, Е.П. Жилиева, Н.М. Заика приводят пример промышленно развитых стран, таких как Канада, Испания, Великобритания и др., где «правительства применяют различные меры, чтобы использовать частную медицину и ДМС в целях снижения нагрузки на государственные службы здравоохранения и расширить возможности получения своевременной и качественной медицинской помощи для населения. Например, в Австралии государство уже длительный период времени посредством предоставления субсидий поощряет приобретение населением полисов ДМС» [20, с. 35].

Система ДМС подобно государственной системе здравоохранения преследует общую цель – предоставление населению гарантии получения медицинской помощи в случае заболевания или травмы. Тем не менее, способы для достижения данной цели различаются, так как ДМС относится к частной системе здравоохранения.

Рассмотрим субъекты ДМС, а именно, страховщика, страхователя, застрахованное лицо и медицинскую организацию. При индивидуальном страховании в качестве страхователя выступают физические лица, которые заключают со страховой компанией договор за счет собственных средств. При коллективном страховании, страхователем является предприятие или организация, заключающая договор ДМС для своих работников.

Страховщиком же в обоих случаях признается страховая компания. В роли застрахованного лица выступает физическое лицо, в пользу которого заключается страховой договор. Если страхователем является физическое лицо, а не организация, то оно может быть одновременно застрахованным

лицом. Медицинскими организациями выступают различные лечебно-профилактические учреждения (далее – ЛПУ), заключающие соглашения со страховыми компаниями об обслуживании физических лиц в рамках ДМС.

«ДМС может быть индивидуальным и коллективным (корпоративным). В соответствии с этим фонды добровольного медицинского страхования образуются за счет страховых взносов предприятий, организаций и других хозяйствующих объектов или за счет страховых взносов различных групп населения и отдельных граждан» [17, с. 622].

В сегменте ДМС значительно преобладает коллективное страхование. В основном ДМС приобретает предприятия для своих сотрудников, заботясь об их здоровье. Здоровый работник показывает более высокую производительность труда, что в конечном итоге влияет на прибыль и финансовое благополучие компании. Самостоятельно приобретает ДМС, как правило, небольшой процент населения, у которого присутствуют некоторые проблемы со здоровьем [24, с. 112].

И.А. Сударикова пишет: «Рынок ДМС в России сосредоточен исключительно в корпоративном секторе, по оценкам экспертов, объем продаж физическим лицам не более 2%. Официальная статистика показывает долю ДМС физических лиц около 5%, но значительную часть этих договоров составляют полисы родственников застрахованных по корпоративным программам» [36, с. 38].

Отдельного законодательства, регулирующего организацию ДМС, на сегодняшний день нет. В связи с принятием нового Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», был отменен старый закон, координирующий систему ДМС.

На данный момент гражданско-правовые отношения в сфере ДМС регулируются Гражданским кодексом РФ и Федеральным законом от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации» которые содержат лишь общие положения о договорах страхования, а также правилами ДМС и внутренними документами, утверждаемыми в различных

страховых компаниях. Добровольное медицинское страхование выступает как вид личного страхования наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев и болезней, принципы личного страхования устанавливает Гражданский кодекс.

Право на обращение и получение медицинской помощи в медучреждениях дает полис ОМС. Срок его действие регулируется страховой компанией, обычно он составляет 1 год со дня заключения договора между страхователем и страховщиком. По полису можно прийти в любое ЛПУ, с которым у страховщика заключено соглашение о сотрудничестве. Поэтому даже находясь за пределами собственного города и региона, человек может иметь возможность обратиться по полису ДМС в медучреждение, если клиника является сетевой.

По полису ДМС пациент получает большее разнообразие выбора в плане лечебного учреждения или врача-специалиста, чем по полису ОМС. Предоставляемая пациенту в лечебно-профилактическом учреждении по полису ДМС медицинская помощь будет отличаться высоким качеством, соразмерным с частными медицинскими клиниками. Стоимость полиса зависит от объема медицинских услуг, включенных в программу ДМС, возраста застрахованного лица, имеющихся у него заболеваний, статуса лечебных учреждений и размера страхового покрытия. Чем больше данные показатели, тем стоимость страховой программы будет выше.

Программы ДМС имеют разнообразную наполняемость и составляются в зависимости от пожеланий и потребностей клиентов. В отличие от полиса ОМС, предоставляющий стандартный объем медицинской помощи, полис ДМС предоставляет пациенту дополнительные возможности. Существуют минимальные программы ДМС и расширенные.

Как правило, в страховые программы ДМС включают стационарное лечение, скорую медицинскую помощь, амбулаторно-поликлиническую помощь, вызов врача на дом и стоматологию. В стационарное лечение по полису ДМС входит улучшенное, по сравнению с ОМС, содержание в

стационаре, включающее пребывание в одноместной или двухместной палате, питание, наблюдение специалистов, различные формы терапии, в том числе реабилитационные мероприятия.

По программам ДМС предусматривается экстренная госпитализация и проведение операций, послеоперационный уход. Амбулаторно-поликлиническая помощь содержит в себе консультацию врача-терапевта и специалистов других профилей, оформление больничных листов, справок, рецептов на приобретение лекарственных препаратов, проведение различных типов диагностики с использованием современных технических средств и т.д.

По словам А.П. Архипова, «программы содержат в среднем около 30 профильных врачей, включают таких специалистов, как терапевт, невролог, эндокринолог, уролог или гинеколог, кардиолог, офтальмолог. Все зависит от той страховой программы, которую выбирает клиент» [4, с. 43].

