Санкт-Петербургский государственный университет

**АФАНАСЬЕВА Евгения Александровна**

**Выпускная квалификационная работа**

**ДОБРОВОЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ**

**КАК ИННОВАЦИОННОЕ НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

Направление 39.04.02 «Социальная работа»

Основная образовательная программа магистратуры «Социальная работа»

Профиль «Инновационные технологии в социальной работе»

Научный руководитель:
ВОРОНАЯ Дарья Александровна;

д.соц.н., профессор
ГРИГОРЬЕВА Ирина Андреевна

Рецензент:

д.соц.н., профессор
ПОКРОВСКАЯ Надежда Николаевна

Санкт-Петербург

2018

# ОГЛАВЛЕНИЕ

[Введение 3](#_Toc514877858)

[Глава 1. Организация государственной системы здравоохранения в Российской Федерации 7](#_Toc514877859)

[1.1 Основная функция обязательного медицинского страхования (ОМС) 7](#_Toc514877860)

[1.2 Достоинства и недостатки системы ОМС 15](#_Toc514877861)

[1.3 Доступность и качество медицинской помощи в РФ 26](#_Toc514877862)

[Глава 2. Особенности частной системы здравоохранения в России 32](#_Toc514877863)

[2.1 Развитие рынка частных медицинских услуг 32](#_Toc514877864)

[2.2 Развитие системы добровольного медицинского страхования в России 44](#_Toc514877865)

[2.3 ДМС как фактор повышения качества медицинской помощи для пожилых 52](#_Toc514877866)

[Глава 3. Отношение работников СПбГУ к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС (на основе эмпирического исследования) 62](#_Toc514877867)

[3.1 Программа социологического исследования 62](#_Toc514877868)

[3.2 Результаты исследования 65](#_Toc514877869)

[Заключение 71](#_Toc514877870)

[Список литературы 74](#_Toc514877871)

[Приложение 81](#_Toc514877872)

# 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.

В настоящее время здоровье жителей России оставляет желать лучшего. Повсеместно происходит увеличение числа сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, смертность от этих заболеваний остается на высоком уровне. Так, за 2016 год было выяв­лено 3 875 новых случаев злокачественных новообразований у детей в возрасте от 0 до 17 лет (3 734 случая в 2015 году) и 599 348 новых случаев злокачественных новообразований у взрослых (589 341 случая в 2015 году).[[1]](#footnote-1) За 2016 год от болезней системы кровообращения умерло 904,1 тыс. человек, от злокачественных новообразований – 295,7 тыс. человек.[[2]](#footnote-2) Большое число больных инфекционными заболеваниями, в особенности туберкулеза (в 2015 году зарегистрировано 84,5 тыс. человек с заболеванием активного туберкулеза, уста­новленного впервые в жизни, в 2016 году – 78,1 тыс. человек)[[3]](#footnote-3), вызывает тревогу здоровье детей и подростков. Продолжительность жизни населения страны остается довольно низ­кой (средняя продолжительность жизни в России в 2017 году составила 72,4 года).[[4]](#footnote-4) Причи­ной этих явлений является множество факторов, одним из которых является состояние ме­дицинской помощи.

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»[[5]](#footnote-5). 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.)».[[6]](#footnote-6) 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.

**Цель работы** – определить место ДМС в российской системе здравоохранения, рассмотреть его как часть государственной системы здравоохранения, повышающей качество медицинской помощи, предоставляемой пожилым людям.

**Задачи:**

1. Рассмотреть организацию государственной системы здравоохранения.
2. Выявить преимущества и недостатки медицинской помощи, получаемой населением России по полису ОМС.
3. Рассмотреть понятия качества и доступности медицинской помощи, от чего они зависят.
4. Рассмотреть организацию частной системы здравоохранения, в том числе системы ДМС, ее достоинства и недостатки.
5. Выявить на примере работников СПбГУ их отношение к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС.
6. Доказать, что ДМС может стать фактором повышения качества медицинской помощи для пожилых.

**Объект исследования** - система ДМС.

**Предмет исследования** – мнение работников СПбГУ о ДМС.

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

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

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

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

**Методы исследования** - для решения поставленных задач используется комплекс взаимосвязанных и дополняющих друг друга методов:

1. Теоретический анализ трудов российских авторов, законодательных материалов, учебной и справочной литературы, интернет-источников, различных статистиче­ских данных;
2. Интервью со специалистами, занимающимися организацией ДМС;
3. Анкетный опрос для выяснения общественного мнения по проблеме отношения людей к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС.

**Эмпирическая база исследования -** Отдел социальной защиты работников СПбГУ.

**Выборка -** случайная - опрос мнения работников СПбГУ. Респонденты для опроса - работники СПбГУ в возрасте от 18 лет – 119 человек (99 человек женщин и 20 человек мужчин). Выборка формируется на основе согласия работников принять участие в опросе, проявивших к нему интерес.

Описание структуры работы: работа состоит из введения, 3 глав, заключения, списка литературы, состоящего из 71 источника и приложения. В первой главе рассматриваются общетеоретические вопросы, посвященные медицинскому страхованию, рассматривается система ОМС, ее преимущества и недостатки, понятия качества и доступности медицинской помощи. Во второй главе описывается организация частной системы здравоохранения, включающая в себя частные платные клиники и медицинские учреждения, обслуживающие по системе ДМС, раскрываются преимущества и недостатки частных платных клиник и ДМС, а также доказывается, что ДМС может стать частью государственной системы здравоохранения и фактором, повышающим качество медицинской помощи. В третьей главе представлена программа эмпирического исследования с описанием основных результатов. В работе использованы 2 таблицы. Количество страниц – 80.

**Гипотезы исследования:**

1. ДМС является востребованным способом получения медицинской помощи.
2. Получение полиса ДМС пожилыми людьми при выходе на пенсию улучшит качество предоставляемой им медицинской помощи.

**Новизна работы** состоит в обосновании ДМС в качестве механизма, дополняющего государственную систему здравоохранения и повышающего качество медицинского обслуживания пожилых граждан.

# ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

## 1.1 Основная функция обязательного медицинского страхования (ОМС)

Одним из направлений социальной политики является социальная защита населения, особенно нетрудоспособной и малоимущей его части. Человек чувствует себя социально защищенным, если в случае возникновения трудной жизненной ситуации он может получить помощь от государства. Существует множество неблагоприятных факторов, которые могут изменить привычный ход жизни человека и сделать ее трудной. Одним из них является получение травмы или болезни. Государственное медицинское страхование призвано предоставить защиту населению при возникновении страхового случая, а именно оказать в необходимой ситуации медицинскую помощь.

Система государственного здравоохранения существует во многих странах. Проведенный И.А. Судариковой анализ данных Всемирной организации здравоохранения показал, что в настоящее время социальное медицинское страхование используется более чем в 100 странах мира, при этом в 35 из них оно служит преобладающим способом государственного финансирования здравоохранения.[[7]](#footnote-7)

Как отмечает известный ученый-экономист Ю.Т.Ахвледиани, обязательное медицинское страхование – это «составная часть государственного социального страхования, оно обеспечивает всем гражданам возможность получения медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой в счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования»[[8]](#footnote-8).

Основополагающим для системы ОМС является Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (далее - Закон). Законом определяется система организации ОМС, права и обязанности субъектов и участников ОМС, финансовое обеспечение ОМС, устанавливается контроль за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинской помощи.

Среди других важных нормативных актов, регулирующих систему ОМС следует выделить:

* Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 №158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»;
* Постановление Правительства Российской Федерации от 08.12.2017 №1492 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»;
* Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»;
* Приказ Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 16.04.2012 №73 «Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования»;
* Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» и другие документы.

Обращаясь за медицинской помощью, застрахованный гражданин обязан предоставить медицинский полис ОМС. Его бесплатно выдает страховая медицинская организация, имеющая право осуществлять деятельность по ОМС. Начиная с 1 января 2011 года каждый застрахованный может сам выбрать страховую компанию и получить в ней полис ОМС. Полис гарантирует бесплатное предоставление медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в учреждениях, работающих по системе ОМС: поликлиниках, травматологических пунктах, стоматологических клиниках, онкологических диспансерах, стационарах и т.д. Сегодня оказывать услуги в рамках системы обязательного медицинского страхования могут все лицензированные медицинские организации вне зависимости от формы собственности, т.е. частные медицинские организации тоже.

Положительным моментом, появившемся со вступлением в силу действующего Закона, стало право выбора за человеком страховой медицинской организации и лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ), где он хочет получать обслуживание, будь то поликлиника, женская консультация, стоматология и т.д. Полис ОМС действует в ближайших по месту жительства ЛПУ. Однако застрахованный может прикрепиться к ЛПУ не по месту жительства и/или прописки. Данной возможностью гражданин может пользоваться не чаще, чем один раз в год, за исключением случая изменения места жительства или места пребывания. Также больной может осуществить замену врача терапевта, врача-педиатра или врача общей практики не чаще одного раза в год. Исключением этого составляет замена врача при смене медицинской организации.

Застрахованные граждане на всей территории России имеют право на медицинское обслуживание только в пределах действующей Базовой программы обязательного медицинского страхования. На уровне же субъекта, где выдается полис ОМС, действуют территориальные программы обязательного медицинского страхования. Базовая программа ОМС утверждается на федеральном уровне Правительством РФ, это составная часть Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В ней фиксируется перечень и условия предоставляемой населению бесплатно медицинской помощи, источники ее финансирования, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы объема бесплатной помощи, нормативы финансовых затрат на ее оказание, подушевые нормативы финансирования и другое.

Так, согласно Базовой программе, государство дает право получения застрахованным по системе ОМС следующие виды медицинского обслуживания:

* первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь;
* скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации, осуществляемой воздушными судами);
* специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь[[9]](#footnote-9).

Первичная медико-санитарная помощь является основой системы оказания медицинской помощи и включает в себя мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, наблюдению за течением беременности, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.[[10]](#footnote-10) Ее оказывают бесплатно в амбулаторных условиях и в условиях дневного стационара, а также в плановой и неотложной формах. Первичная медико-санитарная помощь подразделяется на доврачебную (оказывается специалистами со средним медицинским образованием: фельдшерами, акушерами и т.д.), первичную врачебную (оказывается терапевтами, педиатрами и врачами общей практики) и первичную специализированную помощь (оказывается врачами, имеющими определенную специализацию).

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается гражданам при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства. Она также бесплатно оказывается государственными медицинскими учреждениями и осуществляется в экстренной или неотложной форме вне медицинской организации, а также в условиях амбулатория или стационара. В экстренных случаях для сохранения жизни и здоровья может проводиться медицинская эвакуация, т.е. транспортировка раненых и больных граждан.

Специализированная медицинская помощь оказывается врачами-специалистами и включает в себя профилактику, диагностику и лечение заболеваний и состояний (в том числе в период беременности, родов и послеродовой период), требующих использования специальных методов и сложных медицинских технологий, а также медицинскую реабилитацию. Специализированная медицинская помощь оказывается специалистами в стационарных условиях или условиях дневного стационара.

Высокотехнологичная медицинская помощь, является частью специализированной медицинской помощи. Данный вид предусматривает использование новых сложных и (или) уникальных методов лечения, а также ресурсоемких методов лечения с научно доказанной эффективностью, в том числе клеточных технологий, роботизированной техники, информационных технологий и методов генной инженерии, Таким образом, высокотехнологическая медицинская помощь связана с применением новейших достижений в области медицины и других наук.

Следует отметить также формы оказания медицинской помощи:

1. Экстренная. Ее оказывают, когда возникают внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, угрожающие жизни человека.
2. Неотложная. Ее оказывают, когда возникают острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, не имеющие явных признаков угрозы для жизни.
3. Плановая. Ее оказывают при проведении профилактических мероприятий, при заболеваниях и состояниях, которые не угрожают жизни человека и не требуют экстренного и неотложного вмешательства, и отсрочка оказания которой на определенное время не повлечет за собой ухудшение состояния пациента, угрозу его жизни и здоровью.

Кроме этого, в рамках Базовой программы проводятся мероприятия по диспансеризации и профилактическим медицинским осмотрам отдельных категорий, медицинской реабилитации, осуществляемой в медицинских организациях, а также по применению вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включая обеспечение лекарственными препаратами в соответствии с законодательством Российской Федерации, за исключением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпорального оплодотворения), включенных в перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи.[[11]](#footnote-11)

Существует огромное число болезней, с которыми могут обратиться граждане в медицинское учреждение и помощь будет оказана бесплатно в рамках ОМС. В рамках Базовой программы ОМС предусмотрено лечение следующих заболеваний:[[12]](#footnote-12)

* инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
* новообразования;
* болезни эндокринной системы;
* расстройства питания и нарушения обмена веществ;
* болезни нервной системы;
* болезни крови, кроветворных органов;
* отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
* болезни глаза и его придаточного аппарата;
* болезни уха и сосцевидного отростка;
* болезни системы кровообращения;
* болезни органов дыхания;
* болезни органов пищеварения;
* болезни мочеполовой системы;
* болезни кожи и подкожной клетчатки;
* болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
* травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
* врожденные аномалии (пороки развития);
* деформации и хромосомные нарушения;
* беременность, роды, послеродовой период и аборты;
* отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Требования к территориальным программам ОМС, согласно Закону, устанавливаются базовой программой ОМС. Территориальные программы разрабатываются и утверждаются Правительствами субъектов РФ на основании принятой на федеральном уровне Базовой программы ОМС. Объемы и виды медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами не могут быть меньше тех, что указаны в Базовой программе. Они могут быть больше - это зависит от каждого конкретного региона. Так, если имеющий полис ОМС человек заболел и находится в своем регионе, то он может получить более широкий объем медицинского обслуживания по территориальной программе ОМС, чем если больной находится в другом регионе и получает помощь по Базовой программе.

В Санкт-Петербурге виды и объемы медицинской помощи, а также условия и сроки её предоставления гражданам по ОМС определены Законом Санкт-Петербурга «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов»[[13]](#footnote-13). Согласно данной территориальной программе, список заболеваний, помимо тех, что предусмотрены в Базовой программе, содержит:

* болезни органов пищеварения (которые включают в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (в том числе зубопротезирование для отдельных категорий граждан в соответствии с законодательством Санкт-Петербурга, ортодонтическую помощь детям с применением съемной техники);
* психические расстройства и расстройства поведения.

Государство обязано выполнять свои обязательства по ОМС в рамках базовой программы независимо от финансового положения страховщика. Чтобы способствовать решению этого вопроса, Законом предусмотрено создание страховыми медицинскими организациями резервов для обеспечения финансовой устойчивости ОМС. В роли страховщика выступает Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее ФОМС).

ФОМС действует на федеральном уровне с 1993 года, на уровне субъектов РФ работают территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее-ТФОМС). Основной функцией ФОМС является общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. ФОМС подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой.

ФОМС сам не осуществляет страховые операции и в целом не финансирует систему обязательного медицинского страхования граждан. Основной финансовой функцией этого фонда является предоставление субвенций ТФОМС для выравнивания условий обеспечения медицинскими услугами населения различных по экономическомуразвитию регионов. Кроме того, за счет его средств осуществляются отдельные целевые медицинские программы, оказывается медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях, возникающих в связи с катастрофами, стихийными бедствиями и военными действиями. [[14]](#footnote-14)

ТФОМС осуществляют аккумулирование и распределение финансов системы обязательного медицинского страхования. Основной задачей ТФОМС является управление переданными им средствами ОМС, полученными от страхователей. От них страховым медицинским организациям (далее - СМО) передаются финансовые средства на осуществление ОМС. В систему ОМС РФ входят 86 территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

СМО получаютфинансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от количества и половозрастной структуры застрахованного населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам. Страховые медицинские организации не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС в коммерческих целях.

Рассмотрим, из каких источников формируются средства ФОМС. Так, согласно действующему Закону, в качестве источников финансирования ФОМС выступают:

* страховые взносы на обязательное медицинское страхование;
* недоимки по взносам, налоговым платежам;
* начисленные пени и штрафы;
* средства федерального бюджета, передаваемые в бюджет Федерального фонда в случаях, установленных федеральными законами;
* доходы от размещения временно свободных средств;
* иные источники, предусмотренные законодательством Российской Федерации.[[15]](#footnote-15)

Таким образом, средства системы ОМС формируются за счет средств федерального бюджета, страховых взносов и налогов. К страхователям, которые должны платить обязательные страховые взносы, относят хозяйствующие субъекты различных форм собственности и организационно-правовых форм деятельности, а также органы исполнительной власти субъектов.

В качестве страхователей для работающих граждан выступают:

* лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
* организации;
* индивидуальные предприниматели;
* физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
* индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

Страхователями для неработающих граждан являются органы исполнительной власти субъектов. В категорию неработающего населения попадают: дети дошкольного и школьного возраста, учащиеся, студенты, пенсионеры, инвалиды и безработные. Размер тарифа страхового взноса для неработающего населения устанавливается соответствующим федеральным законом и составляет 18 864,6 рубля. [[16]](#footnote-16)

В 2017-2020 годах порядок исчисления и уплаты страхового взноса, который должен выплачивать работодатель за каждого работника в ФОМС, регулируется главой 34 Налогового кодекса. В ней установлен общий размер тарифа страхового взноса на ОМС, который составляет 5,1 процента от величины выплаты каждому сотруднику, также прописаны пониженные тарифы и условии их применения.[[17]](#footnote-17) Страхователи несут ответственность за своевременное выполнение своих обязанностей. Несвоевременная уплата страховых взносов или отклонение от нее влечет за собой санкции в виде штрафов и пени.

Таким образом, система ОМС является формой защиты интересов россиян в вопросе охраны здоровья, предоставляющая человеку за счет накопленных средств медицинскую помощь в случае получения травмы или возникновения болезни. Однако, можно сделать вывод о том, что государственная система здравоохранения не является полностью бесплатной, т.к. в основном ФОМС финансируется за счет отчислений работодателей, а это означает, что каждый работник недополучает часть собственного дохода, который идет на обеспечение системы ОМС. Также многие россияне работают неофициально, т.е. не делают отчислений, но при этом имеют полис ОМС. Следовательно, система ОМС является бесплатной только для населения, неработающего по каким-либо причинам или трудоустроенного неофициально.

## 1.2 Достоинства и недостатки системы ОМС

Стоит отметить, что не смотря на то, что ОМС является государственной системой, она имеет ряд несомненных преимуществ. В первую очередь, благодаря страховым взносам на ОМС, гражданам обеспечивается минимальный гарантированный объем бесплатной медицинской и лекарственной помощи, что представляет собой государственную меру социальной защиты. Особенно это касается тех категорий населения, которых в силу возраста, своих физических и других особенностей, не могут работать или не могут обеспечить себе достаточный уровень дохода, чтобы самостоятельно оплачивать медицинские услуги. Речь в данном случае идет о социально незащищенных группах населения, а именно о неработающих пенсионерах, инвалидах, одиноких матерях, детях-сиротах, многодетных и малообеспеченных семьях, лицах без определенного места жительства. Все, кто являются гражданами России, а также имеющие вид на жительство или временно проживающие работающие иностранцы имеют равное право на получение медицинской помощи по ОМС.

Плановая вакцинация взрослых и детей, различные профилактические осмотры, проведение диспансеризации населения – все это бесплатно предоставляет система ОМС. Это эффективные способы медицинской профилактики серьезных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения. С помощью данных действий удается выявлять заболевания на ранней стадии и предотвращать дальнейшее их прогрессирование. Чтобы стать участником мероприятий, гражданину необходимо обратиться в регистратуру учреждения здравоохранения, к которому он прикреплен с паспортом и полисом ОМС.

Достоинством системы является уже отмеченное ранее то, что полис ОМС действует на всей территории Российской Федерации, а не только по месту жительства человека. Где бы не оказался человек и если у него есть медицинский полис, он обязательно получит врачебную помощь в рамках Базовой программы ОМС. Отказ от обслуживания гражданина в связи с тем, что он не проживает в регионе неправомерен и является грубым нарушением действующего Закона.

Существенным плюсом представляется возможность вызова врача на дом. Если человек не может самостоятельно добраться до лечебного учреждения в случае возникновения заболевания, сильного недомогания, то он может позвонить в поликлинику, к которой прикреплен и вызвать терапевта или педиатра на дом. В отдельных случаях возможен вызов на дом узкопрофильного специалиста. При вызове специалиста необходимо указать симптомы болезни, например, повышение температуры тела, сильная боль, резкое повышение или понижение артериального давления и прочее. Данная услуга предоставляется всем без исключения застрахованным по программе ОМС взрослым и детям. Отказ от принятия лечебным учреждением заявки является также нарушает Закон. Если человек находится в состоянии, угрожающем его жизни, то ему необходима экстренная помощь. В данном случае она должна быть оказана даже при отсутствии полиса ОМС. При вызове приезжает машина скорой помощи. Если у человека резко появилась боль, ухудшилось здоровье или возникла травма, но явной угрозы для жизни нет, то речь идет о неотложной помощи. Тогда человеку для дальнейшей госпитализации в лечебное учреждение необходимо иметь при себе действующий полис ОМС. В европейских странах ситуация совершенно противоположная. По словам директора института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Л.Д. Попович «в Западной Европе и США действительно отсутствует практика вызова на дом врачей во всех ситуациях».[[18]](#footnote-18) Подобную возможность предлагают только некоторые частные медицинские центры, однако стоит это больших денег. В случае болезни пациенту нужно записываться на прием к врачу и ехать в больницу самостоятельно, даже если у человека есть температура. В экстренных случаях возможен вызов неотложной скорой помощи, за который позже выставляют счет.

Стандарты оказания медицинской помощи едины, перечень предоставляемых услуг законодательно регулируется. Государство в лице исполнительных органов власти осуществляет контроль качества и безопасности медицинской деятельности. Если лечебные учреждения будут уклоняться от исполнения своих обязанностей или выполнять их ненадлежащим образом, застрахованный имеет право обратиться в суд и возместить причиненный ущерб.