В число стоматологических услуг по полису ДМС включаются консультации врачей-стоматологов различного профиля, например, хирурга или пародонтолога, анестезию, терапевтическое лечение (лечение кариеса и пульпитов, удаление нервов), хирургическое лечение (например, удаление зуба, лечение заболеваний пародонта и т.д.), экстренную помощь. В перечень медицинских услуг, как правило, не входит протезирование и имплантация.

Интересным является такое направление как ДМС для беременных. Все чаще страховые компании стали предлагать возможность ведения беременности и родов для будущих матерей. У женщин, которые не хотят получать обслуживание по полису ОМС в женской консультации, есть возможность приобрести полис ДМС для беременных. Такие программы включают осмотры различных специалистов в течение всей беременности, проведение лабораторных и УЗИ-исследований на всех триместрах беременности, посещение курсов для беременных, при необходимости стационарное лечение, разработку планов родов и выбора лечебного учреждения. Данный полис можно приобрести во многих страховых компаниях, например, Ренессанс страхование, Альянс Жизнь, Ингосстрах и др.

В последнее время набирают популярность новые программы добровольного медицинского страхования, позволяющие получить страховую защиту от критических заболеваний, таких как онкология, инсульт, инфаркт миокарда, рассеянный склероз и прочее. В связи с ростом заболеваний, в особенности широким распространением среди населения онкологических заболеваний, данные программы ДМС будут востребованы.

По данным Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена, «в 2016 г. в Российской Федерации впервые в жизни выявлено 599 348 злокачественных новообразований (в том числе 273 585 и 325 763 у пациентов мужского и женского пола соответственно). Прирост данного показателя по сравнению с 2015 г. составил 1,7%» [19, с. 11]. Согласно данным Минздрава, в 2020 году в России было зафиксировано 556 036 пациентов со злокачественными новообразованиями — почти на 84 000 меньше, чем годом ранее. При этом специалисты отмечают, что в 2021-м показатель снова вырос — до почти 791 000 случаев в год.

Страхование от онкологических заболеваний позволяет решить проблему оплаты дорогостоящего лечения. При наступлении страхового случая и обнаружении рака, застрахованное лицо сможет получить профессиональную медицинскую помощь, возможность пройти лечение в лучших отечественных и зарубежных клиниках и поддерживать уровень жизни семьи на прежнем уровне на протяжении всего лечения (в результате потери трудоспособности больного). Программы по страхованию от онкозаболеваний уже предлагают такие страховые компании, как ВТБ Страхование, ВСК, Альфа Страхование, РЕСО-Гарантия и многие другие.

Также развивается новое направление – телемедицина, которое уже входит в программы ДМС некоторых страховых компаний (Росгосстрах, РЕСО-Гарантия, Ренессанс страхование и др.). Телемедицина - уникальная для российского рынка услуга, которая подразумевает медицинскую диагностику специалистами при помощи удаленной связи.

С 1 января 2018 года вступил в силу Закон о телемедицине, благодаря которому стали возможны дистанционные наблюдения, постановка диагнозов, назначение лечения, а также предоставление пациентам электронных рецептов. Телемедицина становится частью программ превентивной медицины, так как благодаря дистанционному мониторингу предоставляется возможность выявить заболевания на ранней стадии. Консультации опытных врачей-специалистов в режиме реального времени позволяют расширить масштабы оказания качественной медицинской помощи на всю страну, дав возможность людям в регионах получать консультации ведущих специалистов. Помимо этого, частично решается проблема оказания медпомощи жителям отдаленных населенных пунктов, где существует проблема нехватки опытных кадров. Использование данной технологии позволяет сделать шаг в будущее для всего здравоохранения, как для государственной, так и частной его системы.

Можно выделить следующие преимущества, которые предоставляет населению система ДМС. Прежде всего, это возможность получить услуги сверх установленных по полису ОМС, которые отличаются высоким качеством. Человек экономит собственное время и силы, не ожидая приема к специалисту в огромных очередях, состоять в списке ожидания на определенную медицинскую услугу. Пациент получает медицинскую помощь, когда ему удобно.

Также страховая компания позволяет клиенту право выбора страховой программы и ее содержания, выбора ЛПУ, где будет проводиться лечение и необходимого специалиста, к которому также можно записаться через интернет, что очень удобно для работающих граждан. В страховой программе будут отображены только те услуги, которые необходимы пациенту, в соответствии с его требованиями и нуждами.

Стоимость приобретения годового обслуживания по программам ДМС будет стоить дешевле, чем обращаться за медицинскими услугами в частные клиники, что выгодно для застрахованных. В случае возникновения спорных

ситуаций, страховая компания стоит на защите интересов своих клиентов и не позволит проведения гипердиагностики, то есть назначения пациенту лишнего лечения, в котором у него отсутствует необходимость и которое может принести только вред. Врачи, работающие в ЛПУ по полису ДМС будут обладать необходимой квалификацией, что снижает вероятность постановки неправильного диагноза и составление неправильного плана медицинского лечения. Медицинская техника, находящаяся в медицинских центрах, обслуживающих по полису ДМС будет более новым и современным, чем во многих государственных ЛПУ, что облегчит проведение исследований и операций.

Если рассматривать приобретение добровольного медицинского страхования как часть корпоративного страхования, то работодатели организаций также получают преимущества. Участие в программе ДМС позволяет работодателю получить льготы по налогообложению, обеспечить своих сотрудников качественной медицинской помощью, снизить заболеваемость путем проведения регулярных вакцинаций. Включение полиса ДМС в состав социального пакета повышает имидж предприятия и делает его привлекательным для работников, способствует снижению текучести кадров.