Государственная система здравоохранения не лишена ряда недостатков. Одной из актуальных на данное время проблем является недофинансирование ОМС. Не смотря на то, что объем поступлений в ФОМС с каждым годом увеличивается (2014 г. – 1250545 млн. руб., 2015 г. – 1573543 млн. руб., 2016 г. – 1657620 млн. руб.)[[19]](#footnote-19) и фонд не является дефицитным, имеет место недофинансирование территориальных программ государственных гарантий. По словам министра здравоохранения РФ В.И. Скворцовой: «Общий дефицит сейчас составляет 153,5 млрд рублей, и он есть в 67 регионах»[[20]](#footnote-20). Как отмечает А.В. Морозов «в рамках ОМС существует дефицит финансового покрытия территориальных программ ОМС, а также есть существенная дифференциация их по субъектам, что приводит к разнице в доступности и качестве оказываемой помощи».[[21]](#footnote-21) Размеры тарифов ОМС в соседних субъектах могут расходиться в несколько раз, финансовая обеспеченность регионов различна, наблюдается кадровое и материальное несоответствие на одном и том же уровне оказания медпомощи. Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье» отмечает, что «в 2016 году тариф на первичный прием врача-терапевта в Санкт-Петербурге был в 3,5 раза выше, чем в Москве (355 рублей и 108 рублей соответственно), первичный прием у врача-хирурга — в 6,5 раза выше (364 и 56 рублей). Та же картина сложилась и со стоимостью лабораторных исследований В 2017 году стоимость амбулаторного посещения уролога с профилактическими целями в Ульяновской области в 5,3 раза ниже, чем в Республике Татарстан (55 рублей и 292 рубля), а стоимость обращения к кардиологу в Ульяновской области в 1,4 раза ниже, чем в Республике Башкортостан (681 против 979 рублей)».[[22]](#footnote-22) Из-за разницы в финансировании крупные лечебные учреждения лучше укомплектованы медицинским оборудованием и в них работают более квалифицированные кадры. Эксперты считают, что существующая разница в тарифах ставит медицинские учреждения разных регионов в неравные условия, что ведет к неравной доступности медпомощи для населения. Отмечается отсутствие единых стандартов лечения и диагностики в разных субъектах РФ.

Как отмечается в докладе НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения, «с недавнего времени финансирование медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь, включенную в базовую программу ОМС, стало осуществляться только из одного источника – средств ОМС, стала одноканальной. Это привело к ухудшению финансовой ситуации во многих медицинских организациях, но причина этого не реформа, а снижающееся финансирование отрасли и рост цен на медикаменты, медицинское оборудование, расходные материалы, обусловленный ослаблением рубля»[[23]](#footnote-23). До этого финансирование осуществлялось не только за счет средств ОМС, но и за счет субсидий из бюджета.

Установленный тариф страхового взноса 5,1 % для работодателей на ОМС не обеспечивает покрытия всех необходимых расходов на медицинскую помощь работающего населения, не говоря уже о неработающем, особенно пожилых, которые чаще всего пользуются медицинскими услугами. По словам известного ученого, одного из ведущих специалистов в области социальной защиты населения В.Д. Роика, доступность населения к медицинской помощи снижается из-за «неуплаты исполнительными органами региональных органов власти страховых взносов за неработающее население в необходимом объеме».[[24]](#footnote-24) Недофинансирование приводит к низкому качеству медицинского обслуживания, неудовлетворению потребностей населения и ухудшению состояния здоровья граждан. Пациентам приходится обращаться в платные клиники для получения качественного лечения, а это могут позволить себе далеко не все.

Застрахованные лица, обращающиеся в больницы и поликлиники по полису ОМС сталкиваются с множеством проблем. Огромные очереди в регистратуру на получение талона к специалистам, долгое ожидание приема в коридоре поликлиники, грубое отношение медицинского персонала - все это относится к государственной медицине. Люди вынуждены записываться на консультацию к докторам за много дней вперед, причем талонов не всегда хватает. Чтобы попасть к врачу с узкой специализацией, для начала нужно пройти терапевта и получить от него направление.

Часы работы поликлиник часто неудобны для работающих граждан, чтобы записаться на осмотр приходится брать отгул за свой счет. Также вместо того, чтобы лечить пациента, врач вынужден заполнять большое количество отчетных документов. Отведенное время на прием пациента уменьшается. Это свидетельствует об излишней бюрократии в медицине. Следовательно, снижается качество диагностики и лечения, появляются огромные очереди. Долгое ожидание медицинской помощи отодвигает сроки выздоровления больных, приводит к осложнению заболеваний, переходе их в хроническую стадию, инвалидизации людей или даже смерти. В наибольшей степени данная проблема касается пожилых людей, которых с каждым днем становится больше.

Вопрос доступности медицинских услуг для пожилых становится все более актуальным. Как пишет В.Д. Роик, «большой проблемой в системе здравоохранения является недостаток финансирования и отсутствие развитой медицинской и социальной инфраструктуры для оказания медицинской помощи и длительного обслуживания пожилых граждан».[[25]](#footnote-25)Население старше трудоспособного возраста имеет более высокий уровень потребности в медицинской помощи, чтобы его обеспечить медицинская система должна быть адаптирована к их нуждам, например, по мнению В.Д. Роика, «путем расширения сети учреждений для долговременного ухода».[[26]](#footnote-26) Иногда возникают случаи, когда пациенту необходима госпитализация, т.е. помещение его в стационар. Если пациенту предстоит плановая госпитализация, то он может столкнуться с ситуацией, когда в выбранном им медицинском учреждении нет свободных мест. В таком случае его вносят в список ожидания. Все это сказывается на здоровье пожилого человека не в лучшую сторону.

Министерством здравоохранения РФ в 2017 году были утверждены типовые отраслевые нормы времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врачей-специалистов. С этого момента для оказания пациенту медицинской помощи в амбулаторных условиях с учетом оформления документации врачу-кардиологу выделяется 24 минуты, врачу-эндокринологу - 19 минут, врачу-стоматологу-терапевту - 44 минуты.[[27]](#footnote-27) Ранее Приказом Министерства здравоохранения РФ были установлены нормы времени для следующих врачей:[[28]](#footnote-28)

* врача-педиатра участкового - 15 минут;
* врача-терапевта участкового - 15 минут;
* врача общей практики (семейного врача) - 18 минут;
* врача-невролога - 22 минуты;
* врача-оториноларинголога - 16 минут;
* врача-офтальмолога - 14 минут;
* врача-акушера-гинеколога - 22 минуты.

Несмотря на то, что данные нормы носят рекомендательный характер, врачам приходится их придерживаться из-за большого потока пациентов, что существенно снижает качество медицинской помощи. В частных клиниках и ЛПУ, обслуживающих по системе ДМС, не существует каких-либо четких норм времени на прием, однако продолжительность приема у специалиста существенно выше, чем в государственном ЛПУ, обслуживающим по системе ОМС.

Граждане сталкиваются с тем, что ОМС не покрывает все виды лечебных услуг, необходимых человеку. Очень часто врачи просят сдать необходимые анализы, например, гормональное исследование крови, УЗИ или КТ, МРТ какого-либо органа в платных медицинских центрах, чтобы неделями не стоять в списке ожидания на их бесплатное получение. Нередки случаи долгого ожидания результатов медицинских анализов, также могут их перепутать или вовсе потерять. Стоматологическая помощь, не смотря на то, что она может предоставляться бесплатно по полису ОМС, по факту оказывается людям некачественно. Используемые стоматологами при работе материалы отличаются по качеству не в лучшую сторону от тех, что применяют в платных стоматологиях.

На многих сайтах лечебных учреждений можно оставить отзыв о их работе, качестве предоставляемых услуг и отношении медицинского персонала. Также действует огромное количество форумов, на которых люди обсуждают недобросовестное отношение медицинских работников и говорят о плохом оказании медицинской помощи. Например, на сайте «ПроДокторов»[[29]](#footnote-29) можно выбрать регион из списка и город, оставить отзыв о работе медучреждения, действиях лечащего врача. Большинство отзывов, оставляемых пациентами имеют негативную окраску.

По мнению населения страны качество медицинской помощи постепенно снижается. Ежегодно Левада-Центр проводит опрос общественного мнения по оценке работы институтов социальной сферы, включая здравоохранение. Оценивая качество медицинской помощи в 2017 году, респондентам был задан вопрос: «Как изменилось качество медицинских услуг в России за последний год?». В опросе приняло участие 1600 человек. Большинство респондентов (41%) ответили, что не изменилось, 24% ответили, что несколько ухудшилось, а 15% - значительно ухудшилось.[[30]](#footnote-30)

С целью общественного контроля за доступностью бесплатной медицины с 2014 года в стране действует проект Доступнаямедицина.рф[[31]](#footnote-31) – федеральный веб-портал. Данный проект был создан при участии Министерства здравоохранения и ФАС России. На портале можно оставлять отзывы, составлять и отправлять жалобы на больницы, поликлиники, аптеки, медицинский персонал. Заявление обратившегося лица с сайта автоматически отправляется в уполномоченный орган власти, ответ органов государственной власти на вопросы клиентов возможно отследить на самом портале. За период работы сайта гражданами уже оставлено 8 756 сообщений о проблемах.

Типовые проблемы граждан классифицированы по разделам: «В аптеке», «В поликлинике», «В больнице», «При вызове врача на дом». Так, в разделе «В аптеке» выделяют проблемы: «лекарства продают с нарушениями (просрочены, нет маркировки, вскрыта упаковка и пр.)»; «отсутствует льготное лекарство, предусмотренное по рецепту». В разделе «В поликлинике» выделяют проблемы организационного характера и проблемы, связанные с процессом лечения. К проблемам организационного характера относят:

* отказываются обслуживать в поликлинике;
* длинные очереди к врачу/на процедуру/в регистратуру;
* мне нагрубили сотрудники поликлиники;
* здание поликлиники требует ремонта;
* невозможно дозвониться до поликлиники;
* поликлиника находится слишком далеко;
* нет условий для посещения поликлиники инвалидами;
* трудно записаться на прием/на процедуру;
* потеряли мои медицинские документы;
* инфраструктура медицинского учреждения недоступна для маломобильных граждан;
* проблема с временным полисом ОМС;
* требуют покупать бахилы;
* в поликлинике грязно.

К проблемам, связанным с процессом лечения относят:

* рецепт на лекарство выписан с нарушениями;
* не назначают анализ/процедуру;
* отсутствие карты в кабинете на начало приема;
* отсутствие лекарственного средства;
* используют старое медицинское оборудование;
* врача часто нет на месте.

В разделе «В больнице» также отмечены жалобы, связанные с процессом лечения, а именно: «меня не кладут в больницу»; «рецепт на лекарство выписан с нарушениями»; «используют старое медицинское оборудование». Рассматривают типичные вопросы для многих больниц: «здание больницы требует ремонта»; «невозможно дозвониться до больницы»; «здание больницы находится слишком далеко от населения»; «инфраструктура медицинского учреждения недоступна для маломобильных граждан»; «в больнице плохо кормят»; «в больнице грязно». В разделе «При вызове врача на дом» представлены: «бригада скорой помощи долго ехала или не приехала вообще»; «рецепт на лекарство выписан с нарушениями»; «мне нагрубили сотрудники скорой помощи»; «не отправили экипаж скорой помощи по вызову.

Подобно проекту Доступнаямедицина.рф действует сайт Госконтроль.Ру[[32]](#footnote-32). Портал был создан в качестве социального эксперимента, чтобы показать, насколько государство заинтересовано в борьбе с коррупцией в разных отраслях, в том числе здравоохранении. Большинство отзывов пациентов, связаны с бездействием, халатностью медперсонала, превышением должностных полномочий. Подобная ситуация показана по всей стране: и в крупных городах, и на уровне регионов. Перечисленные проблемы являются типичными для государственной системы здравоохранения и требуют решения со стороны органов государственной власти.

Все чаще в СМИ сообщается о случаях медицинской халатности в государственных медучреждениях, результатом которой становится непоправимый ущерб здоровью пациентов или летальный исход. Некомпетентность медицинского персонала, недостаточная профессиональная подготовка и уровень квалификации, недооценка серьезности той или иной ситуации при выполнении служебных обязанностей приводят к непоправимым ошибкам.

Недобросовестное отношение медицинских работников к своим служебным обязанностям может быть связана с плохой мотивацией к работе. Персонал медицинским учреждений жалуется на неблагоприятные условия труда, высокая производственная нагрузка, нервно-эмоциональное напряжение, повышенный риск заражения инфекционными заболеваниями и т.д. при низком материальном поощрении. Квалифицированные медицинские кадры уходят из государственного здравоохранения в частные лечебные учреждения. Среди причин ухода врачей из бесплатной медицины отмечают не только низкую заработную плату, но и несправедливость системы распределения оплаты труда, низкую социальную поддержку медицинских работников.

Каждый год медицинские вузы выпускают сотни молодых специалистов, но в государственном секторе все равно не хватает врачей. Кадровый дефицит сильно ощущается в сельской местности. Несмотря на то, что государство пытается стимулировать молодых врачей переехать работать в районные больницы (примером является действие государственной программы «Земский доктор»), вопрос нехватки медицинских работников остается все еще нерешенным.

Медицинская помощь сельскому населению остается плохо организованной. В деревнях не хватает фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП), осуществляющих доврачебную первичную медико-санитарную помощь, отсутствуют аптечные пункты. По данным Федеральной службы государственной статистики, число фельдшерско-акушерских пунктов с 2005 по 2016 год снизилось с 43,1 до 34,0 тысяч.[[33]](#footnote-33) Низкая плотность сельского населения, разбросанность населенных пунктов на большой территории, плохое качество дорог или их отсутствие, нехватка квалифицированного медицинского персонала препятствуют организации медицинского обслуживания. Все это свидетельствует о недоступности медицинской помощи для большой части жителей России.

К числу отрицательных моментов системы здравоохранения относят ограниченную доступность лекарственного обеспечения. Проблема получения бесплатных лекарственных препаратов остро стоит перед гражданами, которые согласно закону имеют на это право. В 2015 году Центром ОНФ «Народная экспертиза» на форуме Общероссийского народного фронта «За качественную и доступную медицину» были озвучены результаты проведенного опроса, согласно которому 36% из 2700 опрошенных представителей групп пациентов назвали обычным явлением, когда им приходится самостоятельно покупать лекарства, проходя лечение в стационаре. Респонденты отметили сохранившийся рост цен на лекарства, в т. ч. на жизненно необходимые препараты, причем рост цен на препараты отечественного производства за полгода составлял по данным Росстата 13,8%[[34]](#footnote-34).

По прогнозу Российской ассоциации аптечных сетей рост цен на рецептурные лекарства в 2018 году составит от 11 до 16%[[35]](#footnote-35). Таким образом, падает доступность получения различными группами населения качественных и эффективных лекарственных средств.

Остро стоит вопрос доступности опиоидных анальгетиков для больных онкологическими заболеваниями. Число смертей больных с данным заболеванием растет. Согласно данным Росстата, в структуре смертности населения России злокачественные новообразования занимают второе место (2016 г. - 15,6%; 2015 г. - 15,5%) после болезней системы кровообращения (2016 г. - 47,8%; 2015 г. - 48,7%)[[36]](#footnote-36). Недостаточный ассортимент препаратов для купирования сильных болей, малое количество необходимых закупок, отнесение опиоидных анальгетиков согласно Законодательству РФ к наркотическим веществам препятствуют их получению неизлечимыми больными. Несмотря на увеличивающееся число онкобольных взрослых и детей, в стране не хватает хосписов, которые бы обеспечили достойное существование неизлечимым пациентам на последнем этапе жизни. В 2016 году было выявлено 3 875 новых случаев злокачественных новообразований у детей в возрасте от 0 до 17 лет (3 734 случая в 2015 году) и 599 348 новых случаев злокачественных новообразований у взрослых (589 341 случая в 2015 году)[[37]](#footnote-37). Многие из действующих хосписов не соответствуют необходимым стандартам, в них не хватает койко-мест. Большинство из учреждений данного типа расположены в крупных городах, в регионах помощь не развита совсем. Некоторые из хосписов существуют за счет средств благотворительных организаций. Актуальна проблема нехватки медицинского персонала, т. к. в России не обучают врачей-специалистов данной сферы, стандартам оказания паллиативной помощи. Все это говорит о слабом развитии паллиативной помощи, отставании России от стран Запада и о проблемах в государственной системе здравоохранения.

По мнению В.Д. Роика, низкая доступность качественной медицинской помощью обусловлена рядом причин, одной из которых является «недостаточность и несовершенство профилактических программ с системе ОМС по раннему выявлению болезней с так называемыми катастрофическими последствиями (сахарный диабет, инфаркт, онкология)».[[38]](#footnote-38) В связи с тем, что с 2010 по 2016 год число пациентов с диагнозом сахарный диабет выросло с 3378,0 до 4610,8 тыс. чел., с болезнями системы кровообращения (с 32435,8 до 34640,9 тыс. чел.), включающие острый инфаркт миокарда (с 155,3 до 159 тыс. чел.), с данной точкой зрения нельзя не согласиться.[[39]](#footnote-39)

Государство видит существующие проблемы и стремится к совершенствованию ОМС. Так, основной целью государственной политики в области здравоохранения на период до 2020 года является формирование системы, обеспечивающей доступность медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.[[40]](#footnote-40)

Таким образом, несмотря на бесспорные достоинства системы ОМС, она не лишена огромного количества недостатков. Решение возникших в государственном здравоохранении проблем требует комплексного подхода для достижения поставленной государством цели, а также тщательного контроля со стороны органов государственной власти.

## 1.3 Доступность и качество медицинской помощи в РФ

Улучшение существующей системы здравоохранения составляет важное условие социально-экономического развития страны. Получение широкими слоями населения доступной, качественной и эффективной медицинской помощи повышает социальную защищенность граждан, а это в свою очередь способствует развитию личности и человеческого потенциала, а также общества в целом. Решение данной проблемы касается всех категорий граждан, но в первую очередь тех, о ком государство призвано заботиться в первую очередь. Речь идет о стариках, инвалидах, детях-сиротах, кто больше всех полагается на государство в вопросе охраны собственного здоровья.

Одной из целей государственной социальной политики выступает повышение доступности медицинской помощи. Доступность медико-социальной помощи в Российской Федерации законодательно рассматривается как один из основных принципов охраны здоровья населения. Это нашло отражение в нормативно-правовых документах, к примеру, в Программе государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, которая с 1998 года утверждается Правительством РФ ежегодно, а также в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения» и Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015 – 2030 гг. Обеспечение доступности и качества медицинской помощи, удовлетворяющей потребностям населения, при эффективном использовании государственных ресурсов является приоритетной задачей реализации Программы государственных гарантий. Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» подчеркивается, что «создание условий для обеспечения доступности медицинской помощи» является основным принципом организации ОМС.[[41]](#footnote-41)

Говоря о качестве медицинской помощи, необходимо понимать, что из себя представляет данное понятие. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» дает следующее определение: «качество медицинской помощи - совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата»[[42]](#footnote-42). Одним из критериев качества медицинской помощи является ее доступность. Под доступностью понимают свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров.[[43]](#footnote-43)Доступность медицинской помощи зависит не только от возможностей, которые предоставляет человеку государство, но и от его собственных возможностей.

Согласно данному Федеральному закону, доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются:[[44]](#footnote-44)

* организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения;
* наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации;
* возможностью выбора медицинской организации и врача;
* применением порядков оказания медицинской помощи и стандартов медицинской помощи;
* предоставлением медицинской организацией гарантированного объема медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;
* установлением в соответствии с законодательством Российской Федерации требований к размещению медицинских организаций государственной системы здравоохранения и муниципальной системы здравоохранения и иных объектов инфраструктуры в сфере здравоохранения исходя из потребностей населения;
* транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения;
* возможностью беспрепятственного и бесплатного использования медицинским работником средств связи или транспортных средств для перевозки пациента в ближайшую медицинскую организацию в случаях, угрожающих его жизни и здоровью;
* оснащением медицинских организаций оборудованием для оказания медицинской помощи с учетом особых потребностей инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями здоровья;
* применением телемедицинских технологий.

Критерии доступности и качества медицинской помощи отражены в Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на 2018 г. и на плановый период 2019 и 2020 гг. (утверждена постановлением Правительства РФ от 8 декабря 2017 г. N 1492). Они представляют собой количественные показатели, такие как, например:[[45]](#footnote-45)

* удовлетворенность населения медицинской помощью (процентов числа опрошенных);
* смертность населения (число умерших на 1 тыс. человек населения)
* смертность населения от болезней системы кровообращения (число умерших на 100 тыс. человек населения);
* смертность населения от новообразований, в том числе от злокачественных (число умерших на 100 тыс. человек населения);
* смертность населения от туберкулеза (случаев на 100 тыс. человек населения);
* смертность населения в трудоспособном возрасте (число умерших в трудоспособном возрасте на 100 тыс. человек населения);
* материнская смертность (на 100 тыс. родившихся живыми);
* младенческая смертность (на 1 тыс. родившихся живыми);
* смертность детей в возрасте 0—4 лет и 0—17 лет (на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста) и т.д.

Территориальными программами государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи быть установлены дополнительные критерии доступности и качества медицинской помощи и их целевые значения. На основании этих значений проводится оценка их уровня и динамика показателей.

В докладе НИУ ВШЭ по проблемам развития здравоохранения говорится, что ранее вносимые в Программу государственных гарантий в каждый год корректировки: «касались нормативов объемов медицинской помощи (измеряемых количеством врачебных посещений, числом вызовов скорой помощи, числом койко-дней в стационарах и числом пролеченных больных в дневных стационарах – в расчете на 1 тыс. населения), обеспечиваемые за счет государства, а также нормативов финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи и затрат в расчете на одного человека». [[46]](#footnote-46)Однако в последнее время изменения стали носить более конкретный характер, был расширен список критериев доступности и качества медицинской помощи, включены высокотехнологичные виды помощи.

Различные медицинские стандарты являются механизмом, который помогает государству реализовать право на доступность медицинской помощи. В них, в силу ограниченности средств закладывается минимальный уровень необходимой помощи, гарантируемый пациентам, которые обслуживаются по системе ОМС. Контроль за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинской помощи по ОМС осуществляется с помощью проведения таких мероприятий, как медико-экономический контроль, медико-экономическая экспертиза, а также экспертиза качества медицинской помощи. Медико-экономический контроль осуществляется специалистами страховых медицинских организаций (СМО) и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Медико-экономическая экспертиза проводится специалистом-экспертом, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС. Экспертиза качества медицинской помощи проводится экспертом качества медицинской помощи, включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи по поручению территориального фонда обязательного медицинского страхования или страховой медицинской организации.[[47]](#footnote-47)

Важным показателем системы контроля качества, отражающим эффективность работы медицинских учреждений, медицинских работников, а также органов государственной власти, является количество обращений граждан. Так, за 2017 год общее число обращений составило 79862, что ниже на 0,5% показателя 2016 года (80289). Из них за 2017 год 31337 поступили в центральный аппарат Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, 48525 поступили в территориальные органы Росздравнадзора по субъектам РФ (за 2016 год – 32778 и 47511 обращений[[48]](#footnote-48). Большое число обращений свидетельствует о высокой гражданской активности населения в вопросах здоровья, об обеспокоенности о качестве предоставляемых медицинских услуг в медицинских организациях.

В РФ существуют различия в возможности предоставления и получения медицинской помощи между жителями различных регионов. Развитию этого способствует большая протяженность страны, различный экономический потенциал территорий, разница в инфраструктуре и пр. Одной из важнейших задач всех уровней власти является повышение доступности и качества медицинской помощи жителям удаленных и труднодоступных районов. По данным Федеральной службы государственной статистики, на 2017 год 37,8 млн. человек проживают в сельской местности, что составляет 25,7 % от всех жителей страны.[[49]](#footnote-49) Пациенты, проживающие в сельской местности имеют неравный доступ к медицинскому обслуживанию и лекарственной помощи по сравнению с жителями городов и населенных пунктов городского типа. Неравенство населения в возможностях получения необходимой медицинской помощи, возникает в первую очередь из-за неоднородности обеспечения территорий объектами социальной инфраструктуры, отсутствии ФАП и больниц, неразвитости дорожно-транспортного сообщения, что препятствует работе службам скорой медицинской помощи.