Как пишут Л.К. Улыбина и К.А. Гурина, «программы ДМС на многих предприятиях, особенно в высокотехнологичных отраслях, рассматриваются уже не только как способ материального стимулирования сотрудников, но и как важный инструмент повышения эффективности бизнеса за счет улучшения здоровья персонала» [14, с. 175].

В случае болезни работника все расходы по восстановлению здоровья берёт на себя страховая компания. Работодатель может заключить со страховой компанией два типа договора – это рисковый и депозитный. При выборе одного из типов договоров, предприятие должно руководствоваться такими факторами, как численность работников и сумма, которую готовы потратить на их страхование. Как правило, рисковый договор выгоден для небольших коллективов, тогда как депозитное страхование ориентировано на крупные предприятия. Как отмечает директор департамента ДМС Северо-

Западного филиала «Росгосстрах» В.М. Посохов, «деPOSITный отличается тем, что страховая компания не берет на себя ответственность более высоких страховых сумм, а берет на себя ответственность в рамках фактически страхового взноса, поэтому тут объем оказываемых медицинских услуг будет гораздо меньше». Также чтобы привлечь и дополнительно мотивировать работников, предприятия предоставляют полис ДМС для родственников сотрудников.

Однако стоимость приобретения полиса физическими лицами остается высокой, он не доступен неработающему населению или лицам с маленьким уровнем заработка. Это является основным препятствием, который не позволяет ДМС стремительно развиваться. Чтобы покрыть возможные убытки, страховая компания вводит повышающий коэффициент, который в том числе зависит от возраста застрахованного человека и наличия у него хронических заболеваний.

Для людей, предрасположенных к ряду заболеваний: онкологическим, сердечно-сосудистым, имеющих психические отклонения, работающие на вредном производстве и т.д., ДМС будет стоить недешево. Данный коэффициент сильно увеличивает стоимость полиса, поэтому для пожилых людей страховка стоит в несколько раз дороже, чем для людей среднего возраста.

По причине этого ДМС в основном приобретают по программам корпоративного страхования по специальной цене для работников предприятий. Полис ДМС исключает возможность лечения социально значимых заболеваний, таких как туберкулез, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, онкология и др. Все это не является страховым случаем. Всю ответственность за лечение данных болезней берет на себя государство, ДМС может только предоставить возможность проведения диагностики.

Развитию ДМС препятствует ряд существующих причин. Для начала стоит выделить общие причины, характерные для всего медицинского страхования, как для обязательного, так и для добровольного. Одна из них -

увеличение числа пожилых людей. По данным Росстата, число людей старше трудоспособного возраста (мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) на начало 2017 года составило 36,69 млн. человек, что выше показателя предыдущего года на 1,9 % (2016 год – 35,99 млн. человек). На 1 января 2021 года численность населения в возрасте старше трудоспособного составляет 36 895,7 тыс. человек (на 1 января 2020 года - 36 628,5 тыс. человек) [30, с. 80]. Проблема «старения» населения и наряду с ней социальной защиты здоровья пожилых людей, обеспечения их медицинскими услугами и компенсации затрат на эти услуги сейчас особенно актуальна для России. В связи с этим стоит возникает другой вопрос, а именно повышение расходов на социальное, в том числе медицинское обслуживание лиц пожилого возраста, разработке соответствующих страховых программ охраны здоровья в рамках систем ОМС и ДМС. Другая не менее важная проблема-это возрастающая стоимость медицинских услуг - охраны здоровья.

Следствием этого является рост стоимости медицинского полиса ДМС, так как некоторые применяемые в процессе лечения материалы и лекарственные препараты закупаются за рубежом и зависят от колебаний валютного курса. В связи с этим малый и средний бизнес отказываются от программ ДМС или существенно сокращают их. Идет отказ от части медицинских услуг, например, от дорогостоящей стоматологии, бонусной программы страхования родственников. Еще одним сдерживающим препятствием для развития ДМС в России является низкий уровень доходов значительной части населения, что приводит к отсутствию массового спроса на ДМС. Возможным решением может стать заимствование опыта европейских стран, правительства которых выделяют субсидии мало-обеспеченным гражданам для приобретения полисов ДМС.

Трудность на пути развития ДМС в России вызывает низкий уровень страховой культуры у россиян. Люди заранее не задумываются о возможных проблемах со здоровьем и будущих затратах на лечение, не пользуются

никакими страховыми услугами, поскольку испытывают недоверие страховым компаниям.

Совершенствование рынка ДМС будет положительно влиять на систему здравоохранения и общество в целом. В планы государства входит сделать ряд шагов для развития добровольного, дополнительного к ОМС, медицинского страхования, что отмечено одной из задач Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015-2030 гг. [29]. Тем не менее, государственная поддержка системы ДМС на данный момент практически отсутствует.

В заключение стоит сказать, что ДМС является перспективным направлением, но для его стабильного функционирования должны быть преодолены существующие препятствия, произведены существенные изменения, в том числе на законодательном уровне, должно быть достигнуто осознание людей необходимости заботы о собственном здоровье и важности в связи с этим системы ДМС.

### **3.2 Основные проблемы развития добровольного медицинского страхования в России**

Добровольное медицинское страхование – это вид страхования, при котором страховая компания за определенную плату (страховой взнос) обеспечивает страхователю оперативное и бесплатное оказание медицинских услуг в выбранных медицинских учреждениях при наступлении страхового случая.

О.В. Авилов считает, «ДМС дает возможность получать более качественное медицинское лечение в специализированных центрах с опытными специалистами и современным оборудованием, а также предоставляет гражданам оказание дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования (ОМС)» [2, с. 25].

Низкий уровень качества оказания услуг в системе обязательного медицинского страхования – наиболее распространенная причина активного развития ДМС в РФ.

Н.М. Сергеева считает, что «Последние пару лет в сегмент ДМС более активно и в большем количестве развиваются новые виды медицинских услуг, например – личные, семейные врачи, врачи при офисе. В нашей стране часть страховых компаний обзавелись своими сервисными службами и медицинскими клиниками, а также организуют свои коммерческие службы «медицинской помощи», это более характерно для столичного региона» [33, с. 103].

Стоимость полисов амбулаторно-поликлинического обслуживания, которое особенно популярно в настоящее время и прикрепляют человека к конкретной подведомственной или коммерческой клинике, может составлять 40 000-60 000 рублей в год, не учитывая стоматологические услуги, на основании которых стоимость страхования может увеличиться в несколько раз. А также возможно дополнение пакета страхования с помощью услуги «Скорой помощи» за отдельную стоимость (примерно до 10 тысяч рублей за год обслуживания). В сравнении с уровнем средней заработной платой в стране данные суммы достаточно высокие. Поэтому основной направленностью ДМС в настоящее время выступают крупные и средние коммерческие организации.

Страховые программы для своих сотрудников приобретают, конечно же, те предприятия, которые выплачивают своим сотрудникам официальную зарплату. Получается, что социальная ориентированность тесно связана с налоговой «порядочностью», с которой в нашей стране всегда проблема. Для подобных предприятий нет серьезных проблем в оплате полиса ДМС, который будет стоить в среднем на одного работника от трех до десяти тысяч рублей в год.

И.В. Галимова считает, что «В большинстве своем страховщики, которые работают в системе ДМС, сотрудничают одновременно с

несколькими лечебными учреждениями. Наиболее распространенными в сегменте ДМС выступают услуги по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию, стоматологии, услуги «скорой помощи». Менее распространенными выступают услуги по лечению онкологических заболеваний и других тяжелых болезней, лечение которых либо дорогостоящее, либо спонсировано со стороны государства» [10, с. 58].

Страховщики и медицинские клиники активно услуги личного или семейного врача. В последнее время часто предлагается обзавестись врачом в офисе – бесплатно, в качестве бонуса к основной страховке. По прогнозам страховщиков, личные врачи смогут заменить поликлиническое обслуживание в рамках ДМС. Зарубежная практика показывает успешный опыт в этом вопросе.

Стоимость качественных медицинских услуг и услуг по ДМС постоянно увеличиваются с приростом около 20%-30% в год.

В настоящее время рынок ДМС сегментируется по линиям бизнеса (конкурентный, кэптивный и схемный сегменты), а также выделяется рисковое и депозитное медицинского страхования.

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

Изучение спроса на услуги медицинского страхования в секторе ДМС может предусматривать социологические методы исследования (опрос, фокус-группы и другие). К тому же в качестве субъектов исследования могут выступать и физические лица (ДМС за счет физических лиц, косвенное изучение ДМС за счет юридических лиц), и юридические лица (ДМС за счет юридических лиц). При изучении юридических лиц рекомендуется сотрудничать со специалистами по кадрам, которые обычно ответственные за формирование социальных пакетов в организациях [38, с. 168].

В системе добровольного медицинского страхования можно выделить ряд проблем:

- «отсутствие налоговых послаблений для граждан, использующих ДМС (такие льготы были бы оправданы в связи с тем, что ДМС направляет значительные средства в систему государственного здравоохранения)» [39, с. 305];
- «нежелание медицинских организаций осуществлять сбор и анализ статистики (касающейся заболеваемости, распределения пациентов по полу, возрасту, роду деятельности, виду болезни и т.п.), что могло бы существенно оптимизировать структуру расчета страховых взносов» [32, с. 185];
- «тяжелое финансовое положение многих учреждений здравоохранения приводит к тому, что они пытаются увеличить приток денежных средств по программам ДМС. В итоге в погоне за повышением количества оказанных платных услуг, как правило, страдает их качество» [32, с. 186].

Анализ практического применения ДМС в России на современном этапе говорит о существовании ряда проблем и трудностей, оказывающих влияние на дальнейшее развитие данного вида страхования:

- «несовершенство законодательной базы: отсутствует специальный федеральный закон о добровольном медицинском страховании;
- высокая стоимость полиса ДМС. Это обусловлено инфляцией, увеличением цен на медицинские услуги, падением курса рубля из-за неблагоприятных условий в макроэкономической среде;
- низкий уровень конкуренции на рынке, что неизбежно ведет к росту цен на медицинские услуги;
- отсутствие в отношении страховых выплат по ДМС налоговых льгот на доход граждан;
- отсутствие у страховых компаний данных статистики, которые необходимы при расчете страховых взносов (уровень заболеваемости и его распределение по возрасту, полу, роду деятельности)» [28].

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

- ограничения на дорогостоящие исследования и процедуры (только по согласованию со страховой компанией);
- бонусное использование профилактических и скрининг программ для оценки распространения, и профилактики заболеваемости в профессиональных коллективах;
- общие договоренности с руководством клиник по сдерживанию убыточности;
- скрытый рост тарифов посредством увеличения минимальной стоимости первичного предложения и сохранения лимитов ответственности;
- ограничения прямого доступа в клиники;
- постепенный перевод оказания стоматологических услуг в специализированные сетевые медицинские центры» [6, с. 8].