Неудовлетворенность населением качеством медицинской помощи может быть связана как с самим процессом предоставления медицинских услуг, так и с его результатами. Как уже было отмечено ранее, среди проблем, на данный момент существующих в системе здравоохранения в России, имеет место высокая стоимость лекарственных средств, недостаточная оснащенность медицинских учреждений, дефицит кадров и низкая оплата их труда, увеличение объема платной медицинской помощи.

Доступность медицинской помощи не в последнюю очередь зависит от наличия и уровня квалификации медицинских кадров. Медицинские кадры – это значимый ресурс системы здравоохранения, он обеспечивает результативность и эффективность деятельности всей системы. Доступность медицинского обслуживания снижает такой фактор как трудность записи на прием к терапевту или узкому специалисту. Недовольство граждан вызывает сложность своевременного получения диагностического исследования, при этом также поступает предложение получить необходимые медицинские услуги за плату в этих же учреждениях здравоохранения. Такие характеристики медицинского обслуживания, как затраты времени пациентов на дорогу в медицинские учреждения, время ожидания в очереди за талонами и приема врача в поликлинике, сроки плановой госпитализации говорят о доступности медицинской помощи населению.

Таким образом, государством введены различные стандарты, обеспечивающих гражданам равный минимальный объем медицинской помощи. Несмотря на то, что осуществляется контроль за объемами, сроками и условиями предоставления медицинской помощи, большое число обращений граждан в Росздравнадзор говорит о том, что проблемы в системе ОМС не решаются в полной мере, а качество медицинской помощи оставляет желать лучшего.

Подводя итог вышесказанному можно сделать вывод о том, что государство стремится защитить человека, заботится о жизни и здоровье своих граждан. Предоставляя каждому застрахованному по системе ОМС лицу медицинский полис, государство дает возможность получения бесплатной медицинской помощи в определенных объемах при возникновении страхового случая, травмы или болезни. Однако, имеющиеся недостатки системы ОМС снижают качество и препятствуют равному доступу всего населения страны к медицинским услугам, что побудило людей искать альтернативные варианты и послужило становлению частной системы здравоохранения в лице частных медицинских клиник и ЛПУ, предоставляющих медицинскую помощь по системе ДМС.

# ГЛАВА 2. ОСОБЕННОСТИ ЧАСТНОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИИ

## 2.1 Развитие рынка частных медицинских услуг

Государственная система здравоохранения предоставляет гражданам необходимые виды медицинской помощи и оказывает различные медицинские услуги. Тем не менее, по­рой этого бывает недостаточно, пациенты остаются недовольны качеством предоставления государственными ЛПУ медицинского обслуживания. Невозможность или нежелание по­требителя получить медицинские услуги в государственных медучреждениях подталкивает его обратиться к частной системе здравоохранения.

Необходимо понимать, что входит в содержание понятия медицинская услуга. Со­гласно Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федера­ции» медицинская услуга - медицинское вмешательство или комплекс медицинских вме­шательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицин­скую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.[[50]](#footnote-50) Как пишет в мо­нографии Д.В. Михальченко, «медицинская услуга, являясь объектом гражданских прав, имеет определенную стоимость, поэтому ее оказание, согласно общему правилу, сопровож­дается эквивалентной обязанностью по ее оплате».[[51]](#footnote-51) Следовательно, в стоимость медицин­ской услуги включены материальные расходы на ее оказание и плата за труд тех, кто ее исполняет.

Отрицательное отношение пациентов к медицинскому обслуживанию по полису ОМС часто связаны с процессом организации и порядком предоставления медицинских услуг бюджетными учреждениями. Развитие рынка медицинских услуг, а именно частной системы здравоохранения, отчасти решает проблему получения населением качественного медицинского обслуживания. Показателем развития частной медицины является стреми­тельно увеличивающееся с каждым годом платных клиник и увеличение числа медицин­ских услуг, предоставляемых гражданам на платной основе.

Частная система здравоохранения начала формироваться сравнительно недавно, начиная с 1990-х годов. До этого момента медицинская помощь оказывалась только госу­дарственными ЛПУ. Развитию частной медицины в России способствовали ряд социальных и экономических предпосылок. Государственная система здравоохранения переживала кризис, ЛПУ финансировались по остаточному принципу, что приводило к множеству про­блем, а именно: низким зарплатам медицинских работников, сокращению рабочих мест, нехватке медицинской техники, технологическому отставанию и т.д. Россия переняла за­падный опыт, и параллельно с бюджетной системой стал развиваться рынок платных меди­цинских услуг. Появилось достаточно большое количество клиентов, готовых заплатить, но при этом получить более качественную медицинскую помощь. Как пишет В.А. Шаховой, «в частной системе здравоохранения в наиболее полном виде реализованы законы рыноч­ной экономики, где отношения между медицинским учреждением и пациентом индивиду­альны и основываются на принципе платности, а услуги оказываются на основе заключен­ного договора».[[52]](#footnote-52) Частная система здравоохранения финансируется за счет средств паци­ента в виде непосредственной оплаты за медицинские услуги или косвенно, через приобре­тение полиса ДМС.

Проблемы в государственном секторе также привели к формированию теневого сек­тора медицинских услуг. Теневой сектор медицины – это неформальные платежи за услуги врачей или другого медицинского персонала в государственных ЛПУ с целью получения медицины большего объема или лучшего качества. Платежи осуществляются чаще всего в наличной форме. Помимо государственных ЛПУ медицинские услуги в 90-е годы оказы­вали частные врачи в нелегальном порядке. Функционирование теневого рынка как раньше, так и сейчас вызывает мно­жество проблем для самих пациентов и государства в целом, поскольку деньги не остаются в медицинской сфере, а оказываются в руках отдельных лиц.

Одним из первых документов, в котором появилось понятие частной системы здра­воохранения, была принятая в 1993 году Конституция РФ. Статья 41 Конституции РФ опре­делила существование частной системы здравоохранения наравне с государственной и му­ниципальной. Также в этом году был принят документ «Основы законодательства об охране здоровья граждан», закрепивший правовой статус частных медицинских организаций.

Рынок частных медицинских услуг развивался в России постепенно. В 1996 году было принято Постанов­ление Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями», которое определило порядок и условия предоставления платных медицинских услуг всеми ЛПУ, независимо от их формы соб­ственности. Таким образом, государственные ЛПУ законодательно получили право предо­ставлять населению платные медицинские услуги. С 2012 г. было принято новое Постанов­ление Правительства «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организаци­ями платных медицинских услуг», которое отменило ранее действовавший документ. С 2000-х годов произошел рост платных медицинских учреждений. Стали открываться как отдельные многопрофильные центры, так и целые сети медицинских клиник.

Следует различать содержание понятий «платная медицина» и «частная медицина». Так, в понятие платная медицина включены платные медицинские услуги, которые могут предоставлять государственные и муниципальные ЛПУ, тогда как частная медицина – это платные клиники, собственники которой занимаются предпринимательской деятельностью с целью извлечения прибыли, предоставляя медицинские услуги населению на платной ос­нове. Деятельность частных ЛПУ, оказывающих платные медицинские услуги, отличается от государственных и муниципальных ЛПУ, также предоставляющих медицинскую по­мощь на платной основе. В.А. Шаховой отмечает, что «они имеют большую свободу в при­нятии решений, а процесс управления имеет более персонифицированный характер».[[53]](#footnote-53)

В настоящее время частную систему здравоохранения составляют создаваемые юри­дическими и физическими лицами медицинские организации, фармацевтические организа­ции и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья.[[54]](#footnote-54) В нее также входят научно-исследовательские, образовательные учреждения, создаваемые и фи­нансируемые частными организациями, общественными объединениями, а также физиче­скими лицами.

Как государственная, так и частная системы здравоохранения преследуют общую цель – охрана здоровья граждан и оказание медицинской помощи. Разница между ними со­стоит в том, что частные медицинские учреждения оказывают медицинские услуги за опре­деленную плату. Бесплатно услуги могут оказываться при участии в реализации Про­граммы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи или при осуществлении ими благотворительной деятельности.

Если полученная в результате работы медицинского учреждения прибыль не распре­деляется между учредителями, а направляется на развитие организации, то такое медицин­ское учреждение считается некоммерческим, и его деятельность регулируется соответству­ющими законодательными актами, например, Федеральным законом «О некоммерческих организациях». Если же в качестве основной цели, прописанной в уставе медицинской ор­ганизации указано извлечение прибыли, то она является коммерческой, деятельность его регулируется законодательством, распространяющимся на коммерческие организации.

Перечень услуг, которые оказывают частные медицинские учреждения очень разно­образен и зависит от типа лечебного учреждения. Чаще всего частные клиники можно под­разделить на специализированные и многопрофильные.

Многопрофильные клиники - организации, аналогичные традиционной поликли­нике по набору медицинских специальностей. Среди них можно выделить разнопрофильные клиники - организации, объединяющие врачей нескольких медицинских специально­стей, не являющихся смежными. В большинстве случаев они называют себя многопрофиль­ными клиниками, однако число специальностей в них недостаточно для функционирования в качестве поликлиники. Диагностические возможности таких клиник, как правило, уже, чем у многопрофильных; лабораторная диагностика часто отдается на аутсорсинг, т.е. ее выполняют другие медицинские организации. В настоящее время наблюдается расширение спектра услуг, предлагаемых многопрофильными клиниками, увеличивается число узко­профильных специалистов.

Специализированные клиники - организации, работающие в определенной медицин­ской области (или в нескольких, но, в отличие от «разнопрофильных» клиник, набор спе­циальностей не случаен, а отражает определенную концепцию оказания медицинской по­мощи).[[55]](#footnote-55)

Преобладающее число специализированных клиник работают в таких областях, как:

* стоматология;
* гинекология /акушерство /дерматология /венерология / репродуктология;
* урология / андрология / дерматология / венерология;
* косметология.

Также частные медицинские клиники оказывают следующие услуги:

* лечение офтальмологических заболеваний;
* пластическая хирургия;
* лечение проблем позвоночника;
* ЭКО;
* лечение зависимостей (наркотической, алкогольной, никотиновой), снижение веса.

Частные больничные учреждения, как правило, многопрофильные, но с небольшим числом коек. Средняя мощность обследованных частных стационаров составляет 29 коек. Частные стационары оказывают услуги по следующим основным профилям: терапия (71%), хирургия (66%), гинекология и неврология (по 60%), а также дерматология и отоларинго­логия (по 52 %).[[56]](#footnote-56)

По некоторым видам медицинских услуг, частное здравоохранение преобладает над государственным. Например, пластическая хирургия и косметология, а также почти вся сто­матология находится в руках платных клиник. В данных областях медицины особенно важна конфиденциальность, а степень доверия между врачом и пациентом в вопросах ин­тимного характера должна быть очень высокой, чего зачастую нет в государственных ме­дицинских учреждениях. Бюджетные ЛПУ не создают конкуренции платным клиникам, по­скольку, как правило, уровень предоставления ими медицинских услуг существенно ниже или необходимые услуги вовсе отсутствует.

Широко распространены организации, специализирующиеся на диагностических исследованиях. Частные медицинские компании специализируются на лабораторной диа­гностике и оказании других медицинских услуг. Примером такой компании может являться ИНВИТРО – это крупнейшая медицинская компания в России, занимающаяся лаборатор­ными исследованиями и имеющая развитую сеть центров по всей территории страны. Кроме выполнения лабораторных диагностических исследований, в ряде офисов медицин­ской компании доступна услуга врача-консультанта. Врач-консультант не ставит пациенту диагноз и не назначает лечение. Он дает рекомендацию, к какому специалисту должен об­ратиться больной, советует относительно проведения анализов, интерпретирует результат уже выполненных исследований.

Существует категория частных медицинских организаций, оказывающих отдельные медицинские услуги без помещений для приема больных. К услугам, которые предостав­ляют данные компании, относят:

* скорая помощь и госпитализация, услуги по перевозке /эвакуации больных;
* консультации врача общей практики либо по телефону, в ряде случаев круглосу­точно, либо в определенные дни и часы в офисе, где работают сотрудники компа­нии-клиента;
* патронаж - уход за тяжелобольными или пациентами, проходящими реабилитацию после лечения;
* медицинские осмотры и оформление медицинской документации для работников компаний, например, оформление и продление личной медицинской книжки.

Основой финансирования частной системы здравоохранения являются личные сред­ства населения. Источником дохода платных клиник выступают прямые платежи пациен­тов. В среднем их доля составляет 86% доходов частных медицинских организаций. Лишь половина из них получает средства от страховых компаний по добровольному медицин­скому страхованию (только 10% доходов этих организаций).[[57]](#footnote-57) При установлении цен на платные медицинские услуги, частные компании ориентируются на существующий на рынке уровень цен, на собственных конкурентов в лице других платных клиник, а также на желаемый объем прибыли, который они хотят получить.

В последние годы все больше россиян в надежде на лучшее качество обслуживания готовы отдать собственные средства. Сформировалась категория населения, имеющая фи­нансовые возможности и отказывающаяся обходиться минимальными стандартами меди­цинского обслуживания по системе ОМС. Они обращаются в частные медучреждения или пользуются платными услугами при государственных ЛПУ, тем самым формируя платеже­способный спрос на медицинские услуги и сервис более высокого качества. В связи с этим можно наблюдать стремительное развитие платных медицинских услуг в здравоохранении и рост объема оказания платных медицинских услуг на душу населения.

Таблица 1. Объем платных услуг на душу населения, в том числе медицинских, руб.[[58]](#footnote-58)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2005 | 2010 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Платные услуги насе­лению – всегоиз них: | 15828,8 | 34606,2 | 48272,8 | 51115,7 | 54989,7 | 58880,5 |
| медицинские | 764,7 | 1753,4 | 2900,4 | 3247,5 | 3608,9 | 3902,8 |

По сравнению с 2015 годом показатель объема платных услуг на душу населения вырос в 2016 году на 8,1% и составил 3902,8 руб. на 1 человека (см. Таблица 1). Количество оказываемых медицинских услуг населению в 2016 году (572, 4 млрд. руб.) выросло на 8,3% по сравнению с предыдущим годом (см. Таблица 2).

Таблица 2. Объем платных услуг населению, в том числе медицинских[[59]](#footnote-59)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2005 | 2010 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Миллионоврублей (в фактически действовавших ценах) |
| Платные услуги насе­лению – всегоиз них: | 2271733 | 4943482 | 6927482 | 7467521 | 8050808 | 8636277 |
| медицинские | 109756 | 250474 | 416227 | 474432 | 528359 | 572445 |
|  | В процентах к итогу |
| Платные услуги насе­лению – всегоиз них: | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| медицинские | 4,8 | 5,1 | 6,0 | 6,4 | 6,6 | 6,6 |

Рассмотрим востребованность платных медицинских услуг по различным медицин­ским направлениям. По данным «Бизнесстата», стабильно развиваются медицинские услуги офтальмологического профиля.[[60]](#footnote-60) Объем рынка медицинских услуг офтальмологи­ческого профиля в Петербурге, по оценкам экспертов, за 2016 год составил около 5 млрд рублей. При этом значительную долю рынка занимают государственные клиники, предо­ставляющие платные услуги - МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С. Н. Федорова, Оф­тальмологическая клиника СЗГМУ им. Мечникова, СПб ГБУЗ «Глазной диагностический центр № 7» и пр. В пятерку частных клиник по объему рынка офтальмологических услуг в 2016 году в Санкт-Петербурге входят компании «Эксимер», «Ава-Петер», «Меди», меди­цинский центр «XXI век», «Современные медицинские технологии». Сохраняется спрос на высокотехнологичные услуги, например, лазерную коррекцию зрения.

Растет интерес населения к рынку эстетической медицины и пластической хирургии. По оценкам экспертов, рост спроса в 2016 году составил около 15%, что позволяет оценить объем рынка пластической хирургии и эстетической медицины Петербурга в 3,5–4,6 млрд рублей.[[61]](#footnote-61) Пластическая хирургия и косметология стала доступнее более широкому кругу людей. Лидерами в сегменте пластической хирургии и эстетической медицины в Санкт-Петербурге стали компании «Меди», «Грандмед», «Вероника», медицинский центр «Medici», «СПИКА», «Медиэстетик», «Клиника им. Пирогова».

Остается выгодным для частных компаний в Санкт-Петербурге рынок медицинских услуг для детей. Эксперты оценили его объем в 2016 году более чем в 5 млрд рублей. При­ток пациентов в данном секторе медицинских услуг увеличивается, что можно объяснить проблемами в государственной бесплатной медицине, недовольством родителей оказания врачами-специалистами медицинской помощи. В поиске альтернативного варианта роди­тели детей вынуждены прибегать к услугам частных медицинских центров. Наибольшим спросом пользуются услуги педиатров, отоларингологов и аллергологов. Поводом обраще­ния к ним является рост простудных и аллергических заболеваний.

В Петербурге отмечают увеличение числа часто болеющих детей. В связи с этим платными клиниками внедряются специальные программы, направленные не только на по­стоянное наблюдение лечащего врача, но и на реабилитацию и оздоровление ребенка. Круп­нейшими компаниями, оказывающими помимо прочих услуг, услуги в педиатрии, явля­ются: «Ава-Петер», «21 век», «Ришар», «СМТ», «Европейский центр вакцинации».

Если рассматривать рынок стоматологических услуг в 2016 году, то спрос на стома­тологию практически не вырос. Это связано с отсутствием увеличения числа платежеспо­собных клиентов. Люди тщательнее выбирают клиники для дорогостоящего лечения, де­лают выбор в пользу более бюджетных вариантов. Объем рынка стоматологических услуг в Санкт-Петербурге в 2016 г. оценивается примерно в 6–8 млрд рублей. Не сокращается потребность в детских стоматологических услугах, открываются отдельные детские кли­ники и отделения детской стоматологии во взрослых клиниках. По разным подсчетам, в настоящее время в городе работает от 500 до 1000 различных стоматологий. Многие из них небольшого размера, они не выдерживают конкуренции, не нарабатывают собственную клиентскую базу и уходят с рынка. Лидерами остаются такие компании, как «Меди», «Ин­тан», «Стома», «Вероника», медицинский холдинг «Праймед» (сеть «Стоматологический центр города»).

Рынок медицинский услуг для женщин также имеет перспективы для развития. В него включены услуги в сфере гинекологии, акушерства (в период беременности, родов), а также в репродуктивной сфере. В 2016 году по Петербургу эксперты оценили его около 8 – 10 млрд рублей. Пациентки обращаются к специалистам для плановых профилактических осмотров к гинекологам и маммологам, а также для лечения заболеваний. Как считают эксперты, услуги по ведению беременности будут становится менее востребован­ными, поскольку семьям сложно решиться на рождение ребенка в силу непростой эконо­мической ситуации, а тем, кто на это решается, забеременеть удается не сразу из-за проблем со здоровьем. Специалисты полагают, что рынок медицинских услуг для женщин в будущем будет расти в связи с ухудшением здоровья населения, связанного с плохой экологией, сидячим образом жизни и неправильным питанием. В топ-компаний, специализирующихся на гинекологии, акушерстве и репродуктивной медицине в г. Санкт-Петербурге, входят: «Ава-Петер», «Медика», «Роддом 2», «МЦРМ», «Мать и дитя».

Нехватка клинических лабораторий в государственном здравоохранении способ­ствует развитию рынка частных лабораторных услуг. Клиенты обращаются в частные ла­боратории не только из-за качества и уровня сервиса, высокой скорости выполнения ра­боты, но и в принципе за возможностью провести исследования, т.к. их доступность по по­лису ОМС в государственных учреждениях существенно снизилась в последние годы. В 2016 году по Петербургу объем рынка составил около 4,8 млрд рублей. Наблюдается исчез­новение с рынка мелких компаний. Медицинские центры, имеющие собственную лабора­торию сокращают ассортимент выполняемых исследований или закрывают ее, отдают вы­полнение анализов на аутсорсинг. Себестоимость выполнения исследований в собственной лаборатории часто оказывается выше, чем у конкурентов в крупной сетевой лаборатории. На рынке остается меньше возможностей для прихода новых компаний. Лидерами среди частных лабораторий в Петербурге, давно зарекомендовавшими себя, остаются «Хеликс», «Инвитро», «Северо-Западный Центр доказательной медицины», «Лабстори», «Ситилаб», «Биотехмед», «Гемотест».

Несмотря на имеющуюся тенденцию роста общего объема платных медицинских услуг, нельзя сказать, что они являются доступными большинству населения страны. В большинстве своем визиты пациентов в частные клиники являются разовым явлением. По­стоянными услугами данных учреждений пользуется ограниченное число граждан. Основ­ная масса людей обращается к государственному здравоохранению в лице бюджетных ЛПУ. Некоторые совмещают обращения в бесплатные медучреждения и платные частные медицинские клиники. В основном препятствием для развития рынка частной медицины все еще является недостаточный уровень дохода россиян. К тенденциям развития частной системы здравоохранения относятся расширение ассортимента предлагаемых платными медицинскими учреждениями услуг, а также расширение сетей медицинских клиник, все большее становление многопрофильных центров, особенно в крупных городах страны.

Если рассматривать кадровый состав частных клиник, то можно видеть, что в них также работают врачи из государственных ЛПУ. Многие их них работают по совместитель­ству, совмещая частную практику и работу в бюджетной сфере. Благодаря своему опыту работы в государственных поликлиниках и больницах, большому потоку в них клиентов, медицинский персонал приобретает необходимые навыки и высокий уровень квалифика­ции, который востребован в частной медицине.

Пользование услугами частных клиник несет для пациента ряд несомненных пре­имуществ. В первую очередь чем частная медицина отличается от государственной – это индивидуальный поход к каждому клиенту, стремление удовлетворить все его потребности. В платных учреждениях можно вылечить широкий спектр заболеваний, с диагностикой которых в государственных ЛПУ часто случаются проблемы в силу низкого качества оборудования для проведений исследований. Проведение многих услуг, таких как некоторые виды косметологии и пластических операций все еще недо­ступны пациентам бюджетных медицинских учреждений, они оказываются только коммер­ческим сектором медицины.

Одним из достоинств частных клиник является отсутствие очередей и быстрота предоставления услуг. Пациенты государственных ЛПУ проводят большое количество вре­мени в очередях, ожидая записи или приема специалиста. Проведение многих медицинских исследований, госпитализации больных и плановых операций затягивается на долгий срок и проводится тогда, когда больной уже в этом перестает нуждаться. В платных клиниках не нужно ожидать специалиста, люди записываются на прием к врачам и приходят к строго отведенному времени. Записаться к врачу можно в срочном порядке или даже посетить его в день записи. Некоторые клиники практикуют выезд врачей на дом, если у человека нет времени посетить лечебное учреждение. При этом пациент вправе выбрать самостоятельно того специалиста, у кого он хочет проходить лечение. Нахождение пациента в частном ста­ционаре более комфортное. Как правило, он располагается в собственной или двухместной палате с имеющимися удобствами, лечение проводится интенсивными и прогрессивными методами. Обращение пациентов в частные клиники строго конфиденциально, медицин­ский персонал не вправе разглашать личные данные и историю болезни, что дает большую степень доверия к частной медицинской помощи по сравнению с государственной.