Проблемы развития ДМС в Российской Федерации, вызванные внешними факторами:

- слабые экономические стимулы для страхователей. Для основного сегмента потребителей услуг по ДМС, а именно для юридических лиц, данная проблема представляет собой низкую долю расходов на полисы ДМС от фонда оплаты труда, которая может быть учтена при определении налогооблагаемой базы для уплаты налога на прибыль организаций;
- завышение медицинскими организациями объемов медицинской помощи. Несмотря на жесткий контроль со стороны страховых компаний возникает проблема в плане экономического поведения врачей, которые определяют масштабы спроса, спровоцированного предложением [3, с. 152]. На рынке медицинских услуг в отличие от

- обычных рынков, главная роль в определении объемов потребления принадлежит производителям, а не потребителям;
- неразвитость инфраструктуры, которая заключается в нехватке в регионах медицинских организаций, которые могут оказывать услуги высокого качества. Большинство подобных медицинских учреждений находится в столице, в целом по стране отсутствует необходимая материально-техническая база, которая позволила бы оказывать медицинские услуги, характеризующиеся высоким качеством и достойным сервисом;
  - дублирование программ обязательного и добровольного медицинского страхования. Организации - работодатели вынуждены приобретать в рамках полиса ДМС такие же услуги, за которые они платят постоянно увеличивающиеся взносы по ОМС [3, с. 159]. Часто, отличие состоит только в том, что при добровольной форме медицинские услуги оказываются в более комфортных для людей условиях. Вообще ДМС должно обеспечивать оплату той именно тех медицинских услуг, которые превышают норматив, предусмотренный по ОМС. Именно в таком случае будет соблюдаться принцип бесплатной медицинской помощи, которая оказывается в рамках системы ОМС, и ее дополнение механизмом ДМС;
  - низкая страховая культура населения. У добровольного медицинского страхования низкий уровень проникновения среди физических лиц.

### **3.3 Перспективы развития добровольного медицинского страхования в России**

В настоящее время страхователь, который решил заключить договор по ДМС, оплачивает дважды одни и те же услуги, изначально по ОМС, а затем

еще раз в системе ДМС. В данной ситуации, страховщик, который заключает договор ДМС терпит дополнительные убытки, потому что застрахованные обращаются в рамках договора ДМС за услугами, которые включены в страховое покрытие по ОМС. Даже за самыми элементарными услугами застрахованные не станут обращаться в государственные клиники, так как в платных центрах чувствуют себя комфортнее [18, с. 113].

Необходимо четко определить базовую программу обязательного медицинского страхования, создать понятный перечень медицинских услуг, которые оказываются застрахованным бесплатно для исключения данного дублирования. Законодательно определяется право граждан выбирать лечебное учреждение, нужного специалиста и страховую медицинскую организацию. Для того, чтобы данное право граждан не было просто номинальным, пациенты должны иметь реальное право выбора учреждения, в которое они хотели бы обратиться за помощью, тем самым государство необходимо быть заинтересовано в привлечении частной медицины посредством механизма добровольного медицинского страхования.

Кроме того, страховые компании осуществляют тщательный контроль качества услуг, которые предоставляются медицинскими центрами. В подобных подробных и тщательных проверках качества предоставляемых услуг страховщики заинтересованы с экономической точки зрения.

Подобный контроль, в сравнении с государственным лицензированием, основан на экономических принципах. Данный контроль выступает дополнением к административному контролю, он проводится 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 дополнением к ОМС, а не заменяющим его.

Данные преобразования позволят страховым компаниям существенно снизить убыточность по договорам ДМС. Ведь это главная проблема страховых компаний в этом виде страхования на настоящий момент. К тому же, это позволит рационализировать средства граждан и существенно улучшить качество предоставляемых медицинских услуг в рамках страхового покрытия по ОМС.

Еще одним решением проблемы дублирования обязательного и добровольного медицинского страхования может стать объединение двух видов страхования в одной страховой организации.

В случае, если у застрахованного лица имеется два полиса одного страховщика по ОМС и по ДМС, возникнет возможность страховой компании проконтролировать, какие услуги были оказаны по ОМС, а какие по ДМС. Всё это позволит привести людей к более четкому пониманию необходимости приобретения страховки ДМС, так как люди будут иметь четкое представление, что реализуется в плане стандартного полиса по ОМС, а за что они должны доплачивать сами. Следовательно, данный вид страховки станет более доступным для широких слоев населения.

Еще одним перспективным направлением улучшения функционирования механизма ДМС в целом и для снижения убыточности договоров выступает софинансирование по договорам добровольного медицинского страхования. Данная мера применительна к корпоративному страхованию по ДМС сотрудников предприятия. В таком случае часть страховой премии по программе ДМС оплачивают работодатели, а другую часть работники.

Распространение франшиз в коллективных договорах ДМС способствует воспитанию у лиц, застрахованных таким способом, ответственного отношения к своему здоровью и экономического стимулирования профилактики заболеваний.

Переориентирование спроса на медицинские услуги в сторону спроса на программы по ДМС положительно скажется не только на конкретных

страхователях и застрахованных лицах, но и на всей рассматриваемой отрасли экономики, а именно, на развитии материально-технической базы здравоохранения.

Как было выявлено, функционирование самого механизма ДМС и мнение людей о страховой компании, которая его осуществляет, находятся в соответствующей зависимости от качества работы медицинских учреждений. В связи с этим страховые компании, реализующие продукты ДМС, реально заинтересованы в успешном развитии медицинских предприятий, которые в состоянии оказывать высококачественные и разные услуги. Но отечественные страховые организации, распространяющие продукты ДМС, выступая на рынке медицинских услуг в лице оптового покупателя, часто сталкиваются со значительными проблемами, которые связаны, в первую очередь, с нехваткой медицинских клиник в стране. Часто возникают ситуации, когда ЛПУ является монополистом в определенном регионе, это приводит к негативным экономическим последствиям.