В силу огромной конкуренции на рынке частной медицине, большое внимание уде­ляется качеству обслуживания клиентов. Как отмечает В.А. Шаховой, «медицинские учре­ждения имеют высокую мотивацию на повышение качества и снижение стоимости услуг, поскольку им необходимо выиграть в конкурентной борьбе».[[62]](#footnote-62) Поэтому персонал клиники будет делать все, чтобы удовлетворить потребности кли­ента. Конкурентная среда между медицинскими учреждениями способствует тому, чтобы клиники старались поддерживать уровень сервиса, проводить различные ре­кламные акции с целью не потерять своих клиентов и привлечь новых.

Техническая оснащенность частных клиник часто намного выше бюджетных (если не брать в рассмотрение крупные государственные диагностические центры, расположен­ные в больших городах). В отличии от частных клиник, государство выделяет недостаточно средств для нового оборудования, многие исследования проводятся на старых медицинских аппаратах, что влияет на качество предоставления услуг, точность диагностики заболева­ний и последующее лечение.

Персонал частных клиник, как правило, высоко квалифицирован. Это люди, долго работающие в медицине и имеющие большой практический опыт. Многие из них перешли из бюджетной сферы, наработав уже там большую клиентскую базу и заслужив доверие своих пациентов. Для того, чтобы поддерживать высокий статус компании, в которой они работают, специалисты постоянно повышают свой уровень квалификации, ведут научную деятельность, участвуют в конференциях и международных форумах, обмениваются зна­ниями и опытом со своими коллегами.

Рассматривая плюсы работы в платных клиниках для медицинского персонала, в первую очередь стоит выделить достойную оплату труда. Заработная плата специалиста в государственном ЛПУ остается довольно низкой, что заставляет врачей работать на не­сколько ставок и по совместительству и не дает им мотивации качественно выполнять свою работу. Система оплаты труда в коммерческих клиниках устроена иначе, нежели в бюджет­ном учреждении и зависит от выручки всего учреждения. Если врач обладает высокой ква­лификацией и является ценным сотрудником, ему может быть предоставлен гибкий график работы или работа на неполную ставку, чтобы он мог совмещать работу в государственном ЛПУ. У врачей частных клиник нет такого дефицита времени на прием пациентов как в государственных. Времени клиенту выделяется больше, что дает врачу поставить более точный диагноз и качественно выполнить работу. В государственных больницах на паци­ента выделяется определенное число минут. Помимо работы с больным, специалист вы­нужден обращать внимание на заполнение медицинской документации, написание отчетов, что снижает качество медицинского обслуживания и косвенно наносит вред пациенту.

К отрицательным моментам работы в частной системе здравоохранения можно от­нести то, что работник может быть трудоустроен по договору без оформления трудовой книжки, что делает его уязвимым, социально незащищенным. Договор между работником и медицинским учреждением может быть расторгнут по желанию владельца клиники, также не всегда оплачиваются больничный и отпуск, положенный по законодательству РФ.

Стоимость медицинских услуг в частном здравоохранении нередко бывает очень вы­сока и недоступна большой части населения. Позволить обращаться в платные клиники могу работающие люди с достаточным уровнем дохода. Широким слоям населения -нера­ботающим и малообеспеченным гражданам; пожилым, которые живут только на пенсию, обращаться к платным специалистам слишком дорого. На лечение сложных заболеваний у клиента может не хватить средств. К тому же цена предоставляемых услуг может быть сильно завышена или недостаточно прозрачна, не соответствовать качеству и постоянно расти. Присутствует такое явление как гипердиагностика заболеваний, когда врач назна­чает лишние дорогостоящие процедуры и вмешательства без достаточных медицинских по­казаний с целью заработка на пациенте.

Вопрос квалификации медицинского персонала также можно подвергнуть сомне­нию, т.к. в теневом секторе медицины существует большое количество нелегальных кли­ник, работающих без лицензии. Бывает трудно оценить опыт специалистов, предлагающих свои услуги, многие из них не имеют медицинского образования. Согласно статье 235 Уго­ловного кодекса РФ незаконное осуществление медицинской деятельности влечет за собой штраф, принудительные работы, ограничение или лишение свободы, в зависимости от сте­пени тяжести причиненного вреда. Тем не менее, частные клиники продолжают осуществ­лять незаконную деятельность, причиняя непоправимый вред здоровью и жизни людей сво­ими действиями. Если специалист платной клиники совершил врачебную ошибку по причине халат­ности иди недостатка опыта, пациенту будет сложно доказать свою правоту, добиться спра­ведливости. В государственном ЛПУ сделать это будет гораздо проще. Стандарты предо­ставления медицинских услуг платными клиниками не регулируются органами власти, гос­ударство не контролирует качество медицинских процедур, поэтому применение медицин­ских технологий могут быть небезопасно для здоровья пациентов.

Рассмотрев подробнее частною систему здравоохранения, можно сделать вывод о том, что несмотря на ее привлекательность, существует множество вопросов, которые необ­ходимо решить, чтобы рынок частных медицинских услуг мог стабильно функционировать и развиваться, обеспечивать пациентов качественным, а главное безопасным для жизни и здоровья медицинским обслуживанием. Государство должно осуществлять необходимую проверку стандартов и качества предоставления услуг частными лечебными учреждени­ями, вовремя пресекать все попытки их нарушения.

## 2.2 Развитие системы добровольного медицинского страхования в России

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 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 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 (ДМС) предназначено «для финансирования оказания медицинской помощи сверх социально га­рантированного объема, определяемого обязательными страховыми программами».[[63]](#footnote-63) 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, повышаю­щей качество медицинских услуг и предоставляющей повышенные социальные гаран­тии»[[64]](#footnote-64).

Система ДМС действует во многих западных странах. Так, К.К. Касимовский, Е.П. Жиляева, 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».[[65]](#footnote-65)

Система ДМС подобно государственной системе здравоохранения преследует об­щую цель – предоставление населению гарантию 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 одновременно может быть застрахованным лицом. Медицинскими организациями выступают различные ЛПУ, заключающие соглашение 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.[[66]](#footnote-66) В сегменте ДМС значи­тельно преобладает коллективное страхование. В основном ДМС приобретает предприятия для своих сотрудников, заботясь о здоровье своих сотрудников. 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. 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».[[67]](#footnote-67)

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 ЛПУ 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»[[68]](#footnote-68).

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%.[[69]](#footnote-69) 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 ожидания 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 проводится 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, т.е. 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.»[[70]](#footnote-70) 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, «депозитный 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)[[71]](#footnote-71). Проблема «старения» населе­ния и наряду с ней социальной зашиты 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 мало­обеспеченным 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.[[72]](#footnote-72)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.

## 2.3 ДМС как фактор повышения качества медицинской помощи для пожилых

В настоящее время не теряет своей актуальности вопрос обеспечения медицинской помощью пожилых людей в контексте повсеместного старения населения и увеличения средней продолжительности жизни. Рассматривая вопросы медицинского страхования, Князева Е.Г. в своей монографии пишет о возрастном парадоксе, который заключается в том, что «затраты на оказание медицинской помощи людям в возрасте от 65 лет и старше составляют от 30 до 50% общих расходов в здравоохранении. Согласно международным критериям, население считается старым, если доля людей в возрасте старше 65 лет и старше составляет более 7% всего населения».[[73]](#footnote-73) Как отмечает Роик В Д., «в 1960-е годы доля старших возрастных групп в большинстве индустриально развитых стран составляла около 8%, то сейчас она составляет 20%, а к 2030 году приблизится к 26%. При этом за период с 1960 по 2000 год средняя продолжительность жизни в странах ЕС увеличилась на четыре года».[[74]](#footnote-74) В 2013 году первое место в мире по уровню старения занимала Япония, где почти каждый третий человек находился за порогом старости (32%) пожилых. Также в первой десятке находились представители Западной Европы и Скандинавии, Россия в этом списке зани­мала 17-е место.[[75]](#footnote-75)

В России большое количество людей находится за пределами трудоспособного воз­раста. По данным Росстата, число женщин и мужчин на 2017 год старше 65 лет составляет 20 867 263 человек, а это 14,2% от всего населения страны.[[76]](#footnote-76) Старение населения объек­тивно влечет за собой рост заболеваемости и нетрудоспособности, ухудшение качества жизни, что, в свою очередь, приводит к возникновению проблем с трудовыми ресурсами (количественными и качественными) и требует увеличения расходов на оказание медицин­ской помощи.[[77]](#footnote-77)

Состояние существующей системы здравоохранения отражает также такой показа­тель, как ожидаемая продолжительность жизни при рождении. По среднему варианту про­гноза ожидаемой продолжительности жизни показатель вырос с 2010 по 2018 год, однако Россия все равно значительно отстает от развитых стран. Так, в 2010 году ожидаемая про­должительность жизни в России составила 68,9 лет, а в 2018 году – 72,9 лет, т.е. выросла на 5,5%.[[78]](#footnote-78) Однако по данному показателю Российская Федерация значительно отстает от дру­гих стран (Австралия – 82 года, Австрия – 81 год, Бельгия – 80 лет, Канада – 82 года, Фин­ляндия – 81 год, Франция – 82 года, Италия – 82 года, Япония – 83 года).[[79]](#footnote-79) Высокий пока­затель смертности среди людей трудоспособного возраста, в особенности смертность среди мужчин, влияет на показатель ожидаемой продолжительности жизни. Число умерших в трудоспособном возрасте мужчин на 1000 человек в 2016 году составило 8,0 человек, среди женщин – 2,2 человека, общий показатель – 5,3 человека.[[80]](#footnote-80)По словам руководителя Инсти­тута экономики здравоохранения НИУ ВШЭ и члена Экспертного совета при Правитель­стве Российской Федерации С.В. Шишкина «по показателям смертности трудоспособного населения разрыв между Россией и странами Европы намного больше, чем разрыв по об­щим показателям смертности. Смертность трудоспособного населения в России в четыре раза превышает европейские показатели».[[81]](#footnote-81) Хотя показатель смертности среди населения в последние годы снизился, в 2010 году по данным Росстата составлял 14,2 человек на 1000 человек населения, а в 2016 году – 12,9 человек, он все равно остается высоким по сравне­нию с европейскими странами (9,8 человек в странах ЕС в 2009 году).

По данным экспертов, потребление трудоспособным населением в возрасте от 16 до 55-60 лет медицинской помощи в России составляет 10,4%. При том, что среди обращав­шихся за амбулаторной медицинской помощью 22,7% - дети, а 25,9% - лица старше трудо­способного возраста. Доля трудоспособных среди пациентов, плативших за медицинскую помощь, составляет 19,5% - за амбулаторную и 38,5% - за стационарную помощь, что зна­чительно превышает долю плативших нетрудоспособных. С.В. Шишкин отмечает, что «трудоспособное население меньше получает медицинской помощи и меньше внимания здравоохранения, хотя чаще платит за медицинскую помощь. В качестве ключевой про­блемы, с какой могут столкнуться как те, кто платит и так и те, кто не платит за медицин­скую помощь, это низкое качество квалификации, невнимание со стороны работников си­стемы здравоохранения»[[82]](#footnote-82). Таким образом, основными потребителями медицинских услуг являются пожилые люди. По словам В.Д. Роика, «лица в возрасте 65 лет и старше прибе­гают к медицинским услугам вдвое чаще, чем население в целом, на них приходится не менее 40% совокупных расходов на здравоохранение и социальное обслуживание».[[83]](#footnote-83) Сле­довательно, размер взносов за неработающее население, включающее в себя пожилых лю­дей, должен быть выше, чем на трудоспособное из-за их частого обращения в ЛПУ в связи с различными заболеваниями и более высокого потребления медицинских услуг.

Существующая демографическая ситуация в стране, увеличивающееся число пожи­лых людей оказывают прямое влияние на функционирование и расходы системы здраво­охранения, а также системы социального обслуживания. Возрастает нагрузка на медицин­ские учреждения и учреждения социальной защиты населения, а вместе с тем на работников здравоохранения и социальной сферы в области гериатрии и геронтологии. По мнению Е.Г. Князевой, «изменения в численности населения, в уровне и структуре заболеваемости должны учитываться при планировании деятельности медицинских учреждений, их мощ­ности и финансирования, чтобы при имеющемся ограниченном объеме ресурсов способ­ствовать созданию и развитию такой системы здравоохранения, которая будет влиять на показатели, отражающие уровень здоровья и качество жизни населения, а также обеспечи­вать соблюдение принципов доступности и эффективности».[[84]](#footnote-84)

Увеличение доли пожилых людей в общей численности населения страны, приводит к росту расходов на пенсионное обеспечение и здравоохранение. Государству необходимо будет найти и привлечь дополнительные финансовые ресурсы для поддержания системы социального страхования, в частности государственного медицинского страхования, на до­стойном уровне. Это будет означать, что будет сокращено финансирование других важных отраслей, перенеся денежные средства в отрасль здравоохранения или увеличит обязатель­ства, которые ложатся на плечи трудоспособного населения. Как следствие размер налого­вых отчислений и страховых взносов станет больше. Возрастающая нагрузка на работаю­щее население также приведет к увеличению трудоспособного возраста, чему свидетель­ствуют частые дискуссии о повышении пенсионного возраста в стране. Также изменится структура спроса на услуги. Возникнет потребность в определенных социальных и меди­цинских услугах, характерных именно для пожилых. Потребуется реформирование госу­дарственной системы здравоохранения, включения в нее профилактики и лечения болезней в пожилом возрасте. Для этого необходимо решение вопросов финансового обеспечения ОМС, создание инструментов, через которые данные мероприятия будут осуществляться.

Как пишет В.Д. Роик, «по стандартам Всемирной организации здравоохранения, на здравоохранение необходимо выделять не менее 6% ВВП, а по стандартам Организации экономического сотрудничества и развития – не менее 7% ВВП.[[85]](#footnote-85) В России этот показатель в 2016 году составил 3,6% ВВП.[[86]](#footnote-86) Имеющиеся данные свидетельствуют о низком уровне расходов на здравоохранение в России. Низкий уровень страховых взносов на ОМС, кото­рые вносят только работодатели и в которых не принимают участие трудоспособное насе­ление, является препятствием для развития системы ОМС. Работники не имеют возможно­сти влиять на формирование финансовой базы, которая впоследствии идет на оказание ме­дицинской помощи, а также управлять накопленными страховыми ресурсами. За них это делает государство, определяя стандартный набор гарантий получения населением меди­цинской помощи.

В связи с этим многие ученые выступают с предложениями по совершенствованию финансирования системы ОМС и ее реформированию. Так, например, В.Д. Роик полагает, что «привлечение к финансовому участию в ОМС самих работающих и установление ми­нимального размера страхового взноса для работающих позволит сформировать значитель­ные по объему страховые фонды, достаточные для покрытия расходов на медицинскую по­мощь не только работников, но и членов их семей, а также учитывать повышенные расходы на медицинские услуги работников в периоды получения пенсии».[[87]](#footnote-87)Также в качестве воз­можных направлений развития он видит «повышение размеров страховых взносов субъек­тов РФ за неработающее население; введение в практику медицинского страхования стар­ших возрастных групп населения, чьи риски заболеваний существенно выше среднестати­стических показателей; применение частичной оплаты (до 10%) застрахованными лицами медицинской помощи в момент ее предоставления; введение накопительных счетов насе­ления в рамках ОМС, обеспечение их информационной доступностью для застрахованных лиц».[[88]](#footnote-88) По словам В.Д. Роика «участие потребителя медицинских услуг в финансировании расходов на лечение заставит его осознать реальное соотношение цены и качества услуг».[[89]](#footnote-89)

Как отмечает в монографии И.А. Гареева, «введение системы платных услуг в поли­клиниках, стационарах не решило проблемы дефицита денежных средств и не улучшило качество оказываемой медицинской помощи». [[90]](#footnote-90) Решение существующей проблемы финан­сирования ОМС она видит в введении специального медицинского налога, исчисляемого из заработной платы граждан. По мнению Б.И. Трифонова, «одним из направлений модер­низации является переход к накопительной системе финансирования медицинской помощи для населения пожилого возраста. При данном механизме финансовая устойчивость к де­мографическим изменениям достигается за счет формирования накоплений во время тру­довой деятельности».[[91]](#footnote-91)

Проанализировав сложившуюся ситуацию в системе ОМС и рассмотрев мнение раз­личных авторов, можно прийти к выводу о том, государственное здравоохранение, несо­мненно, нуждается в поиске дополнительных источников финансирования и альтернатив­ного варианта обеспечения граждан качественной медицинской помощью, которым может стать развитие системы добровольного медицинского страхования. Решение вопроса повы­шения качества медицинской помощи можно видеть в совершенствовании системы ДМС. Одним из возможных способов финансирования здравоохранения может стать создание ме­ханизма накоплений на основе системы ДМС. Накопительная система финансирования ме­дицинской помощи для населения пожилого возраста позволит сформировать необходимые денежные средства, которые пойдут на обеспечение каждого пожилого человека медицин­скими услугами по системе ДМС.

Предлагается получение гражданином при выходе на пенсию полиса ДМС в допол­нение к полису ОМС, который бы расширил перечень возможных вариантов оказания ме­дицинской помощи, уже предоставляемых населению по полису ОМС, повысил качество и быстроту оказания медицинских услуг. С полисом ДМС пожилые люди получат возмож­ность получить лечение, сверхустановленное программой ОМС в лучших ЛПУ наиболее быстрым способом. Взносы на ДМС уплачиваются в добровольном порядке, с согласия ра­ботающего лица.

Для того, чтобы сформировать необходимые финансовые ресурсы, каждому офици­ально трудоустроенному человеку начиная с 18 лет ежемесячно необходимо отчислять до­полнительный процент от начисленной заработной платы на медицинское обслуживание по системе ДМС в специально созданный для этого государственный фонд. Размер отчислений должен определяться законодательно. Было бы целесообразно, чтобы ставка от начисленной заработной платы составляла не менее 1%.

Страхование данного типа имеет долгосрочную перспективу и подразумевает суще­ствование одновременно двух разных потоков платежей: страховых взносов и выплат. Раз­мер страховых взносов заранее установлен, он также зависит от вероятности дожития до определенного возраста. Страховые выплаты имеют случайный характер и зависят от воз­никновения страхового случая, т.е. заболевания или травмы. Размер выплат и их момент могут варьироваться. Если страховой случай возникнет у лица старше трудоспособного возраста, то потребность в медицинской помощи у него будет выше, чем в трудоспособном. Расходы на оказание пожилому человеку медицинской помощи будут выплачиваться как из накопленных работником в течение трудовой деятельности средств, так и за счет резер­вов, сформированных с помощью других застрахованных. Для этого на каждого работаю­щего человека должен в государственном фонде быть создан специальный персональный счет, где будут накапливаться выплачиваемые им страховые проценты. При наступлении пенсионного возраста накопленные денежные средства будут использованы для покрытия расходов на медицинскую помощь по системе ДМС, которая бы дополнила ОМС. В связи с тем, что совместное участие работодателей и работников в финансировании системы здравоохранения положительно оценивается экспертами, следует рассмотреть воз­можность совместных отчислений работников и их работодателей в данный государ­ственный фонд. Если данная система будет закреплена на законодательном уровне, то риски различных заболеваний будут распределены среди большого числа застра­хованных, что существенно снизит стоимость страхового полиса ДМС по сравнению с настоящим временем, т.к. стоимость медицинских услуг станет меньше в силу их массового характера.

Тем не менее, чтобы трудоспособные граждане поддержали данную инициативу, необходимо решение ряда задач. В первую очередь, должна вырасти информированность населения о существующих проблемах в здравоохранении, в том числе по части его финан­сового обеспечения, необходимости участия граждан в формировании накоплений для по­лучения ими в старости медицинской помощи по полису ДМС. Во-вторых, должно быть повышено доверие населения к механизму страхования, доказана безопасность и эффектив­ность участия в данной программе, показан положительный опыт. Для этого принципы ра­боты фонда, регулирование и контроль за его деятельностью должен быть понятен всем застрахованным. Также необходимо предоставить прозрачную финансовую отчетность, со­здать равную доступность к ней всем гражданам. Люди должны понимать, какие именно дополнительные возможности они получат при достижении пенсионного возраста по по­лису ДМС, в связи с этим должен быть четко сформирован перечень видов и объем меди­цинских услуг, предоставляемых по данной системе.

Очень важным вопросом следует обозначить количество лет, в течение которых ра­ботник должен делать отчисления в фонд, чтобы накопить необходимую сумму на покры­тие медицинских расходов в пожилом возрасте. Оценить данный вопрос людям, не являю­щимся специалистами в данной области достаточно сложно, расчетом должны заняться специальные созданные государственные структуры. Если учитывать, что средний возраст окончания специалистами высших учебных учреждений и выхода на работу составляет 22-23 года, то продолжительность трудовой жизни должна составлять не менее 30 лет до вы­хода на пенсию. Соответственно, в течение данного периода времени необходимо осу­ществлять отчисления в государственный фонд.

Проведенный опрос работников СПбГУ свидетельствует об их позитивном отноше­нии к системе ДМС. Исследование показало, что значительное число респондентов удовле­творены качеством медицинской помощи по системе ДМС и наоборот, негативно отзыва­ются о различных аспектах предоставления медицинских услуг по системе ОМС, что ука­зывает на недостатки системы ОМС. Результаты оценки респондентами качества предо­ставления медицинских услуг, несомненно, носят субъективный характер, и в малой сте­пени служат научным основанием для выводов относительно состояния государственной и частной систем здравоохранения. На результаты опроса могли повлиять множество факто­ров, среди которых следует выделить самочувствие человека на момент опроса, его эмоци­ональное состояние и т.д. Тем не менее полученные данные об отношении работников СПбГУ к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС, следует принять во внимание.

Поскольку среди участников опроса преобладали люди пожилого возраста, то при ответе на вопрос, какие дополнительные возможности они хотели бы получать по полису ДМС, в основном были отмечены стоматологические услуги, реабилитация и/или сана­торно-курортное лечение, косметологические услуги. В связи с эти можно предположить, что данные услуги также были бы востребованы среди пожилых по полису ДМС, который предоставлялся бы гражданам дополнительно к полису ОМС при выходе на пенсию.

Исследуя вопрос о дополнительных источниках финансирования системы здраво­охранения и возможном введении ДМС в качестве государственной системы, а также отно­шении к этому населения, работникам СПбГУ был задан вопрос: «Готовы ли Вы сейчас отчислять 1 % от заработной платы в предполагаемый государственный фонд, чтобы в пен­сионном возрасте гарантированно получать дополнительные медицинские услуги к Ва­шему полису ОМС?» Ответы респондентов показали, что в целом работающие люди тру­доспособного возраста положительно относятся к введению данной инициативы. Прове­денный опрос показал, что чем моложе работник, тем выше его готовность делать отчисле­ния от заработной платы на медицинское обслуживание по системе ДМС.