Сформировавшийся дефицит выгодных партнерских отношений между страховщиками и провайдерами медицинских услуг побуждает страховые компании, занимающиеся добровольным медицинским страхованием, инвестировать в медицинский бизнес. Подобные инвестиции позволяют страховщикам повысить качество исполнения договоров ДМС. В данном случае страховщик может быть уверен в отношении с провайдером, в исключении спонтанного повышения стоимости услуг. К тому же страховщики в таком случае сами устанавливают стандарты и осуществляют контроль соблюдения подобных стандартов.

Еще одним мероприятием, позволяющим снизить убыточность по договорам добровольного медицинского страхования, выступает повышение качества медицинского андеррайтинга.

При розничном страховании следует к базовым тарифам расширить перечень корректирующих коэффициентов, максимально позволяющих учитывать степень риска для каждого застрахованного. Для этого необходимо

создание единой базы данных, в которой отражалась бы вся медицинская история пациентов. Реализация данных мер возможна только при условии, если у страховых компаний будет доступ к информации. Без законодательного регулирования данных аспектов решение вопроса не представляется возможным.

На сегодняшний день медицинские сотрудники уже имеют право предоставлять информацию страховым компаниям о застрахованных лицах, если застрахованные дают на это письменное согласие.

Статистика всероссийского союза страховщиков подтверждает, что примерно в 50% случаев страховые компании получают отказ в этом вопросе, что не дает своевременно устанавливать факты наступления страховых случаев и приводит к существенному увеличению сроков предоставления выплат или к отказу от них. Осуществление самостоятельных исследований со стороны страховщиков ведет к увеличению объемов расходов и стоимости страховых полисов.

Информационная доступность сведений о болезнях застрахованных лиц даст возможность страховым компаниям распространять страховые полисы по более низким ценам, а также снизить выплаты по ним. Создание единой базы с медицинской точки зрения существенно упростит процедуру оценки рисков для заключения договоров по ДМС и окажет положительное воздействие на всю систему здравоохранения.

Одним из направлений совершенствования организации ДМС, как в корпоративном, так и в розничном сегменте, является повышение эффективности бизнес-процессов, включая работу с убытками и развитие продуктовой линейки. Необходимо внедрять экономически выгодные и привлекательные для клиентов страховые программы, оптимизировать уже реализуемые страховые продукты. Постепенно все более широкое распространение получают Well-Being, или WB-программы - программы профилактики, реабилитации и дополнительные инициативы в области здоровья и благополучия сотрудников, растёт также понимание важности

превентивных мер, включающих также обязательные профессиональные осмотры.

Перспективным направлением развития ДМС является развитие сервисных составляющих, в частности телемедицины, которую уже начинают внедрять ведущие страховщики. Телемедицинские услуги в портфеле ДМС могут позволить убыточность страховщика.

Если некоторая часть очных обращений заменяется на телемедицинские, тем более в настоящее время их стоимость меньше очных консультаций, страховщик существенно экономит на оплате страхового возмещения лечебно-профилактическим учреждениям. Также целесообразно уделять внимание разработке и внедрению страховых продуктов по долгосрочному добровольному медицинскому страхованию, а также программ по страхованию от критических заболеваний.

Для дальнейшего развития ДМС в России необходимо предпринять следующие организационные меры:

- организовать и внедрить социальную рекламу добровольного медицинского страхования, привлекая СМИ, которая бы показывала варианты данного вида страхования и объясняла его общественное значение;
- показать страховым компаниям преимущества при работе с различными вариантами ДМС;
- разработать правила страхования для различных вариантов ДМС.

## Заключение

Под страхованием понимают вид экономических отношений, обеспечивающих защиту интересов физических и юридических лиц от негативных последствий наступления различных событий за счёт денежных фондов, созданных посредством уплаты страховщиками страховых взносов.

Объектом страхования могут выступать различные имущественные интересы, которые не противоречат законодательству РФ. Например, можно застраховать интересы, касающиеся личности страхователя, его собственности и деятельности. Чтобы риск можно было застраховать, он должен соответствовать основным критериям страховой деятельности: вероятности и случайности.

Страховая практика знает только две формы страхования – добровольное и обязательное.

Добровольное страхование – это свободное волеизъявление застрахованного. В этом случае права и обязанности сторон будут регулироваться договором страхования.

Условия и порядок осуществления обязательного страхования устанавливаются федеральными законами об отдельных видах обязательного страхования. В этом случае отсутствуют страховые периоды, и страховая ответственность начинает функционировать автоматически с момента возникновения определенной ситуации.

Различаются два вида договоров как основания возникновения обязательств по страхованию:

- договор имущественного страхования;
- договор личного страхования.

Определение понятия «договор имущественного страхования» дано в Гражданском кодексе Российской Федерации. Там говорится об обязанности стороны страховщика возместить причинённые убытки страхователю при

наступлении оговоренных в договоре страховых случаев за вносимую плату при заключении соглашения.

Личное страхование – это совокупность видов страхования, связанных с жизнью, здоровьем, событиями в жизни физического лица, объектом страхования в которых является имущественный интерес застрахованного лица.

Добровольное медицинское страхование - достаточно новый способ социальной защиты населения, получивший распространение совсем недавно параллельно с развитием частной медицины. В отличие от системы ОМС, участие в программе ДМС носит необязательный характер. В зависимости от нужд и потребностей клиента, его финансовых возможностей страховой компанией составляется и подбирается медицинская программа. При наступлении страхового случая (заболевания или травмы) клиент обращается в медицинское учреждение, закрепленное за страховой компанией, где ему предоставляют медицинские услуги, включенные в программу ДМС. При этом человек вправе сам выбрать для себя страховую компанию и лечебное учреждение, где он будет обслуживаться.

Одним из преимуществ системы ДМС является возможность получить услуги сверх установленных по полису ОМС, которые отличаются высоким качеством. При этом пациент получает медицинскую помощь по полису ДМС, когда ему удобно, не стоит в очереди на прием и не находится в списке ожидания нужной услуги. Страховая компания позволяет человеку выбрать содержание страховой программы и ЛПУ, где будет проводиться лечение, а также нужного врача-специалиста. В страховой программе отображены только те услуги, которые необходимы пациенту, в соответствии с его желаниями и потребностями. Стоимость услуг по полису ДМС стоит дешевле услуг частных клиник, по качеству они сопоставимы друг с другом. Все это делает ДМС привлекательным в глазах потенциальных получателей медицинских услуг.

В рамках проведенного исследования были определены конкретные проблемы в развитии добровольного медицинского страхования. Данные проблемы можно классифицировать на проблемы, вызванные внешними факторами и внутренними.

К внешним проблемам относятся:

- проблема дублирования ОМС и ДМС, поскольку перечень включаемых в программы медицинских услуг частично совпадает;
- несовершенство налогового законодательства в сфере ДМС. По действующему законодательству отчисления на ДМС, которые работодатели могут списать на себестоимость продукции, не превышают 6% от фонда оплаты труда в организации, что в несколько раз меньше зарубежной практики в области ДМС и не стимулирует работодателей расширять страховые программы;
- низкая страховая культура населения. Лишь немногие (по опросам, не более 40,6%) осведомлены в том, что такое добровольное медицинское страхование, какие программы в рамках ДМС реализуются;
- завышение медицинскими организациями объемов медицинской помощи.

К внутренним проблемам относятся:

- распространение псевдостраховых инструментов. В российском законодательстве не предусмотрены никакие ограничения по поводу заключения «депозитных» договоров ДМС;
- проблема антиселекции рисков при ДМС за счет средств физических лиц.

На основании выявленных проблем были определены возможные направления развития добровольного медицинского страхования в России.

Дальнейшее развитие рынка ДМС возможно при условии, если программы ДМС станут доступны физическим лицам и снизится стоимость полисов ДМС.

Для оптимального развития сегмента добровольного медицинского страхования целесообразно принять отдельный федеральный закон о добровольном медицинском страховании, который определит значение ДМС, а также конкретные меры по его развитию. К тому же необходимо совершенствовать налоговое законодательство в плане ДМС. Увеличение норматива расходов по ДМС на оплату труда могло бы положительно отразиться на развитии корпоративного сегмента ДМС.

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

Решением проблемы дублирования ОМС и ДМС может стать объединение этих двух видов страхования в одной страховой группе.

Одним из направлений совершенствования организации ДМС, как в корпоративном, так и в розничном сегменте, является развитие продуктовой линейки (использование WB-программ, развитие сервисных составляющих и другие).

Предложенные мероприятия будут способствовать снижению стоимости договора ДМС, повышению эффективности деятельности страховых компаний в сфере ДМС, а также расширению круга лиц и категорий граждан, которым могут быть доступны программы ДМС, что приведет к увеличению объема страховых премий по добровольному медицинскому страхованию и повышению эффективности медицинского обслуживания в России.

## Список используемой литературы и используемых источников

1. Абубакиров А.С. Некоторые аспекты развития добровольного медицинского страхования в зарубежных странах // Актуальные вопросы медицины: сборник статей II Международной научно-практической конференции. 2020. - С. 46-48.
2. Авилов О.В. Возможные перспективы развития добровольного медицинского страхования // Страховое дело. 2013. № 5. - С. 25-28.
3. Аистов А.В., Александрова Е.А. Постконтрактный оппортунизм на рынке добровольного медицинского страхования // Экономическая политика. 2018. №3. – С. 148-181.
4. Архипов А.П. О программах медицинского страхования // Финансы. 2013. № 3. - С. 42-46.
5. Башаев А.А., Лорсанова М.И. Добровольное медицинское страхование в России и странах Европейского союза // Теория права и межгосударственных отношений. 2021. Т. 2. № 7 (19). - С. 395-402.
6. Быковская И.И. Методика андеррайтинга в риск-менеджменте добровольного медицинского страхования // Дискуссия. 2018. № 2 (87). - С. 6-11.
7. Бысова М.М. Формы и виды страхования в России // Студенческий вестник. 2020. № 23-1. - С. 39-41.
8. Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения качества медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук. 2012. № 28. - С. 66-70.
9. Вязовская Т.Н. Юридическая природа договора обязательного страхования гражданской ответственности владельцев транспортных средств // Вестник Российского университета кооперации. 2014. №3 (17). - С. 85-88.
10. Галимова И.В. Состояние и тенденции развития медицинского страхования в России // Экономика нового мира. 2019. №3. - С. 55-62.

11. Голубева Е.А. Правовое регулирование страховой деятельности // В сборнике: Проблемы и перспективы развития России: молодежный взгляд в будущее. сборник научных статей 2-й Всероссийской научной конференции. Юго-Западный государственный университет, Московский политехнический университет, Рязанский государственный агротехнологический университет имени П.А. Костычева. 2019. - С. 175-180.

12. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть вторая: Федеральный закон от 26.01.1996 № 15-ФЗ (ред. от 21.12.2021) // Собр. законодательства РФ. 1996. № 5. Ст. 934.

13. Грудцына Л.Ю., Спектор А.А. Гражданское право России. – М.: ЮСТИЦИНФОРМ, 2008. – 560 с.