Для того, чтобы узнать, является ли введение ДМС в качестве государственной услуги для лиц достигших пенсионного возраста перспективным направлением, было важ­ным узнать мнение не только потенциальных получателей медицинской помощи по полису ДМС, но и специалистов, работающих в данной сфере, занимающихся организацией ДМС. Так, по мнению директора департамента ДМС Северо-Западного филиала «Росгосстрах» В.М. Посохова введение полиса ДМС в дополнение к полису ОМС в пожилом возрасте яв­ляется «интересной идеей». Однако он отмечает, что интерес населения будет зависеть от того «что будет предлагаться на выходе, что это будет за программа и в каком она будет виде». Он считает, что «вопрос состоит в том, что будет предлагаться в этих программах. Например, если рассматривать стоматологию, то в пожилом возрасте, это уже определен­ный ее вид - протезирование, имплантация - это все вещи дорогостоящие, не входящие в настоящее время в полис ДМС». Также В.М. Посохов подтверждает, что «пожилые люди хотят пользоваться полисом ДМС, сам неоднократно разговаривал по телефону, когда че­ловек звонит и говорит: «Я пенсионер, инвалид, можно ли мне оформить полис». Люди хотят избежать систему ОМС, длительность процесса лечения, который там имеется, но вместе с этим у людей нет денег оплачивать полис, т.к. он дорогой, но потребность у них в этом есть». В качестве ответа на вопрос о том, как государство должно стимулировать раз­витие ДМС в стране он говорит следующее: «уже давно идет дискуссия, что работодатель оплачивает фактически два раза медицинскую помощь: с одной стороны, это отчисления в ОМС, с другой - расходы на ДМС. Возможно, государство должно как-то изменить суще­ствующую систему уплаты взносов. Пока оно еще не пришло к какому-то решению, потому что есть сложности». Совершенствование системы ДМС в будущем В.М. Посохов видит в во включении в программы ДМС профилактики заболеваний, т.к. это будет выгодно для самих страховых компаний «для страховых компаний профилактика - это один из вариан­тов регулирования итоговой убыточности. Страховой компании будет выгоднее вовремя находить какие-то заболевания, предпосылки к их развитию и вовремя их предотвращать, чем потом лечить».

Как отмечает ведущий специалист отдела социальной защиты работников СПбГУ Ю.Н. Кидун, «мне кажется, было бы очень хорошо, если бы это стало возможным. Я бы хотела при выходе на пенсию иметь такой полис, никаких проблем бы у меня не было, не было бы проблем у моих детей. Я могла бы сама решить этот вопрос, не обращаясь к ним за помощью». Вместе с тем она говорит о том, что «государству следует провести исследо­вание, насколько это нужно людям, сделать необходимые расчеты. У нас, в большом го­роде, много клиник, много больниц, большой выбор. Нужно ли это будет людям в малень­ком городе, кто знает? Нужно проводить масштабные исследования». По ее словам, после проведения экономических исследований и расчетов, вопрос должен быть решен техниче­ски, а именно, создан сам механизм отчислений. Ю.Н. Кидун говорит о том, что «Пенсион­ный фонд и ОМС уже имеют подобную практику, значит, в данном случае тоже можно подсчитать. Как это должно отчисляться, в каком объеме, с какого возраста, кто должен платить-человек или государство и т.д. – на данные вопросы необходимо дать ответ». Она считает реальным внедрение подобной системы при существующих технических возмож­ностях, однако «прежде всего, следует подсчитать экономическую целесообразность пла­нируемых мероприятий, насколько государству это будет выгодно или нет, на ОМС больше тратиться бюджетных средств или меньше их расходовалось бы на ДМС. После этого уже должны приниматься какие-то решения».

Каждый человек в молодом возрасте должен подумать о своем собственном здоро­вье, предусмотреть возможные риски заболеваний, которые могут возникнуть в пожилом возрасте. Гражданам в вопросах здравоохранения не следует полностью полагаться на гос­ударство, необходимо самим предпринимать решения в вопросах здоровья. Система ДМС поможет в этом в получении качественной медицинской помощи. По словам Ю.Н. Кидун, «в принципе человеку лучше рассчитывать все-таки на себя, нельзя ответственность за себя целиком перекладывать на кого-то. Нужно доверять, но проверять. Если государство будет нас страховать, если государство будет нас защищать, то это прекрасно, но целиком и пол­ностью взрослые люди не могут положиться. Маленький ребенок может довериться цели­ком, взрослый человек вряд ли».

Таким образом, можно сделать вывод, что система накоплений на основе ДМС имеет перспективы развития. Для ее создания государству необходимо сделать ряд шагов. Прежде всего, нужно провести масштабные исследования, подтвердившие бы значимость и востре­бованность населением получения медицинской помощи данным способом, просчитать все возможные риски, а также экономический и социальный эффект от введения данной си­стемы в действие. Государство должно определить перечень и объемы медицинских услуг, которые бы получал человек по полису ДМС при выходе на пенсию, дополнительно к услу­гам, предоставляемым полисом ОМС. Новые нормы, государственные гарантии и стан­дарты предоставления медицинской помощи по системе ДМС необходимо законодательно закрепить.

Резюмируя вышесказанное, можно отметить что, частная система здравоохранения, не лишена как достоинств, так и недостатков. Она включает в себя медицинские учрежде­ния, предоставляющие медицинские услуги на платной основе, и частные страховые ком­пании, организующие лечение застрахованных лиц в ЛПУ по системе ДМС. Частная си­стема здравоохранения обладает перед государственной системой таким несомненным пре­имуществом как качество и быстрота предоставления медицинских услуг. Несмотря на вы­сокую стоимость медицинских услуг платных клиник, данный способ получения медицин­ского обслуживания остается востребованным. ДМС ничем не уступает по качеству меди­цинской помощи, получаемой пациентами в частных медицинских учреждениях, а стои­мость услуг ниже из-за страхового механизма, который лежит в основе системы ДМС. Все это делает ДМС привлекательным в глазах потенциальных получателей медицинских услуг и дает ему возможность стать фактором повышения качества медицинской помощи.

# ГЛАВА 3. ОТНОШЕНИЕ РАБОТНИКОВ СПбГУ К МЕДИЦИНСКОМУ ОБСЛУЖИВАНИЮ, В ЧАСТНОСТИ ПО СИСТЕМЕ ДМС (НА ОСНОВЕ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ)

## 3.1 Программа социологического исследования

*Проблема*

Различные процессы, происходящие в обществе, постоянно меняющаяся экономическая ситуация в стране влияют на здоровье людей. Состояние здоровья россиян находится на низком уровне. Остается велика статистика заболеваний по основным классам болезней, а также социально-значимым болезням, к которым относят туберкулез, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, гепатиты В и С и др. По данным Росстата, в 2016 году выявлено 115 187 тыс. больных с диагнозом, установленным впервые в жизни (по основным классам болезней), что на 1,1 % выше статистики 2015 года (115 187 тыс. человек).[[92]](#footnote-92) В 2016 г. было зарегистрировано 658,1 тыс. человек больных социально-значимыми заболеваниями, что на 13,1 % показателя 2015 года (581,7 тыс. человек). [[93]](#footnote-93) Несмотря на то, что показатель смертности населения от различных болезней в 2016 году составил 1407 589 человек и снизился по сравнению с 2015 годом (1442 475 человек), он по-прежнему остается высоким.[[94]](#footnote-94) Все это свидетельствует о проблемах в системе здравоохранения, как в частном, так и государственном, существующих недостатках в системе медицинского обслуживания.

Государство, реализуя свою социальную политику, гарантирует своим гражданам обязательное медицинское страхование (ОМС). Оно обеспечивает всем россиянам равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, но только в объемах и на условиях, определенных специальными государственными программами, чего не всегда хватает, поэтому люди в целях получения качественного медицинского обслуживания обращаются к услугам частных клиник или страховых компаний, занимающихся добровольным медицинским страхованием.

ДМС решает одну из социальных проблем общества, а именно получение гражданами качественной медицинской помощи при возникновении страхового случая, травмы или болезни. ДМС, как и частная медицина, позволяет получить медицинские услуги сверх программ ОМС, гарантированного государством, а самое главное – в более короткие сроки. Имея на руках полис ДМС, человек получает новые возможности – стационарное лечение повышенной комфортности, консультации разнообразных врачей-специалистов, широкий выбор физиотерапевтических процедур, возможность проведения дорогих анализов, сложных медицинских исследований в различных областях медицины и т.д. При этом страхователем выступают как физические лица - дееспособная часть населения, так и юридические лица – предприятия, которые страхуют своих сотрудников. По данным опроса Фонда Общественное мнение в 2015 г., полис ОМС есть у всех участников опроса, 9% из них пользуются полисом ДМС. Хотели бы его приобрести 7% из тех, у которых его нет «чтобы гарантировано получать высококвалифицированную медпомощь».[[95]](#footnote-95) Таким образом, ДМС остается востребованным частью населения.

 Здоровье — один из важнейших компонентов человеческого счастья и одно из ведущих условий успешного социального и экономического развития. Это не только индивидуальная ценность каждого человека, но и общественная.Чтобы ее обеспечить, люди приобретают полис ДМС не только для себя, но и для своих близких-детей и престарелых родителей. Человек с молодости, начиная трудовой, путь должен задуматься о своем будущем, позаботиться о себе в настоящее время. Получение в пожилом возрасте полиса ДМС даст пенсионерам более качественное медицинское обслуживание и повысит состояние их здоровья, что положительно повлияет на все общество в целом.

*Цель исследования.* Выявить отношение работников Санкт-Петербургского государственного университета (СПбГУ) к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС.

*Задачи:*

1. Выявить удовлетворенность работников СПбГУ медицинской помощью.
2. Определить причины обращений за медицинской помощью
3. Выявить по результатам исследования распространенность ДМС среди работников СПбГУ
4. Выяснить причины отказа работников СПбГУ от полиса ДМС.
5. Узнать готовность работников СПбГУ отчислять дополнительный % от заработной платы, чтобы гарантированно получить при выходе на пенсию полис ДМС.

*Объект исследования.* Работники СПбГУ

*Предмет исследования.* Мнение работников СПбГУ о медицинском обслуживании

*Гипотезы исследования:*

1. Чем больше биологический возраст работника - тем больше он нуждается в высококвалифицированной медицинской помощи, которая предоставляется по ДМС.
2. Основной причиной отказа работников СПбГУ от медицинского обслуживания по полису ДМС является его высокая стоимость.

*Структура объекта исследования.* Мужчины и женщины, выделенные по возрастным группам до 30 лет, от 31 до 40, от 41 до 54, от 55 до 69 лет, старше 70 лет, работающие в СПбГУ. Характеристики объекта: пол, возраст, уровень образования, наличие научной степени, уровень дохода.

*Теоретическая интерпретация предмета исследования*

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии оплаты медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных страховщиком средств.[[96]](#footnote-96)

Обязательное медицинское страхование – это система правовых, организационных и экономических мер обязательного социального страхования, направленная на обеспечение конституционных гарантий получения гражданами РФ медицинской помощи за счет страховых взносов, бюджетных и иных поступлений в страховые фонды.[[97]](#footnote-97)

Добровольное медицинское страхование - дополнение к обязательному страхованию. Осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования.[[98]](#footnote-98)

Программа ДМС - это перечень медицинских услуг, список лечебно-профилактических учреждений.

Медицинское обслуживание - деятельность, включающая в себя оказание медицинских и оздоровительных услуг, профилактику заболеваний, сохранение, укрепление и восстановление здоровья человека.

*Методы исследования.* В качестве метода исследования предполагается анкетный опрос. Анкета состоит из различного типа вопросов: закрытые вопросы с выбором варианта ответа, открытые вопросы, вопросы-фильтры. Обработка полученных данных будет происходить в пакете SPSS и таблицах Excel.

*Описание генеральной совокупности.* В генеральную совокупность входят работники СПбГУ женского и мужского пола в возрасте от 18 лет, застрахованные по системе ДМС от СПбГУ. Число застрахованных работников СПбГУ по системе ДМС составляет около 1000 человек.

*Объем выборки.* Выборка – случайная, по рекомендации куратора практики. Объем выборки – 119 человек. Респонденты для опроса - работники СПбГУ. Выборка формируется на основе согласия работников принять участие в опросе, проявивших к нему интерес.

## 3.2 Результаты исследования

В целях проведения эмпирического исследования, направленного на изучение отношения работников СПбГУ к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС был проведен опрос, в котором приняли участие 119 человек в возрасте от 18 лет. Эмпирической базой исследования является Отдел социальной защиты работников СПбГУ, целью которого является организационная деятельность по социальному обеспечению, социальной защите работников, организация ДМС в университете.

Методом сбора эмпирических данных был выбран анкетный опрос. Респонденты получали анкету лично в руки, или она распространялась через электронную почту в виде рассылки от Отдела социальной защиты работников СПбГУ. Анкеты заполнялись работниками СПбГУ вручную и в электронном виде.

Распределение по возрастному составу участников опроса выглядит следующим образом: до 30 лет – 11 человек (9,2%), от 31 до 40 лет – 20 человек (16,8%), от 41 до 54 лет – 23 человека (19,3%), от 55 до 69 лет – 37 человек (31,1%), старше 70 лет – 28 человек (23,5%). Женщины составили 99 человек (83,2%), мужчины – 20 человек (16,8%). Исходя из полученных результатов опроса, можно сделать вывод, что среди респондентов преобладают лица пожилого возраста, в основном это женщины старше 55 лет.

 По уровню образования респонденты распределились: высшее образование присутствует у 102 человек (85,7%), среднее или среднее специальное имеют 17 человек (14,3%). Наличие научной степени кандидата или доктора наук подтвердили 58 человек (48,7 %). Занимаемую должность указали 78 человек, из них преобладающие число респондентов отметили должность доцента – 27 человек (34,6%), должность профессора – 16 человек (20,5%), старшего преподавателя – 8 человек (10,3%), специалиста – 5 человек (6,4%), ведущего специалиста, старшего лаборанта и сотрудника охраны по 3 человека (3,8%). Также респондентами были даны ответы: административный персонал, ассистент-практик, бухгалтер, водитель, дежурный отдела охраны СПбГУ, заместитель начальника отдела, лаборант, специалист учебного отдела, преподаватель и почетный профессор.

По среднему уровню заработка респонденты распределились по группам: группа работников, имеющая средний заработок от 10-20 тыс. руб. составила 25 человек (21%), уровень заработка в 20-30 тыс. руб. отметили 26 человек (21,8%), уровень заработка в 30-40 тыс. руб. – 44 человека (37%), уровень заработка в 40-50 тыс. руб. – 16 человек (13,4%), средний заработок 50-60 тыс. руб. имеют 5 человек (4,2%), более 60 тыс. руб. получают всего 3 человека (2,5%).

Наличие медицинского полиса ОМС отметили у себя все опрошенные. В основном люди обращаются в поликлинику по полису ОМС 1 раз в год – 69 человек (58%), не обращаются за медицинской помощью вообще 10 человек (8,4%). Из числа тех, кто обращается в поликлинику по полису ОМС, 38 человек (34,9%) выбрали как причину обращения «лечение заболевания», по 25 человек (22,9%) отметили «проведение медицинского обследования, анализы» и «получение медицинских документов», 12 человек (11%) обращаются за «получением медицинской консультации». В стационар по полису ОМС не обращаются 83 человека (69,7%) из 119 опрошенных, 29 человек делают это 1 раз в год (24,4%).

Согласно результатам проведенного анализа, респонденты в целом не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой по программе ОМС. Так, по критерию «время ожидания нужного специалиста/услуги» 52 человека (44,8%) оказались «скорее не удовлетворены», 35 человек (30,2%) отметили «скорее удовлетворен». Высшую оценку «удовлетворен» не поставил ни один работник СПбГУ. По критерию «объем медицинских услуг» 57 человек (49,1%) указали «скорее не удовлетворен», 27 человек (23,3%) – «скорее удовлетворен», 21 человек (18,1%) – «не удовлетворен». По критерию «расположение медицинских учреждений» 44 человека (37,9%) «скорее удовлетворен», 31 человек (26,7%) - «удовлетворен», 30 человек (25,9%) – «скорее не удовлетворен». Рассматривая время работы лечебного учреждения, то оценку «скорее не удовлетворен» поставили 43 человека (37,1%), 38 человек (32,8%) - «скорее удовлетворен». Время предоставления медицинских услуг отметили как «скорее удовлетворен» 35 человек (30,2%), «скорее не удовлетворен» выбрали 56 человек (48,3%).

Преобладающая часть работников СПбГУ обращается за медицинской помощью в частные клиники и делает это в основном 1 раз в год - 56 человек (47,1%). Не обращаются к услугам частных клиник 22 человека, что составляет 18,5% от числа всех опрошенных. Среди тех, кто пользуется услугами платных клиник 41 человек (42,3%) делает это по причине «лечение заболевания», 27 человек (27,8%) обращается по причине «проведение медицинского обследования, анализы», 13 человек (13,4%) «получают медицинскую консультацию». Практически никто из респондентов не обращается в платный стационар - 112 человек (94,2%). На платные медицинские услуги за последний год у 32 работников СПбГУ (26,9%) ушло менее 5 тыс. руб., у 30 работников (25,2%) – от 5 до 10 тыс. руб., у 16 работников (13,4%) – от 11 до 20 тыс. руб., у 10 работников (8,4%) – от 21 до 50 тыс. руб., у 7 работников (5,9%) – более 51 тыс. руб., 24 работника (20,2%) нисколько не потратили на платные услуги за последний год.

Респонденты довольны медицинскими услугами, предоставляемыми частными клиниками. Высокая степень удовлетворения медицинскими услугами раскрывается на примере ответов на такие вопросы, как «время ожидания нужного специалиста / услуги» - 53 человека (53%) оказались удовлетворены, 47 человек (47%) – скорее удовлетворены; «объем медицинских услуг» - 45 человек удовлетворены (44,6%), 55 человек (54,5%) – скорее удовлетворены. Также довольны респонденты другими аспектами: расположением платных клиник – 52 человека (51,5%) удовлетворены, 39 человек (38,6%) – скорее удовлетворены; временем работы лечебного учреждения - 64 человека (63,4%) удовлетворены, 37 человек (36,6%) – скорее удовлетворены; временем предоставления медицинских услуг - 49 человек (48,5%) удовлетворены, 50 человек (49,5%) – скорее удовлетворены.

Практически все из респондентов знают о возможностях ДМС – 102 человека (86,4%). Из общего числа опрошенных, 85 человек (72%) пользуются полисом ДМС. Анализ Таблицы 2 (см. Приложение 2) показывает, что в основном полисом ДМС пользуются работники СПбГУ старше 55 лет: 55-69 лет – 28 человек (32,2%), старше 70 лет – 27 человек (31,8%). Следовательно, можно сделать вывод о том, что чем старше человек, тем вероятнее, что он пользуется полисом ДМС. Гипотеза «чем больше биологический возраст работника – тем больше он нуждается в высококвалифицированной медицинской помощи, которая предоставляется по ДМС» подтверждена.

 При ответе на вопрос «Как Вы считаете, почему работники СПбГУ отказываются от полиса ДМС?» больше всего респондентов отметило высокую стоимость полиса - 36 человек (30,5%), не устраивает перечень услуг по полису ДМС – 33 человека (28 %), не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС – 13 человек (11%), хватает полиса ОМС – 11 человек (9,3%). Также были множественные варианты ответа, а именно, «высокая стоимость полиса, не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС и не устраивает перечень услуг по полису ДМС» – 4 человека (3,4%); «высокая стоимость полиса и не устраивает перечень услуг по полису ДМС» - 6 человек (5,1%); «не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС и не устраивает перечень услуг по полису ДМС» - 4 человека (3,4%). Поскольку большее число работников СПбГУ среди причины отказа от полиса ДМС выбрало высокую стоимость полиса, можно сделать вывод о том, что гипотеза «Основной причиной отказа работников СПбГУ от медицинского обслуживания по полису ДМС является его высокая стоимость» подтверждена.

Большая часть работников СПбГУ, пользуется ДМС больше 5 лет (31,3%), от 1 до 3 лет пользуются 27 человек (23,5%), от 3 до 5 лет – 18 человек (15,7%), первый год – 11 человек (9,6%). Не пользуется ДМС 23 человека (20%). Воздержались от ответа на вопрос 4 человека. Среди тех, кто ответил на предыдущий вопрос - 49 человек (42,6%) обращаются в поликлинику по ДМС от 1 до 5 раз в год, 26 человек (22,6%) – 1 раз в год, 16 человек (13,9%) – более 5 раз в год, не обращаются вообще – 24 человека (20,9%).

91 человек ответили на вопрос «Отметьте причину Вашего обращения по полису ДМС». Из них 37 человек (40,7%) в качестве причины выбрали лечение заболевания, 27 человек (29,7%) – проведение медицинского обследования, анализы, 11 человек (12,1%) – получение медицинской консультации. В стационар по полису ДМС обращаются 46 человек, что составляет 53,9% от числа ответивших на данный вопрос (115 человек).

Респонденты в целом довольны медицинским обслуживанием, получаемым по полису ДМС, что делает ДМС конкурентным по качеству обслуживания с платными медицинскими клиниками. Работники остались довольны медицинским обслуживанием по таким показателями, как «время ожидания нужного специалиста / услуги» - 42 человека (39,3%) удовлетворены, 57 человек (53,3%) – скорее удовлетворены; «объем медицинских услуг» - 28 человек (26,2%) удовлетворены, 48 человек (44,9%) скорее удовлетворены; «расположение медицинских учреждений» – 43 человека (40,2%) удовлетворены, 52 человека (48,6%) скорее удовлетворены; «время работы лечебного учреждения» - 45 человек (42,1%) удовлетворены, 55 человек (51,4%) скорее удовлетворены; «время предоставления медицинских услуг» - 38 человек (35,5%) удовлетворены, 63 человека (58,9%) скорее удовлетворены.

Если рассматривать дополнительные возможности, которые работники СПбГУ хотели бы получать по полису ДМС, то участниками опроса было отмечено: стоматологические услуги – 54 человека (46,6%), реабилитация и/или санаторно-курортное лечение – 26 человек (22,4%), косметологические услуги – 13 человек (11,2%), ведение беременности, в том числе ЭКО – 11 человек (9,5%). В варианте ответа «другое», 12 человек (10,3%) хотели бы видеть в полисе ДМС следующие услуги: «лечение хронических заболеваний в ревматологическом центре или в центре Алмазова»; «гинекологические услуги, гормональная терапия, лечение нарушения цикла, ведение беременности, ЭКО, косметология, реабилитация и санаторно-курортное лечение»; «стоматология, ежегодная диспансеризация, плановая госпитализация, физиотерапия и массаж», «диспансеризация на дому: забор крови, мочи, консультация терапевта»; «стоматология и санаторное лечение»; «санаторное лечение и профилактические профессиональные осмотры»; «все перечисленное»; «2 раза в год возможность проверять сердечно-сосудистую систему без экстренного случая, если есть определенный диагноз».

При ответе на вопрос «Готовы ли Вы сейчас отчислять 1 % от заработной платы в предполагаемый государственный фонд, чтобы в пенсионном возрасте гарантированно получать дополнительные медицинские услуги к Вашему полису ОМС?» голоса работников СПбГУ распределились следующим образом: да – 13 человек (10,9%), скорее да – 27 человек (22,7%), скорее нет – 27 человек (22,7%), нет – 28 человек (23,5%), затрудняюсь ответить – 24 человека (20,2%). Большинство работников СПбГУ оказались не готовы отчислять дополнительный процент от заработной платы на ДМС, что связано с тем, что основное число работающих – пожилые люди, уже получающие пенсию, для них данный вопрос в настоящее время не является актуальным. Анализ Таблицы 3 (см. Приложение 2) показал, что чем моложе работник, тем больше его готовность отчислять процент на медицинское обслуживание, чтобы при выходе на пенсию гарантировано получить полис ДМС. Работники в возрасте до 55 лет, которые еще не получают пенсию, ответили да – 12 человек (10,1%), скорее да – 19 человек (16%), скорее нет – 13 человек (10,9%), нет – 6 человек (5%) и затрудняются дать ответ 4 человека (3,4%), тогда как работники старше 55 лет ответили да – 1 человек (0,8%), скорее да – 8 человек (6,7%), скорее нет – 14 человек (11,8%), нет – 22 человека (18,5%), затрудняются дать ответ – 20 человек (16,8%).

В будущем в программе ДМС оказались готовы участвовать 34 человека (28,6%), 53 человека (44,5%) ответили «скорее да», ответы «скорее нет» дали 10 человек (8,4%) и «нет» - 1 человек (0,8%), 21 человек затрудняются ответить на данный вопрос.

На последний, открытый вопрос, большинство пожеланий от работников СПбГУ по развитию программы ДМС было связано со включением в медицинский полис стоматологических услуг, услуг по ведению беременности, снижением стоимости полиса, расширением перечня и объема процедур (физиотерапии и массажа), списка проводимых анализов, расширением списка медицинских учреждений, возвращение диспансеризации работников и ранее действовавшего в СПбГУ полиса ДМС для родственников сотрудников, включения в полис профилактики заболеваний, в том числе сердечно-сосудистых, проведение аппаратного обследования по кардиологии. Работники СПбГУ хотели бы, чтобы в полис ДМС включалось лечение хронических болезней, связанных с заболеванием соединительной ткани, проводилось ежегодное обследование специалистами (гинеколог, окулист, хирург), а также взятие клинических анализов и ЭКГ. В качестве адаптивной меры по профилактике заболеваний сотрудников, респонденты хотели бы, чтобы была рассмотрена возможность компенсации стоимости абонементов в бассейн или спортзал.

На основании анализа результатов проведенного опроса можно сделать следующие выводы:

1. Среди респондентов преобладают работники СПбГУ старше 55 лет, в основном это женщины.

2.Работники СПбГУ не довольны медицинской помощью, предоставляемой по системе ОМС, в целом удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой платными клиниками и по полису ДМС.

3.На первом месте среди причин обращения в поликлинику по полису ОМС, в поликлинику по полису ДМС и платную клинику стоит лечение заболевания.

4.ДМС распространено среди работников СПбГУ, им пользуется 85 человек из 119 опрошенных.

5.Среди причин отказа от полиса ДМС респонденты больше всего отметили высокую цену полиса, также их не устраивает перечень услуг по полису ДМС и не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС.

6.Большинство респондентов не готовы отчислять дополнительный процент от заработной платы на ДМС. Чем моложе был участник опроса, тем выше его готовность отчислять дополнительный процент на медицинское обслуживание, чтобы при выходе на пенсию гарантировано получить полис ДМС дополнительно к полису ОМС, который предоставляется государством каждому гражданину России.

Таким образом, изучив отношение работников СПбГУ к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС, можно сказать о положительном отношении к медицинскому страхованию по системе ДМС, его востребованности работниками СПбГУ и согласии в дальнейшем приобретать полис ДМС и получать медицинскую помощь в рамках данной системы.

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Государство заботится об охране здоровья своих граждан, предоставляя им возможность получения медицинского обслуживания по системе ОМС. ОМС обладает рядом преимуществ, таких как равный для всего населения, бесплатный минимальный гарантированный объем медицинской и лекарственной помощи по всей территории страны, право выбора лечебного учреждения, возможность вызова врача на дом и т.д.

Тем не менее, государственной система здравоохранения также не лишена большого числа недостатков. Проблемы в ОМС связаны как с организацией медицинского обслуживания, например, большие очереди на прием к врачу и в регистратуре, трудность записи на прием к специалистам, дефицит медицинских кадров, особенно в сельской местности, территориальная удаленность медицинских учреждений от места проживания пациентов, так и с процессом лечения, в частности, ожидание квот на лечение, невозможность сдать вовремя анализы, отсутствие необходимых лекарственных средств. Все это влияет на качество и доступность медицинской помощи и препятствуют равному доступу для всего населения к медицинской помощи. Существующие проблемы сказываются в первую очередь, на той категории населения, которая в вопросе здравоохранения целиком полагается на действия государства, а именно, слабозащищенной его части – пожилых, детей и инвалидов.

Стремление к поиску других способов получения качественной медицинской помощи, а также переход государства к рыночной экономике привели к тому, что в России, как и в других странах, стала развиваться негосударственная медицина в лице частных клиник и системы ДМС, которые взяли на себя наряду с государством ответственность за оказание медицинской помощи населению и сформировали тем самым, новую систему здравоохранения.

Платная медицина носит добровольный характер, к ней обращаются лишь те, кто может себе это позволить и те, кого не устраивает обслуживание в государственных больницах и поликлиниках. Тем не менее, рынок медицинских услуг расширяется, он проник уже в государственные лечебно-профилактические учреждения. Государственные учреждения здравоохранения также стали оказывать медицинские услуги на платной основе, чего раньше не было. Так, например, для того, чтобы сделать некоторые анализы крови или пройти УЗИ без ожидания и очереди, пациенту приходится платить. Несомненным преимуществом частных медицинских учреждений является качество и быстрота медицинского обслуживания, отсутствие очередей. Записаться к врачу можно в срочном порядке или даже посетить его в день записи. Отрицательным моментом остается высокая стоимость медицинских услуг. Так, несмотря на увеличивающийся с каждым годом объем платных медицинских услуг, нельзя сказать, что они доступны большому числу жителей страны. В основном визиты пациентов в частные клиники имеют разовый характер. Постоянными клиентами частных медицинских учреждений является небольшое число пациентов.

Еще одним способом получения медицинской помощи в России является приобретение полиса ДМС. ДМС - 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 проводится 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.

Изучение отношения работников СПбГУ к медицинскому обслуживанию, в частности по системе ДМС показало, что среди работников преобладают лица пожилого возраста. В целом они не удовлетворены медицинской помощью, предоставляемой по системе ОМС, довольны же медицинским обслуживанием в платных клиниках и по полису ДМС. Проведенный опрос показал, что система ДМС является востребована работниками СПбГУ, при этом чем старше работник, тем он больше нуждается в высококвалифицированной медицинской помощи, предоставляемой по полису ДМС.

Каждый человек в молодом возрасте должен подумать о своем собственном здоровье, предусмотреть возможные риски заболеваний, которые могут возникнуть в старости. Созданный на основе ДМС механизм накоплений к будущей пенсии может помочь в получении качественного медицинского обслуживания в пожилом возрасте. Отчисление ежемесячного процента от заработной платы в течение трудовой деятельности в государственный фонд ДМС поможет гражданам сформировать необходимый объем денежных средств, который будет потрачен на получение медицинской помощи по полису ДМС после выхода на пенсию дополнительно к полису ОМС, который предоставляет государство. Опрос работников СПбГУ показал, что чем моложе человек, тем выше его согласие ежемесячно отчислять дополнительный процент от заработной платы в государственный фонд, созданный специально для накопления финансовых ресурсов по системе ДМС.

Таким образом, механизм накоплений на основе системы ДМС имеет перспективы развития. Тем не менее, для ее введения государству требуется проведение ряда мероприятий. Прежде всего следует провести масштабные исследования, просчитать все возможные риски, а также экономический и социальный эффект от введения системы в действие. Государство должно определить перечень и объемы медицинских услуг, которые бы получал человек по полису ДМС при выходе на пенсию, дополнительно к услугам, предоставляемым полисом ОМС. Также следует провести работу с населением, повысить его информированность о необходимости заботы о собственном здоровье, показать преимущества от реализации данной системы.

Введение государством механизма накоплений на основе ДМС увеличит социальную защищенность граждан при выходе на пенсию, даст гарантию получения достойного медицинского обслуживания в старости. Полис ДМС расширит перечень возможных вариантов оказания медицинской помощи, уже предоставляемых населению по полису ОМС, повысит качество и быстроту оказания медицинских услуг. Пожилые люди получат возможность получить лечение, сопоставимое по качеству с частными медицинскими клиниками самым быстрым способом.

# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Конституция РФ, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года // Российская газета. 1993. № 237.
2. Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая [федер. закон №117-ФЗ: принят Гос. Думой 19 июля 2000 г. (с изм. и доп. от 23 апреля 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 10.05.18 г.
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [федер. закон №326-ФЗ: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 18.01.18 г.
4. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г.
5. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения [федер. закон №354-ФЗ: принят Гос. Думой 22 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 03.02.18 г.
6. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [закон Санкт-Петербурга №880-159 от 26 декабря 2017 г.: принят Законодательным Собранием Санкт-Петербурга 20 декабря 2017 г.] / Справочно-правовая система «Гарант», версия от 23.04.18 г.
7. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [постановление Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2017 г. №1492 (с изм. и доп. от 21 апреля 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.01.18 г.
8. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [распоряжение правительства РФ №1662-р от 17 ноября 2008 г. (с изм. и доп. от 10 февраля 2017 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 26.03.18 г.
9. Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования [приказ Минздравсоцразвития №158н от 28 февраля 2011 г. (с изм. и доп. от 11 января 2017 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 17.02.18 г.
10. Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [приказ Минздравсоцразвития №406н от 26 апреля 2012 г.] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 13.02.18 г.
11. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога [приказ Минздрава РФ №290н от 02 июня 2015 г.] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 17.03.18 г.
12. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [приказ ФФОМС №230 от 01 декабря 2010 г. (с изм. и доп. от 22 февраля 2017 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 06.03.18 г.
13. Об утверждении Положений о контроле за деятельностью страховых медицинских организаций и медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования территориальными фондами обязательного медицинского страхования [приказ ФФОМС №73 от 16 апреля 2012 г.] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 19.04.18 г.
14. Александрова О.Ю., Нагибин О.А., Зотов В.В. Создание механизма реализации норм законодательства о доступности медицинской помощи // Вестник Росздравнадзора, 2013, №6. С. 11-16.
15. Аристова Е.В., Волков Д.В. Проблемы и перспективы развития рынка платных медицинских услуг // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова, 2012, №2. С. 207-209.
16. Архипов А.П. О программах медицинского страхования // Финансы, 2013, №3. С.42-46.
17. Бондарь Ю.В. О содержании внутренних и внешних проблем в развитии добровольного медицинского страхования в России // Baikal research journal, 2015, №3. С. 1-9.
18. Бударин С.С., Смирнова Е.В. Организация системы качества медицинской помощи в системе ОМС и ее экспертный потенциал // Вестник Росздравнадзора, 2016, №6. С. 13-23.
19. Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения качества медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук, 2012, №28. С. 66-70.
20. Гареева И.А. Обязательное медицинское страхование: история и перспективы / И.А. Гареева. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2014.
21. 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.
22. Ермасов С. В. Страхование: учебник для бакалавров. – 5-е изд. / С. В. Ермасов, Н. Б. Ермасова. - М.: Изд-во Юрайт, 2015.
23. Ефимов О.Н. Социальное страхование в России: Учебное пособие / О.Н. Ефимов. - Саратов: Изд-во «Вузовское образование», 2014.
24. Журавлева Н.В., Лопаткин Д.С. Обязательное медицинское страхование как источник финансирования здравоохранения // Финансы и кредит, 2013, №10. С. 63-66.
25. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017.
26. Землячева О.А., Мерзликина Ю.В. Обязательное и добровольное медицинское страхование в России // Научный вестник: финансы, банки, инвестиции, 2015, №2. С. 68-73.
27. 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.
28. Испытано временем: 100 лет обязательному социальному страхованию в России (1912-2012): монография / А.В. Морозов и др.; Под общ ред. А.В. Морозова. - Казань: Изд-во КНИТУ, 2012.
29. Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Доступность и качество медицинской помощи в контексте модернизации здравоохранения // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз, 2014, №2, С. 130-142.
30. Касимовский К.К. Социально-экономические предпосылки развития частной медицины в России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко, 2012, №1. С. 85-86.
31. Касимовский К.К., Жиляева 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.
32. Князева Е.Г. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: монография / Е.Г. Князева, Е.Н. Валиева, В.А. Шелякин, В.В.Фоменко. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015.
33. Ковалева И.П. Обобщенная характеристика рынка медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук, 2015, №44. С. 149-159.
34. Михальченко Д.В. Социологический портрет медицинской услуги: монография / Д.В. Михальченко, И.В. Фирсова, Н.Н. Седова. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011.
35. Народный взгляд на здравоохранение. Общероссийское общественное движение «Народный фронт «За Россию» // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – М.: ООО Издат. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015, №2. С. 27-33.
36. Общественное мнение – 2017. Ежегодник / под ред. Н. Зоркая. - М.: Левада-Центр, 2018.
37. Письменная Е.Е., Моженкова Е.М. Доступность и качество медицинских услуг в российской системе здравоохранения // Гуманитарные науки. Вестник финансового университета, 2016, №2. С. 36-39.
38. Роик В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России? – СПб.: Питер, 2014.
39. Роик В.Д. Финансовые основы обязательного медицинского страхования, страхования от несчастных случаев на производстве и временной утраты трудоспособности: учебное пособие / В.Д. Роик. – М.: ИД «АТиСО», 2015.
40. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: Институты и страховые механизмы / В.Д. Роик. – М.: Альпина Паблишер, 2013.
41. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин и др. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017.
42. Россия в цифрах. 2017: Стат. сб. / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Ростат, 2017.
43. Севостьянова Е.В., Александрова М.Ю. Анализ рынка медицинских услуг в России // Инновационная экономика и общество, 2016, №2. С. 69-74.
44. Скамай Л.Г. Страховое дело: учебник / Л.Г. Скамай. – М.: Изд-во Юрайт, 2013.
45. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат. сб. / под ред. М.К. Сабельниковой, Е.Б. Фроловой. – М.: Росстат, 2017.
46. Страхование: Учеб. пособие. – 5-е изд. / под ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015.
47. Сударикова И.А. Роль медицинского страхования в финансировании расходов на охрану здоровья // Страховое дело. – М.: Анкил, 2014, №7. С. 35-41.
48. Трифонов Б.И. Долгосрочное медицинское страхование как механизм защиты здоровья населения пенсионного возраста // Страховое дело. – М.: Анкил, 2012, №12. С. 13-21.
49. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Качество жизни и человеческий потенциал территорий // Проблемы развития территорий, 2015, №1. С. 76-86.
50. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2013, №4. С.16-34.
51. Шарифьянова З.Ф., Минигазимова Л.Ф., Мухаметьянова Л.Р. Добровольное медицинское страхование (ДМС) и обязательное медицинское страхование (ОМС); сравнительный анализ // Международный научный журнал «Инновационная наука», 2016, №5. С. 198-201.
52. Шаховой В.А. Развитие платных медицинских услуг в сфере здравоохранения: монография / В.А. Шаховой, Е.В. Бауд. – М.: РХТУ им Д.И. Менделеева, 2012.
53. Шишкин С.В., Попович Л.Д. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения / С.В. Шишкин, Л.Д. Попович. – М.: ИЭПП, 2009.
54. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики, 2013, №4. С.94-112.
55. Аптечные сети предупредили о возможном росте цен на препараты // Журнал «Клиническая фармация». 2018. 27 фев. URL: <http://clinical-pharmacy.ru/digest/farmacevtrinok/7095-aptechnye-seti-predupredili-o-vozmozhnom-roste-cen-na-preparaty.html> (дата обращения: 22.02.2018).
56. Добровольное медицинское страхование (ДМС) (Медицинская страховка) // Страховая медицинская компания РЕСО-Мед. URL: <https://spb.reso-med.com/police_omc/omc_glossary/?ELEMENT_ID=15172&letter=%2A> (дата обращения: 07.05.2018).
57. Медицинские полисы – добровольный и обязательный // Фонд Общественное Мнение. 2015. 29 окт. URL: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12367> (дата обращения: 22.03.2018).
58. Медицинский рейтинг 2017 // Деловой Петербург. URL: <http://story.dp.ru/medranking#eys> (дата обращения: 10.04.2018).
59. Минздрав пока не будет отменять вызов педиатров на дом // Газета Известия. 2016. 07 сен. URL: <https://iz.ru/news/631023> (дата обращения: 02.12.2017).
60. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни // Всемирная организация здравоохранения. 2014. 15 мая. URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 15.03.2018).
61. Мониторинг работы органов государственной власти // Госконтроль.Ру. URL: <http://www.goscontrol.ru/> (дата обращения: 04.03.2018).
62. На время жалуетесь? Стоматологу дали 44 минуты на прием одного пациента, а терапевту - только 15 // Российская Газета. 2017. 19 янв. URL: <https://rg.ru/2017/01/19/minzdrav-ustanovil-dlia-vrachej-normy-priema-pacientov.html>. (дата обращения: 12.05.2018).
63. Народный рейтинг врачей, лечебных учреждений и медицинских услуг // ПроДокторов. URL: <https://prodoctorov.ru/> (дата обращения: 12.03.2018).
64. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/for-citizens/about-oms/index.php?sphrase_id=73112> (дата обращения: 07.03.2018).
65. 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-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period> (дата обращения: 07.02.2018).
66. С. Шишкин: Смертность трудоспособного населения в России в 4 раза превышает европейские показатели // Стратегия 2020. Стратегия социально-экономического развития страны до 2020 года. URL: <http://2020strategy.ru/g11/news/32651073.html> (дата обращения: 05.05.2018).
67. Сигналы о проблемах // Федеральная система мониторинга доступности здравоохранения «Доступная медицина». URL: <http://доступнаямедицина.рф/complaints/> (дата обращения: 04.03.2018).
68. Скворцова: дефицит программы госгарантий медпомощи в регионах превышает 150 млрд рублей // ТАСС информационное агентство. 2017. 06 дек. URL: <http://tass.ru/obschestvo/4789372>. (дата обращения: 01.03.2018).
69. Средняя продолжительность жизни в России впервые превысила 72 года // Российская газета. 2017. 14 авг. URL: <https://rg.ru/2017/08/14/sredniaia-prodolzhitelnost-zhizni-v-rossii-vpervye-prevysila-72-goda.html> (дата обращения: 15.04.2018).
70. Счетчик обращений граждан // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/> (дата обращения: 12.05.2018).
71. Тарифы ОМС в регионах различаются в разы // Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье». 2017. 02 мая. URL: <http://fondzdorovie.ru/news/detail.php?ID=2778&sphrase_id=2440>. (дата обращения: 02.04.2018).

# ПРИЛОЖЕНИЕ

**Приложение 1**

**Анкета исследования**

Уважаемый респондент! Приглашаем Вас принять участие в социологическом исследовании, направленном на изучение организации обслуживания по ДМС работников СПбГУ.

Полная конфиденциальность предоставляемых Вами данных гарантируется. Просим Вас, при заполнении анкеты в каждом вопросе выбрать один вариант ответа, совпадающий с Вашим мнением, поставив отметку в соответствующих графах или дать развернутые ответы на открытые вопросы.