14. Гурина К.А., Улыбина Л.К. Проблемы развития добровольного медицинского страхования в России // Новая наука: стратегии и векторы развития. Международное научное периодическое издание по итогам Международной научно-практической конференции (Магнитогорск, 8 апреля 2017 г.). – Стерлитамак: АМИ, 2017. № 4. - С.175-177.

15. Егоров В.Е., Хярм И.В. Некоторые суждения по определению предмета и объекта гражданско-правового договора // Вестник Псковского государственного университета. Серия: Экономика. Право. Управление. 2015. № 1. - С. 121-126.

16. Елецких Н.Ю. Правовое регулирование страховой деятельности в Российской Федерации // В сборнике: общество и экономическая мысль в XXI в.: пути развития и инновации. Материалы VIII Международной научно-практической конференции. 2020. - С. 540-543.

17. Ермасов С.В. Страхование: учебник для бакалавров. – 5-е изд. / С. В. Ермасов, Н. Б. Ермасова. - М.: Изд-во Юрайт, 2019. – 791 с.

18. Захарина В.С., Лупандин В.Н. Особенности гражданско-правового регулирования страховой деятельности в Российской Федерации // В сборнике: Традиционная и инновационная наука: история, современное

состояние, перспективы. сборник статей Международной научно-практической конференции: в 5 ч.. 2018. - С. 112-115.

19. Злокачественные новообразования в России в 2016 году (заболеваемость и смертность) / под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой. - М.: МНИОИ им. П.А. Герцена филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России, 2018. – 250 с.

20. Касимовский К.К., Жилиева Е.П., Заика Н.М. Актуальные вопросы частного здравоохранения и добровольного медицинского страхования за рубежом // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2014. № 2. - С. 34-35.

21. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993 с изменениями, одобренными в ходе общероссийского голосования 01.07.2020) Поправки, внесенные Законом РФ о поправке к Конституции РФ от 14.03.2020 N 1-ФКЗ, вступили в силу 4 июля 2020 года (Указ Президента РФ от 03.07.2020 N 445) // Официальный интернет-портал правовой информации <http://www.pravo.gov.ru>, 04.07.2020.

22. Концепция развития положений части второй Гражданского кодекса Российской Федерации о договоре страхования (одобренная решением Совета при Президенте РФ по кодификации и совершенствованию гражданского законодательства от 25.09.2020 г. №202/оп-1/2020). URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_366842/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_366842/) (дата обращения: 26.02.2022).

23. Махдиева Ю.М., Асекова Н.Р. Зарубежный опыт становления и развития института добровольного медицинского страхования // В сборнике: Финансовые инструменты регулирования социально-экономического развития регионов. сборник материалов VI Всероссийской (национальной) научно-практической конференции. Махачкала. 2021. - С. 69-75.

24. Модернизация здравоохранения: новая ситуация и новые задачи / Л.Д. Попович, Е.Г. Потапчик, С.К. Салахутдинова [и др.]; под редакцией И.М. Шейман, С.В. Шишкин. – Москва: Дело, 2015. - 232 с.

25. Об организации страхового дела в Российской Федерации: Закон РФ от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (ред. от 02.07.2021) // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 14 января 1993 г. № 2 ст. 56.

26. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ (ред. от 24.04.2021) // Собрание законодательства Российской Федерации от 6 декабря 2010 г. № 49 ст. 6422.

27. О рассмотрении судами гражданских дел по спорам о защите прав потребителей: Постановление Пленума Верховного Суда РФ от 28 июня 2012 г. № 17 // Бюллетень Верховного Суда Российской Федерации, сентябрь 2012 г., № 9.

28. Официальный сайт Банка России. URL: <http://www.cbr.ru/>. (дата обращения: 28.02.2022).

29. Проект Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. // Минздрав России. URL: <https://old2015.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/strategiya-razvitiya-zdravoohraneniya-rossiyskoj-federatsii-na-dolgosrochnyy-period>(дата обращения: 17.02.2022).

30. Россия в цифрах. 2017: Стат. сб. / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Ростат, 2017. – 511 с.

31. Рынок страхования России: результаты 9 месяцев 2021 года. URL: <https://clck.ru/aesjs> / (дата обращения: 22.02.2022).

32. Сарапий В.П. Основные проблемы развития обязательного медицинского страхования в России / Актуальные вопросы науки и образования в XXI веке. Материалы международной (заочной) научно-практической конференции под общей редакцией А.И. Вострецова. 2018. – С. 184-187.

33. Сергеева Н.М. ДМС как критерий развития высокотехнологичной медицинской помощи // Karelian Scientific Journal. 2019. Т. 8. № 1(26). - С. 102-105.
34. Сторожук Д.А. Правовая природа добровольного медицинского страхования // В сборнике: Актуальные проблемы гражданского права и процесса. Материалы всероссийской научно-практической конференции. Омск, 2021. - С. 114-120.
35. Страхование в США // Сетевое издание RB.RU. – URL: <https://rb.ru/opinion/skolko-stoit-strahovka/> (дата обращения: 20.04.2022).
36. Сударикова И.А. Роль медицинского страхования в финансировании расходов на охрану здоровья // Страховое дело. 2014. № 7. - С. 35-40.
37. Успенская Н.А. Развитие системы добровольного медицинского страхования (ДМС) В Российской Федерации // Студенческий форум. 2018. № 3 (24). - С. 7-9.
38. Цветкова А.Б., Юнисов Р.Х. Маркетинговые исследования медицинского учреждения в системе ДМС для принятия управленческих решений // Вестник РЭА им. Г.В. Плеханова. 2018. №6 (102). - 164-171.
39. Широкова Д.Е. Обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование в России: характеристика, проблемы, нормативно-правовое регулирование // Трибуна ученого. 2020. №10. - С. 302-311.