***Расскажите, пожалуйста, о себе:***

 **1. Ваш пол**

  мужской

  женский

 **2. Ваш Возраст**

  до 30 лет

  31 – 40 лет

  41 – 54 лет

  55 – 69 лет

  старше 70 лет

 **3. Ваш уровень образования**

  среднее, среднее специальное

  неполное высшее

  высшее

 **4. Имеете ли Вы научную степень? (кандидат или доктор наук)**

  да

  нет

 **5. Должность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **6. Ваш средний уровень заработка в СПбГУ за последние 3 года:**

  от 10 до 20 тыс. рублей

  от 20 до 30 тыс. рублей

  от 30 до 40 тыс. рублей

  от 40 до 50 тыс. рублей

  от 50 до 60 тыс. рублей

  более 60 тыс. рублей

***Блок вопросов, посвященный медицинскому обслуживанию, в т.ч.ОМС, платным услугам и ДМС***

 **7. У Вас есть медицинский полис ОМС?**

  да

  нет

 **8. Как часто Вы обращаетесь в поликлинику по полису ОМС?**

  более 5 раз в год

  от 1 до 5 раз в год

  1 раз в год

  не обращаюсь вообще (переходите к вопросу 10)

 **9.Если Вы обращаетесь в поликлинику по полису ОМС, то отметьте причину**

  лечение заболевания

  получение медицинской консультации

  проведение медицинского обследования, анализы

  получение медицинских документов

  другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **10. Обращаетесь ли Вы в стационар по полису ОМС и как часто?**

  более 3 раз в год

  от 1 до 3 раз в год

  1 раз в год

  не обращаюсь вообще

**11. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой по программе ОМС?\***

 \*Заполните таблицу, в графах отметив степень удовлетворенности различными аспектами качества медицинской помощи, предоставляемой по программе ОМС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **удовлетворен** | **скорее удовлетворен** | **скорее не удовлетворен** | **не удовлетворен** |
| Время ожидания нужного специалиста / услуги  |  |  |  |  |
| Объем медицинских услуг |  |  |  |  |
| Расположение медицинских учреждений |  |  |  |  |
| Время работы лечебного учреждения |  |  |  |  |
| Время предоставления медицинских услуг |  |  |  |  |

**12. Обращаетесь ли Вы за медицинской помощью в платные медицинские клиники и как часто?**

  обращаюсь более 5 раз в год

  обращаюсь от 1 до 5 раз в год

  обращаюсь 1 раз в год

  не обращаюсь вообще (переходите к вопросу 14)

**13. Если Вы обращаетесь за помощью в платные медицинские клиники, то выделите причину обращения**

  лечение заболевания

  получение медицинской консультации

  проведение медицинского обследования

  получение медицинских документов

  другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**14. Обращаетесь ли Вы в платный стационар за медицинской помощью и как часто?**

  обращаюсь более 3 раз в год

  обращаюсь от 1 до 3 раз в год

  обращаюсь 1 раз в год

  не обращаюсь вообще

**15. Какая сумма ушла у Вас на платные медицинские услуги за последний год?**

  менее 5 тыс. рублей

  от 5 до 10 тыс. рублей

  от 11 до 20 тыс. рублей

  от 21 до 50 тыс. рублей

  более 51 тыс. рублей

  нисколько не ушло

**16. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой платными медицинскими клиниками?\***

 \*Заполните таблицу, в графах отметив степень удовлетворенности различными аспектами качества медицинской помощи, предоставляемой платными медицинскими клиниками

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **удовлетворен** | **скорее удовлетворен** | **скорее не удовлетворен** | **не удовлетворен** |
| Время ожидания нужного специалиста / услуги  |  |  |  |  |
| Объем медицинских услуг |  |  |  |  |
| Расположение медицинских учреждений |  |  |  |  |
| Время работы лечебного учреждения |  |  |  |  |
| Время предоставления медицинских услуг |  |  |  |  |

**17. Знаете ли Вы о возможностях ДМС?**

  да

  имею приблизительное представление

  нет

**18. Пользуетесь ли Вы полисом ДМС?**

  да, пользуюсь

  нет, но пользовался (-ась) ранее

  нет, никогда не пользовался (-ась)

**19. Как вы считаете, почему работники СПбГУ отказываются от полиса ДМС?**

  высокая стоимость полиса

  не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС

  не устраивает перечень услуг по полису ДМС

  хватает полиса ОМС

  самостоятельно приобретаю полис ДМС в другой страховой компании

  нет необходимости в медицинских услугах

  другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**20. Если вы пользуетесь полисом ДМС, то отметьте сколько лет**

  первый год

  1-3 года

  3-5 лет

  больше 5 лет

  не пользуюсь ДМС

**21. Если Вы обращаетесь в поликлинику по полису ДМС, то отметьте как часто?**

  более 5 раз в год

  от 1 до 5 раз в год

  1 раз в год

  не обращаюсь вообще (переходите к вопросу 23)

**22. Отметьте причину Вашего обращения в поликлинику по полису ДМС**

  лечение заболевания

  получение медицинской консультации

  проведение медицинского обследования

  получение медицинских документов

  другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**23. Обращаетесь ли Вы в стационар по полису ДМС и как часто?**

  более 3 раз в год

  от 1 до 3 раз в год

  1 раз в год

  не обращаюсь вообще

**24. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой по программам ДМС работникам СПбГУ?\***

 \*Заполните таблицу, в графах отметив степень удовлетворенности различными аспектами качества медицинской помощи, предоставляемой по программам ДМС

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **удовлетворен** | **скорее удовлетворен** | **скорее не удовлетворен** | **не удовлетворен** |
| Время ожидания нужного специалиста / услуги  |  |  |  |  |
| Объем медицинских услуг |  |  |  |  |
| Расположение медицинских учреждений |  |  |  |  |
| Время работы лечебного учреждения |  |  |  |  |
| Время предоставления медицинских услуг |  |  |  |  |

**25. Какие дополнительные возможности Вы хотели бы получать по полису ДМС?**

  стоматологические услуги

  косметологические услуги

  ведение беременности, в том числе ЭКО

  реабилитация и/или санаторно-курортное лечение

  другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**26. Готовы ли Вы сейчас отчислять 1 % от заработной платы в предполагаемый государственный фонд, чтобы в пенсионном возрасте гарантированно получать дополнительные медицинские услуги к Вашему полису ОМС?**

  да

  скорее да

  скорее нет

  нет

  затрудняюсь ответить

**27. Готовы ли Вы участвовать в программе ДМС в будущем?**

  да

  скорее да

  скорее нет

  нет

  затрудняюсь ответить

**28. Ваши пожелания по развитию программы ДМС работников СПбГУ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Благодарим Вас за участие в опросе!**

**Приложение 2**

**Таблица 1. Результаты прикладного исследования**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Число ответов** | **Процентное соотношение** |
| **1. Ваш пол** |
| мужской | 20 | 16,8% |
| женский | 99 | 83,2% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **2. Ваш возраст** |
| до 30 лет | 11 | 9,2% |
| 31-40 лет | 20 | 16,8% |
| 41-54 лет | 23 | 19,3% |
| 55-69 лет | 37 | 31,1% |
| старше 70 лет | 28 | 23,5% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **3.Ваш уровень образования** |
| среднее, среднее специальное | 17 | 14,3% |
| неполное высшее | 0 | 0% |
| высшее | 102 | 85,7% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **4.Имеете ли Вы научную степень?** |
| да | 58 | 48,7% |
| нет | 61 | 51,3% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **5.Должность** |
| административный персонал | 1 | 1,3% |
| ассистент-практик | 1 | 1,3% |
| бухгалтер | 1 | 1,3% |
| ведущий специалист | 3 | 3,8% |
| водитель | 2 | 2,6% |
| дежурный отдела охраны СПбГУ | 2 | 2,6% |
| доцент | 27 | 34,6% |
| заместитель начальника отдела | 1 | 1,3% |
| лаборант | 2 | 2,6% |
| сотрудник охраны | 3 | 3,8% |
| почетный профессор | 1 | 1,3% |
| преподаватель | 1 | 1,3% |
| профессор | 16 | 20,5% |
| специалист | 5 | 6,4% |
| специалист учебного отдела | 1 | 1,3% |
| старший лаборант | 3 | 3,8% |
| старший преподаватель | 8 | 10,3% |
| **всего** | **78** | **100%** |
| **не ответили** | **41** |
| **6.Ваш средний уровень заработка в СПбГУ за последние 3 года** |
| от 10 до 20 тыс. руб. | 25 | 21% |
| от 20 до 30 тыс. руб. | 26 | 21,8% |
| от 30 до 40 тыс. руб. | 44 | 37% |
| от 40 до 50 тыс. руб. | 16 | 13,4% |
| от 50 до 60 тыс. руб. | 5 | 4,2% |
| более 60 тыс. руб. | 3 | 2,5% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **7.У Вас есть медицинский полис ОМС?** |
| да | 119 | 100% |
| нет | 0 | 0% |
| **8.Как часто Вы обращаетесь в поликлинику по полису ОМС?** |
| более 5 раз в год | 7 | 5,9% |
| от 1 до 5 раз в год | 33 | 27,7% |
| 1 раз в год | 69 | 58% |
| не обращаюсь вообще | 10 | 8,4% |
| **всего** | **119** | **100%** |
| **9.Если Вы обращаетесь в поликлинику по полису ОМС, то отметьте причину** |
| лечение заболевания | 38 | 34,9% |
| получение медицинской консультации | 12 | 11% |
| проведение медицинского обследования, анализы | 25 | 22,9% |
| получение медицинских документов | 25 | 22,9% |
| другое («получение больничного»; «ФЛГ») | 2 | 1,8% |
| лечение заболевания+получение медицинской консультации+проведение медицинского обследования, анализы | 3 | 2,8% |
| лечение заболевания+получение медицинской консультации+получение документов | 1 | 0,9% |
| лечение заболевания+проведение медицинского обследования, анализы | 2 | 1,8% |
| все перечисленное | 1 | 0,9% |
| **всего** | **109** | **100%** |
| **не ответили** | **10** |
| **10. Обращаетесь ли Вы в стационар по полису ОМС и как часто?**  |
| более 3 раз в год | 0 | 0 |
| от 1 до 3 раз в год | 7 | 5,9 |
| 1 раз в год | 29 | 24,4 |
| не обращаюсь вообще | 83 | 69,7 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **11. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой по программе ОМС?** |
| ***Время ожидания нужного специалиста / услуги*** |
| удовлетворен | 7 | 6,0 |
| скорее удовлетворен | 35 | 30,2 |
| скорее не удовлетворен | 52 | 44,8 |
| не удовлетворен | 22 | 19,0 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| ***Объем медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 11 | 9,5 |
| скорее удовлетворен | 27 | 23,3 |
| скорее не удовлетворен | 57 | 49,1 |
| не удовлетворен | 21 | 18,1 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| ***Расположение медицинских учреждений*** |
| удовлетворен | 31 | 26,7 |
| скорее удовлетворен | 44 | 37,9 |
| скорее не удовлетворен | 30 | 25,9 |
| не удовлетворен | 11 | 9,5 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| ***Время работы лечебного учреждения*** |
| удовлетворен | 24 | 20,7 |
| скорее удовлетворен | 38 | 32,8 |
| скорее не удовлетворен | 43 | 37,1 |
| не удовлетворен | 11 | 9,5 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| ***Время предоставления медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 5 | 4,3 |
| скорее удовлетворен | 35 | 30,2 |
| скорее не удовлетворен | 56 | 48,3 |
| не удовлетворен | 20 | 17,2 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| **12. Обращаетесь ли Вы за медицинской помощью в платные медицинские клиники и как часто?** |
| обращаюсь более 5 раз в год | 6 | 5,0 |
| обращаюсь от 1 до 5 раз в год | 35 | 29,4 |
| обращаюсь 1 раз в год | 56 | 47,1 |
| не обращаюсь вообще | 22 | 18,5 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **13. Если Вы обращаетесь за помощью в платные медицинские клиники, то выделите причину обращения**  |
| лечение заболевания | 41 | 42,3 |
| получение медицинской консультации | 13 | 13,4 |
| проведение медицинского обследования, анализы | 27 | 27,8 |
| получение медицинских документов | 3 | 3,1 |
| другое(«лечу зубы за деньги», «стоматолог, к которому давно хожу и не хочу менять», «стоматология») | 3 | 3,1 |
| лечение заболевания + получение медицинской консультации + проведение медицинского обследования, анализы | 8 | 8,2 |
| лечение заболевания + проведение медицинского обследования, анализы | 1 | 1 |
| все перечисленное | 1 | 1 |
| **всего** | **97** | **100** |
| **не ответили** | **22** |
| **14. Обращаетесь ли Вы в платный стационар за медицинской помощью и как часто?** |
| обращаюсь более 3 раз в год | 0 | 0 |
| обращаюсь от 1 до 3 раз в год | 1 | 0.8 |
| обращаюсь 1 раз в год | 6 | 5,0 |
| не обращаюсь вообще | 112 | 94,2 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **15. Какая сумма ушла у Вас на платные медицинские услуги за последний год?** |
| менее 5 тыс. руб. | 32 | 26,9 |
| от 5 до 10 тыс. руб. | 30 | 25,2 |
| от 11 до 20 тыс. руб. | 16 | 13,4 |
| от 21 до 50 тыс. руб. | 10 | 8,4 |
| более 51 тыс. руб. | 7 | 5,9 |
| нисколько не ушло | 24 | 20,2 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **16. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой платными медицинскими клиниками?** |
| ***Время ожидания нужного специалиста / услуги*** |  |
| удовлетворен | 53 | 53 |
| скорее удовлетворен | 47 | 47 |
| скорее не удовлетворен | 0 | 0 |
| не удовлетворен | 0 | 0 |
| **всего** | **100** | **100** |
| **не ответили** | **19** |
| ***Объем медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 45 | 44,6 |
| скорее удовлетворен | 55 | 54,5 |
| скорее не удовлетворен | 0 | 0 |
| не удовлетворен | 1 | 1 |
| **всего** | **101** | **100** |
| **не ответили** | **18** |
| ***Расположение медицинских учреждений*** |
| удовлетворен | 52 | 51,5 |
| скорее удовлетворен | 39 | 38,6 |
| скорее не удовлетворен | 9 | 8,9 |
| не удовлетворен | 1 | 1 |
| **всего** | **101** | **100** |
| **не ответили** | **18** |
| ***Время работы лечебного учреждения*** |
| удовлетворен | 64 | 63,4 |
| скорее удовлетворен | 37 | 36,6 |
| скорее не удовлетворен | 0 | 0 |
| не удовлетворен | 0 | 0 |
| **всего** | **101** | **100** |
| **не ответили** | **18** |
| ***Время предоставления медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 49 | 48,5 |
| скорее удовлетворен | 50 | 49,5 |
| скорее не удовлетворен | 2 | 2 |
| не удовлетворен | 0 | 0 |
| **всего** | **101** | **100** |
| **не ответили** | **18** |
| **17. Знаете ли Вы о возможностях ДМС?** |
| да | 102 | 86,4 |
| имею приблизительное представление | 15 | 12,7 |
| нет | 1 | 0,8 |
| **всего** | **118** | **100** |
| **не ответили** | **1** |
| **18. Пользуетесь ли Вы полисом ДМС?** |
| да, пользуюсь | 85 | 72 |
| нет, но пользовался (-ась) ранее  | 24 | 20,3 |
| нет, никогда не пользовался (-ась) | 9 | 7,6 |
| **всего** | **118** | **100** |
| **не ответили** | **1** |
| **19. Как Вы считаете, почему работники СПбГУ отказываются от полиса ДМС?** |
| высокая стоимость полиса  | 36 | 30,5 |
| не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС | 13 | 11 |
| не устраивает перечень услуг по полису ДМС | 33 | 28 |
| хватает полиса ОМС  | 11 | 9,3 |
| самостоятельно приобретают полис ДМС в другой страховой компании | 2 | 1,7 |
| нет необходимости в медицинских услугах | 5 | 4,2 |
| другое(«прежде чем попасть к врачу, надо пообщаться с представителями страховой компании, которые могут тебе еще отказать в посещении врача», «трудно согласовывать с диспетчерами страховой компании необходимость получения консультации специалистов») | 4 | 3,4 |
| высокая стоимость полиса+ не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС + не устраивает перечень услуг по полису ДМС | 4 | 3,4 |
| высокая стоимость полиса + не устраивает перечень услуг по полису ДМС | 6 | 5,1 |
| не устраивают поликлиники, обслуживающие по полису ДМС+ не устраивает перечень услуг по полису ДМС | 4 | 3,4 |
| **всего** | **118** | **100** |
| **не ответили** | **1** |
| **20. Если Вы пользуетесь полисом ДМС, то отметьте сколько лет** |
| первый год | 11 | 9,6 |
| 1-3 года | 27 | 23,5 |
| 3-5 лет | 18 | 15,7 |
| больше 5 лет | 36 | 31,3 |
| не пользуюсь ДМС | 23 | 20 |
| **всего** | **115** | **100** |
| **не ответили** | **4** |
| **21. Если Вы обращаетесь в поликлинику по полису ДМС, то отметьте как часто**  |
| более 5 раз в год | 16 | 13,9 |
| от 1 до 5 раз в год | 49 | 42,6 |
| 1 раз в год | 26 | 22,6 |
| не обращаюсь вообще  | 24 | 20,9 |
| **всего** | **115** | **100** |
| **не ответили** | **4** |
| **22. Отметьте причину Вашего обращения в поликлинику по полису ДМС** |
| лечение заболевания | 37 | 40,7 |
| получение медицинской консультации | 11 | 12,1 |
| проведение медицинского обследования, анализы | 27 | 29,7 |
| получение медицинских документов | 5 | 5,5 |
| другое(«в случае экстренной госпитализации») | 3 | 3,3 |
| лечение заболевания + получение медицинской консультации + проведение медицинского обследования, анализы | 3 | 3,3 |
| получение медицинской консультации + проведение медицинского обследования, анализы | 2 | 2,2 |
| лечение заболевания + проведение медицинского обследования, анализы | 1 | 1,1 |
| все перечисленное | 2 | 2,2 |
| **всего** | **91** | **100** |
| **не ответили** | **28** |
| **23. Обращаетесь ли Вы в стационар по полису ДМС и как часто?**  |
| более 3 раз в год | 0 | 0 |
| от 1 до 3 раз в год | 7 | 6,1 |
| 1 раз в год | 46 | 40 |
| не обращаюсь вообще  | 62 | 53,9 |
| **всего** | **115** | **100** |
| **не ответили** | **4** |
| **24. Удовлетворены ли вы медицинской помощью, предоставляемой по программам ДМС работникам СПбГУ?** |
| ***Время ожидания нужного специалиста / услуги*** |
| удовлетворен | 42 | 39,3 |
| скорее удовлетворен | 57 | 53,3 |
| скорее не удовлетворен | 6 | 5,6 |
| не удовлетворен | 2 | 1,9 |
| **всего** | **107** | **100** |
| **не ответили** | **12** |
| ***Объем медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 28 | 26,2 |
| скорее удовлетворен | 48 | 44,9 |
| скорее не удовлетворен | 24 | 22,4 |
| не удовлетворен | 7 | 6,5 |
| **всего** | **107** | **100** |
| **не ответили** | **12** |
| ***Расположение медицинских учреждений*** |
| удовлетворен | 43 | 40,2 |
| скорее удовлетворен | 52 | 48,6 |
| скорее не удовлетворен | 7 | 6,5 |
| не удовлетворен | 5 | 4,7 |
| **всего** | **107** | **100** |
| **не ответили** | **12** |
| ***Время работы лечебного учреждения*** |
| удовлетворен | 45 | 42,1 |
| скорее удовлетворен | 55 | 51,4 |
| скорее не удовлетворен | 5 | 4,7 |
| не удовлетворен | 2 | 1,9 |
| **всего** | **107** | **100** |
| **не ответили** | **12** |
| ***Время предоставления медицинских услуг*** |
| удовлетворен | 38 | 35,5 |
| скорее удовлетворен | 63 | 58,9 |
| скорее не удовлетворен | 4 | 3,7 |
| не удовлетворен | 2 | 1,9 |
| **всего** | **107** | **100** |
| **не ответили** | **12** |
| **25. Какие дополнительные возможности Вы хотели бы получать по полису ДМС?** |
| стоматологические услуги | 54 | 46,6 |
| косметологические услуги | 13 | 11,2 |
| ведение беременности, в том числе ЭКО | 11 | 9,5 |
| реабилитация и/или санаторно-курортное лечение | 26 | 22,4 |
| другое(«лечение хронических заболеваний в ревматологическом центре или в центре Алмазова»; «гинекологические услуги, гормональная терапия, лечение нарушения цикла, ведение беременности, ЭКО, косметология, реабилитация и санаторно-курортное лечение»; «стоматология, ежегодная диспансеризация, плановая госпитализация, физиотерапия и массаж», «диспансеризация на дому: забор крови, мочи, консультация терапевта»; «стоматология и санаторное лечение»;«санаторное лечение и профилактические профессиональные осмотры»;«все перечисленное»;«2 раза в год возможность проверять сердечно-сосудистую систему без экстренного случая, если есть определенный диагноз») | 12 | 10,3 |
| **всего** | **116** | **100** |
| **не ответили** | **3** |
| **26. Готовы ли Вы сейчас отчислять 1 % от заработной платы в предполагаемый государственный фонд, чтобы в пенсионном возрасте гарантированно получать дополнительные медицинские услуги к Вашему полису ОМС?** |
| да | 13 | 10,9 |
| скорее да | 27 | 22,7 |
| скорее нет | 27 | 22,7 |
| нет | 28 | 23,5 |
| затрудняюсь ответить | 24 | 20,2 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **27. Готовы ли Вы участвовать в программе ДМС в будущем?** |
| да | 34 | 28,6 |
| скорее да | 53 | 44,5 |
| скорее нет | 10 | 8,4 |
| нет | 1 | 0,8 |
| затрудняюсь ответить | 21 | 17,6 |
| **всего** | **119** | **100** |
| **28. Ваши пожелания по развитию программы ДМС работников СПбГУ** |
| * Включить в ДМС лечение хронических болезней, связанных с заболеванием соединительной ткани;
* Необходимо участие представителя страховой фирмы (координатора-контролера), который бы координировал и контролировал процесс обследования и лечения;
* В программу ДМС обязательно должна быть включена стоматология, как это было в прошлые годы; включить в программу стоматологию (2);
* Необходимо вернуть полис для родственников сотрудников;
* Включить стоматологические услуги, предоставлять консультации специалистов не только при угрозе жизни, но и по поводу хронических заболеваний;
* Хотелось бы, чтобы страховая не отказывала в предоставлении исследований, которые врач назначает и считает необходимыми, целесообразными;
* Хотелось бы, чтобы стоимость полиса была значительно снижена или он выдавался бесплатно, как это происходит в других учреждениях. Также, хотелось бы, чтобы в программу ДМС были включены стоматологические услуги и услуги, предоставляемые в связи с беременностью;
* Однозначно прописать, какие именно услуги (обследования, анализы, лечение) входят в перечень программы ДМС, возможность обжаловать отказы в страховой компании;
* расширение перечня услуг; 2) уменьшение стоимости ДМС; 3) увеличение списка поликлиник, работающих по ДМС;
* Снижение стоимости полиса, рассмотреть возможность компенсации стоимости абонементов в бассейн или спортзал (в качестве адаптивной меры по профилактике заболеваний сотрудников);
* Снизить стоимость ДМС и включить дополнительные услуги в программу (профессиональное обследование, анализы);
* Увеличить количество поликлиник, работающих с ДМС, расширить спектр услуг по ДМС, сделать ДМС доступным;
* Расширить объем процедур (физиотерапия и массаж) по 10 сеансов хотя бы по каждому заболеванию;
* Реальная (не для галочки) диспансеризация с аппаратным обследованием по кардиологии;
* Ежегодное обследование специалистами (ЭКГ, окулист, хирург, анализ крови, мочи, гинеколог);
* Материальная помощь на приобретение полиса ДМС хотя бы 50%
* Уменьшение стоимости и расширение охвата медицинских учреждений
* Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний
* Оказание профилактики заболеваний, а не в экстренных случаях
* Полис слишком дорогой, сделайте его дешевле (2);
* Расширить перечень анализов (2);
* Добавить косметологию;
* Включить в программу другие виды массажа (2);
* Столкнулась с невозможностью оперативно записаться на прием к врачу;
* Добавить в полис плановую госпитализацию;
* Хочу, чтобы полис распространялся на моего ребенка;
* Расширить объем услуг.
 |

|  |
| --- |
| **Таблица 2. Зависимость возраста работников СПбГУ и использования работниками полиса ДМС\*** |
| **\***Количество респондентов, ответивших на вопрос «Пользуетесь ли Вы полисом ДМС?» |
|  | да, пользуюсь | нет, но пользовался (-ась) ранее | нет, никогда не пользовался (-ась) |  |
| возраст | до 30 | 6 | 2 | 3 | 11 |
| 31-40 | 10 | 3 | 6 | 19 |
| 41-54 | 14 | 9 | 0 | 23 |
| 55-69 | 28 | 9 | 0 | 37 |
| старше 70 | 27 | 1 | 0 | 28 |
| Всего | 85 | 24 | 9 | 118 |

|  |
| --- |
| **Таблица 3. Зависимость возраста работников СПбГУ и готовности работниками отчислять 1% от заработной платы\*** |
| **\***Количество респондентов, ответивших на вопрос «Готовы ли Вы сейчас отчислять 1% от заработной платы в предполагаемый государственный фонд, чтобы в пенсионном возрасте гарантировано получать дополнительные медицинские услуги к вашему полису ОМС?» |
|  | да | скорее да | скорее нет | нет | затрудняюсь ответить |  |
| возраст | до 30 | 4 | 5 | 1 | 1 | 0 | 11 |
| 31-40 | 5 | 8 | 4 | 2 | 1 | 20 |
| 41-54 | 3 | 6 | 8 | 3 | 3 | 23 |
| 55-69 | 0 | 7 | 5 | 13 | 12 | 37 |
| старше 70 | 1 | 1 | 9 | 9 | 8 | 28 |
| Всего | 13 | 27 | 27 | 28 | 24 | 119 |

**Приложение 3**

**Интервью с директором департамента ДМС Северо-Западного филиала страховой компании «Росгосстрах» Посоховым В.М.**

*Вступительное слово*

Здравствуйте! Меня зовут \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я студентка факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета и пишу магистерскую дипломную работу, посвященную добровольному медицинскому страхованию. Спасибо, что согласились поучаствовать в интервью, посвященному данной теме, и выделили время для нашей беседы. Для проведения качественного исследования очень важно знать Ваше экспертное мнение. Во избежание искажения информации Ваши слова будут записываться на диктофон. Это позволит нам сохранить достоверность Ваших слов и упростит дальнейшую обработку данных.

**Виктор Михайлович, расскажите, пожалуйста, немного о себе. Как долго Вы работаете в данном сегменте страхования?**

Я работаю в страховании фактически с 2000 года и работаю именно в добровольном медицинском страховании

**Сколько лет компания Росгосстрах предлагает своим клиентам услуги по ДМС?**

Наша компания работает с 1921 года, но в таком современном составе она стала работать несколько позже, с момента перестроечных времен, фактически с конца 90 годов, как и все страховые компании.

**Как Вы считаете, в чем преимущество ДМС от ОМС и частных медицинских клиник?**

Если брать систему ОМС сейчас, то там есть масса ограничений. С одной стороны, это временные ограничения главным образом, когда на дорогие исследования сложно попасть быстро, хотя конечно система ОМС предполагает, что практически весь объем помощи может быть оказан через нее. При этом ДМС имеет ряд ограничений: это те вещи, которые делаются из бюджетных средств, т.е. это лечение онкологии, это нейрохирургические операции, т.е. то, что обычно система ДМС не берет на себя. Существует целый перечень исключений, это не только онкология. Онкологию я привел как пример.

Важное отличие системы ДМС от ОМС это то, что система ДМС работает с амбулаторно-поликлиническими базами, а это коммерческие центры, с обычными городскими поликлиниками мы не работаем, мы работаем с государственными, это в основном стационары, потому что частных стационаров в СПб практически нет, в Москве есть какие-то варианты, в СПб нет.

Отличие ДМС от лечения в частных клиниках. Сейчас все больше появляется коммерческих клиник, предоставляющих сервис в плане быстроты, качества услуг, они заинтересованы больше зарабатывать на пациентах, хотят пропустить пациента через большое число врачей. Человек сам не медик, ему сложно оценить поставленный диагноз. С точки зрения страховой компании она стоит на страже первую очередь своих интересов и расходов, это положительно влияет на положение застрахованного сотрудника, потому что ему не назначат лишнего, т.к. это запретит сделать страховая компания. В этом случае нет гипердиагностики, «залечивания» пациента.

**Какие программы ДМС предлагает Росгосстрах? Что в них включено?**

Стандартная программа (если мы говорим о страховании физических лиц) включает в себя следующий набор услуг: это амбулаторно-поликлиническая помощь с вызовом врача на дом, вызов скорой помощи и экстренная госпитализация-стационарное лечение в разных видах, это может быть экстренная госпитализация по скорой помощи или плановая госпитализация, когда речь идет уже о каком-то отложенном лечении или оперативном вмешательстве и стоматологическая помощь.

**Кто по Вашему мнению являются основными потребителями услуг ДМС компании Росгосстрах: государственные или частные предприятия и учреждения?**

Разные категории, тут нельзя выделить одни или вторые, и те, и другие сейчас являются потребителями страховых услуг по ДМС

**Как Вы считаете, с какими вопросами чаще всего обращаются клиенты по полису ДМС в ЛПУ? Что из медицинских услуг, предоставляемых по полису ДМС наиболее востребовано?**

Главным образом, это амбулаторно-поликлиническая помощь. Если говорить конкретно по услугам - сложно сказать, например, стандартная консультация терапевта, выписка больничного листа (для него нужна консультация терапевта), обследования по гинекологическим проблемам у женщин и урологическим проблемам у мужчин, массажи.

**Виктор Михайлович, существуют ли заболевания, которые не охватывает полис ДМС? Что не является страховым случаем?**

Есть целый перечень заболеваний, которые не являются страховым случаем. Оказание видов помощи, которые финансируются за счет госбюджета, есть отдельные статьи на которые выделяется бюджет: туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, психические расстройства, расстройства поведения, наркологические заболевания и особо опасные инфекции – все то, что берет на себя государство в полном объеме. Дальше идут заболевания связанные с алкогольным, наркотическим опьянением, то что является стандартным исключением в принципе не только в медицинском страховании, но и в автостраховании и других видах; попытки самоубийства; умышленное причинение себе телесных повреждений; профессиональные заболевания-лучевая болезнь в том числе; разные врожденные аномалии и пороки развития; наследственные, генетические заболевания; сахарный диабет 1 и 2 типа и его осложнения; онкология; беременность и роды, если это не отдельная программа, которая также у нас есть. В общем, есть целый перечень; также услуги, оказываемые в профилактических целях, т.е. в принципе система ДМС ориентирована сейчас главным образом не на профилактику, а на лечение заболеваний.

**Скажите, пожалуйста, с какими претензиями от клиентов, связанными с ДМС, сталкивается компания Росгосстрах?**

Во-первых, клиенты считают, что они могут по полису делать все, хотя это не так. Во-вторых, сталкиваемся с претензией от клиентов, связанными с проведением профилактических мероприятий, которые люди хотят получить, но при этом это не входит в программу.

**Поговорим о проблемах в сегменте ДМС. Как Вы считаете, что мешает ДМС развиваться?**

Интересный вопрос. Одна из причин-высокая стоимость, особенно для частных лиц. Если для организаций цена более-менее нормальная, то для частных лиц обычно это очень высокая цена

**Расскажите, пожалуйста, подробнее о рисковом и депозитном ДМС. В чем их преимущества и недостатки. Что является более выгодным для работников, а что для работодателей? Что стоит дешевле, а что – дороже?**

Здесь есть как плюсы, так и минусы разных систем. Допустим, если у предприятия ограничен бюджет, то этому предприятию сложно приобрести рисковую программу. Если, например, предприятие из 100 человек и примерно 15 тыс. руб. на каждого работника, то необходимо 1,5 млн руб., а у предприятия есть только 500 тыс. руб., которые оно готово на это выделить. Таким образом, предприятие просто не может приобрести рисковую программу, оно может приобрести депозитный вариант. Депозитный 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. В случае с депозитным страхованием-за те деньги, которые готов заплатить работодатель, страховая компания не может нести на себе такой риск. Здесь работодатель может определять, на какие виды услуг он может потратить свои деньги, может быть больше на стоматологию, может быть больше на санаторно-курортное лечение, может выделять на кого из сотрудников, например, хочет помочь человеку, у которого трудная ситуация. В депозитном страховании сам работодатель может регулировать, выбирать услуги, но есть ограничения по средствам-сколько организация готова заплатить, на такую сумму будет оказана помощь. Фактически страховая компания на себе риск не несет, риск несет на себе работодатель.

**Виктор Михайлович, как Вы считаете, ДМС больше ориентировано на корпоративный сегмент (для работников предприятий) или его самостоятельно приобретают физические лица?**

Больше на корпоративный конечно. Сложно сказать, какой процент представляет соотношение, процентов 85 точно приходится на корпоративный сегмент, процентов 15 в лучшем случае на физических лиц, и то эти договоры каким-то образом связаны с корпоративным страхованием, например, страхование родственников сотрудников

**Сохраняется ли тенденция предприятий сокращать программы ДМС для своих работников или вовсе отказываться от них?**

Да, сейчас в последнее время такое существует

**Считаете ли Вы полезным и актуальным приобретение полиса ДМС для пожилых людей? Является ли ДМС для них доступным?**

Если рассматривать частных лиц, то, конечно, это очень высокая стоимость, скорее всего не доступно, потому что даже при стоимости полиса в 30-40 тыс. руб. для частного лица, стоимость для пожилого увеличится в разы, будет в 2 или в 3 раза больше. Плюс к этому мы и другие страховые компании предлагаем клиенту заполнить анкету состояния здоровья, и там обнаруживается полный букет болезней, который еще больше увеличивает стоимость полиса

**Виктор Михайлович, как Вы относитесь к ДМС, как государственной услуге в будущем для лиц достигших пенсионного возраста?**

Идея конечно интересная, но готовы ли люди будут дополнительно что-либо оплачивать, делать дополнительно какие-то отчисления? Все зависит от того, что будет предлагаться на выходе, что это будет за программа и в каком она будет виде, потому что уже была масса вариантов пенсионных накоплений, которые уже замораживались несколько раз. Вопрос состоит в том, что будет предлагаться в этих программах. Например, если рассматривать стоматологию, то в пожилом возрасте, это уже определенный ее вид - протезирование, имплантация - это все вещи дорогостоящие, не входящие в настоящее время в полис ДМС. Все это приобретается за свой счет в любом случае. В принципе, с протезированием в системе ОМС сейчас тяжеловато. Санатории, санаторно-курортное лечение можно было бы включить, но необходимо выяснить, в каком виде все это будет действовать: в добровольном или добровольно принудительном, потому что если это будет добровольно, люди должны понимать, на что и в каком объеме они смогут рассчитывать. Если людям скажут, например, что они с определенного возраста смогут 24 дня проходить санаторно-курортное лечение в любых санаториях России, то может быть это будет как-то стимулировать. Пожилые люди хотят пользоваться полисом ДМС, сам неоднократно разговаривал по телефону, когда человек звонит и говорит: «Я пенсионер, инвалид, можно ли мне оформить полис». Люди хотят избежать систему ОМС, длительность процесса лечения, который там имеется, но вместе с этим у людей нет денег оплачивать полис, т.к. он дорогой, но потребность у них в этом есть.

**По Вашему мнению, какие шаги нужно предпринять государству, чтобы стимулировать развитие ДМС в России?**

Уже давно идет дискуссия, что работодатель оплачивает фактически два раза медицинскую помощь: с одной стороны, это отчисления в ОМС, с другой - расходы на ДМС. Возможно, государство должно как-то изменить существующую систему уплаты взносов. Пока оно еще не пришло к какому-то решению, потому что есть сложности. Если, например, делать налоговые послабления организациям, которые заключают договор ДМС, то деньги не будут поступать на ОМС, на неработающее население. Все очень сложно, к сожалению.

**Каковы Ваши прогнозы по ДМС в будущем, например, в 2028 году, через 10 лет? Произойдут ли какие-нибудь изменения?**

Так далеко загадывать сложно, сложно что-то прогнозировать. Хотелось бы, конечно, чтобы программы в рамках ДМС стали более широкими, больше видов помощи могли бы оказывать клиентам, наконец-то включили профилактику в программы, потому что для страховых компаний профилактика - это один из вариантов регулирования итоговой убыточности. Пока мы к этому не пришли, но, может быть, мы к этому придем. Страховой компании будет выгоднее вовремя находить какие-то заболевания, предпосылки к их развитию и вовремя их предотвращать, чем потом лечить. В данном случае будет происходить экономия средств на стационарной помощи.

**Виктор Михайлович, большое спасибо за интервью!**

**Приложение 4**

**Интервью с ведущим специалистом**

**Отдела социальной защиты работников СПбГУ Кидун Ю.Н.**

*Вступительное слово*

Здравствуйте! Меня зовут\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Я студентка факультета социологии Санкт-Петербургского государственного университета и пишу магистерскую дипломную работу, посвященную добровольному медицинскому страхованию. Спасибо, что согласились поучаствовать в интервью, посвященному данной теме, и выделили время для нашей беседы. Для проведения качественного исследования очень важно знать Ваше экспертное мнение. Во избежание искажения информации Ваши слова будут записываться на диктофон. Это позволит нам сохранить достоверность Ваших слов и упростит дальнейшую обработку данных.

**Юлия Николаевна, расскажите, пожалуйста, немного о себе. Как давно Отдел социальной защиты работников СПбГУ занимается ДМС?**

Я работаю здесь с 2009 года, в университете уже был ДМС. Первый ДМС, его пробные варианты, появились в СПбГУ в 2006 году. В 2008 году работа уже была организована

**Как Вы считаете, в чем преимущество ДМС от ОМС и частных медицинских клиник?**

Преимущество ДМС от ОМС: по полису ОМС очень трудно попасть к специалистам, огромные очереди, квоту на лечение нужно ждать, если необходимо лечение какое-то серьезное. Частные клиники-это, во-первых, очень дорого, во-вторых, в частных клиниках могут людям назначить лишние диагнозы с целью вытянуть из клиентов средства, заработка на них. Преимущество ДМС в том, что страховая компания контролирует, чтобы врачи не назначали лишнего. Также по ДМС работают хорошие клиники, хорошая диагностика, все можно сделать по записи, спокойно, быстро и без очереди. Т.е. людям занятым, кто работает, ДМС очень удобно, не так много времени тратится на лечение и обследование.

**Расскажите, пожалуйста, какие медицинские программы предлагаются работникам СПбГУ по полису ДМС? Какие медицинские услуги в них включены?**

Сначала я расскажу про прошлый год. В прошлом году у нас было 3 программы: программа «Базовая» для всех сотрудников университета, «Базовая +» для членов Ученого совета и программа «Премиум» для почетных профессоров. Самая серьезная – это «Премиум», в нее входит практически все: начиная от лечения зубов, протезирования, серьезных операций, госпитализации, санаторно-курортное лечение за рубежом. Это самая обширная программа. «Базовая +» немного отличается от «Базовой» в сторону увеличения количества клиник, лечебных учреждений. Если по «Базовой» программе, например, обслуживает 100 лечебных учреждений, то по «Базовой +» обслуживают 120, при этом обслуживают самые хорошие клиники. Также более широкое содержание медицинских услуг по сравнению с «Базовой»: допустим, если у нас была стоматология по «Базовой» два зуба, то по «Базовой +» входят 3 или 4 зуба. Базовая программа достаточно большая, в нее входят все врачи-специалисты, какие можно. Каждый год мы проводим анкетирование, выявляем потребность работников СПбГУ в тех или иных узких специалистах, например, добавили врача-сурдолога. В программу входят практически все методы исследования, какие есть в нашей медицине на данный момент, лабораторные исследования. Методы лечения-практически все, не входит так называемая нетрадиционная медицина. В этом году у нас не входит плановая госпитализация, в отличие от прошлого года. Плановая госпитализация-это когда человек не по скорой, а по направлению врача ложится в стационар, у него запланирована не срочная операция, по показанию, не угрожающему жизни. В этом году ее нет, потому что это очень дорого. Страховая согласна включить в программу, но стоимость полиса будет высокой. Экстренная госпитализация входит в полис. По экстренной и плановой госпитализации в прошлом году входила госпитализация в двухместную палату повышенной комфортности на 14 дней, по истечению 14 дней пациента переводят по ОМС. Также в полис входит вызов врача на дом, неотложная скорая помощь, в прошлом году входила стоматология, в этом году она не входит. Было принято решение отказа от нее, т.к. она сильно удорожает полис.

**Как Вы считаете, с какими заболеваниями связано большее число обращений работников СПбГУ по полису ДМС в ЛПУ?**

Нужно брать возрастную группу и смотреть по ней, каких больше всего заболеваний. Очень много обращений к офтальмологу, это профессиональное заболевание, преподаватели наши много работают с книгами, литературой, с компьютерами, популярны, сердечно-сосудистые заболевания, как и везде, по статистике. Возрастная категория застрахованных - это возрастные работники, у них, как и у любых людей в возрасте, возникают сердечно-сосудистые заболевания. Заболевания связаны с сосудами, гипертония, дистония, сердце, ишемические болезни.

**Юлия Николаевна, что из медицинских услуг, предоставляемых по полису ДМС наиболее востребовано?**

Наиболее востребована амбулаторно-поликлиническая помощь в любом ее виде, люди идут к врачу с какой-то жалобой. Это больше всего востребовано, люди достаточно активно ходят в поликлинику.

**Скажите, пожалуйста, с какими вопросами и пожеланиями от клиентов, связанными с ДМС, сталкивается Отдел социальной защиты работников СПбГУ?**

Больше всего люди жалуются на то, что страховая отказала в каком-то лечении, в каком-то исследовании. Это наиболее частое обращение. Частые пожелания следующие: делайте полис дешевле; думайте, как его удешевить. Но, к сожалению, полис растет в цене, т.к. все дорожает и полис в том числе, дорожают медицинские услуги, расходные материалы и медикаменты, поэтому страховая компания увеличивает цену. Не в нашей власти удешевить полис.

У нас есть такое понятие, как страховой случай. Человек обращается по полису, если у него какое-то острое состояние, обострение хронического заболевания. У него что-то заболело, и он позвонил, к примеру, «У меня заболело ухо» - это является страховым случаем. Если человек звонит в страховую и говорит: «Я хочу проверить уши» - это не страховой случай. Профилактика не входит в страховую медицину. Людям очень сложно к этому привыкнуть. Данный момент вызывает всегда массу вопросов и негодований. Вот это основная жалоба, что просто нельзя прийти и провериться. Полис ДМС не для этого, он для лечения, а не для проверок и профилактик.

**Как Вы думаете, люди какого возраста чаще всего пользуются медицинским обслуживанием по системе ДМС?**

Пожилого естественно, женщины за 50. Молодежь, даже если они берут полис, то достаточно легкомысленно к этому относятся, может быть один раз сходят по нему куда-нибудь. Совсем пожилые работники хотят и рады пользоваться полисом ДМС, но у них нет сил этим заниматься, т.к. надо звонить, надо ехать. Но, конечно, пожилые пользуются полисом, у нас большое количество сотрудников за 80 лет.

**Считаете ли Вы полезным и актуальным приобретение полиса ДМС для пожилых людей? Является ли ДМС для них доступным?**

Конечно, им необходимо пользоваться ДМС. Раньше у нас была такая услуга, как полис для родственника, сейчас ее нет, в прошлом году была. Университетом предоставлялась такая услуга - возможность работнику купить полис для родственников по той же цене, что и для себя, но без получения материальной помощи, без компенсации. Я, например, своей маме покупала полис, потому что я понимаю, что ей это нужно. Тяжело для пожилого пойти в поликлинику и отстоять очередь к врачу, к которому запись за месяц вперед. Тем более, многие пожилые люди работают. Моя мама работает и ей трудно по времени попасть на прием, поэтому полис ДМС, конечно, очень удобен, если есть какие-либо жалобы. Жалобы, как правило, есть у всех после 50-60 лет, чем старше, тем больше жалоб. У нас есть почетные профессора, они старше 80 лет, часть из них старше 90 лет. Страховые компании не хотят брать такие возрастные категории, потому что очень много с ними сложностей, очень много диагнозов и лечений. Страховые компании много денег потратят на них, некоторые страховые компании предлагают сумасшедший коэффициент, который делает полис очень дорогим.

Поэтому для совсем пожилых, если это можно будет сделать без коэффициента, то, конечно, им необходим полис ДМС, чтобы люди могли ходить в поликлинику рядом с домом, выбирать из списка, пойти к любым специалистам. Потому что в обычной поликлинике по месту жительства не так то просто попасть на прием, а в платной поликлинике -это дорого, для пенсионеров это непомерные суммы. Да, я думаю, что для пожилых людей это был бы очень хороший выход. Насколько это доступно: для работающих сотрудников купить полис ДМС раз в году, потратив при этом 15-17 тыс. рублей, в принципе, доступно. Для неработающих граждан, я считаю ДМС не доступно, это очень дорого. Даже потратить 15 тыс руб. для пенсионера это много, а для тех, кто приходит с улицы, не является корпоративным клиентом, полис стоит намного дороже. У нас действует корпоративная цена, что делает полис дешевле. Поэтому, я не думаю, что для неработающих пенсионеров это доступно.

**Юлия Николаевна, как Вы относитесь к ДМС, как государственной услуге в будущем для лиц достигших пенсионного возраста?**

Мне кажется, было бы очень хорошо, если бы это стало возможным. Следует это организовать, возможно, с помощью отчисления процентов от зарплаты. Я бы хотела при выходе на пенсию иметь такой полис, никаких проблем бы у меня не было, не было бы проблем у моих детей. Я могла бы сама решить этот вопрос, не обращаясь к ним за помощью. Конечно, это хорошая идея.

**Как Вы считаете, как предоставление услуг по системе ДМС можно сделать более эффективным, соответствующим потребностям работников СПбГУ?**

Я думаю, хорошо было бы делать далее уже то, что мы делаем, а именно, проводить работу с людьми по поводу того, как обращаться в компанию, как делать свою заявку, как просить помощи у страховой компании. Мы это и так делаем, другое дело что у нас отдел маленький, народу много работает в университете. Любой человек, который ко мне обращается, я всегда им все говорю, как именно надо обращаться, что именно надо говорить диспетчерской службе, чтобы получить помощь. Люди потихоньку, я замечаю, по сравнению с тем, что было года 3-4 назад, научились обращаться, звонят и говорят, как положено, объясняют, что им нужно. Это был первый момент.

**Как Вы думаете, должен ли человек целиком довериться государству в вопросах здравоохранения или ему лучше положиться на себя, свои собственные силы?**

Это несколько философский вопрос, в принципе человеку лучше рассчитывать все-таки на себя, нельзя ответственность за себя целиком перекладывать на кого-то. Нужно доверять, но проверять. Если государство будет нас страховать, если государство будет нас защищать, то это прекрасно, но целиком и полностью взрослые люди не могут положиться. Маленький ребенок может довериться целиком, взрослый человек вряд ли.

**По Вашему мнению, какие шаги нужно предпринять государству, чтобы стимулировать развитие ДМС в России?**

Государству следует провести исследование, насколько это нужно людям, сделать необходимые расчеты. У нас, в большом городе, много клиник, много больниц, большой выбор. Нужно ли это будет людям в маленьком городе, кто знает? Нужно проводить масштабные исследования. Может быть, у них один медпункт на весь город и все. Поэтому не будет разницы, идти по ОМС или ДМС. Насколько это нужно людям в поселках, ведь там живет много народу. Должны быть проведены исследования о степени необходимости ДМС для людей, должна быть предоставлена возможность выбора людям, может быть, где-то это необходимо, где-то нет. Там, где необходимо, сделать это возможным.

Должен быть создан механизм отчислений, как это сопоставить с заработной платой людей, после того, как будут проведены экономические исследования и расчеты. Должен быть решен технически вопрос как это сделать. Пенсионный фонд и ОМС уже имеют подобную практику, значит, в данном случае тоже можно подсчитать. Как это должно отчисляться, в каком объеме, с какого возраста, кто должен платить-человек или государство и т.д. – на данные вопросы необходимо дать ответ. Насколько это осуществимо сделать - при нынешних технических возможностях, я считаю это сделать реально. Прежде всего, следует подсчитать экономическую целесообразность планируемых мероприятий, насколько государству это будет выгодно или нет, на ОМС больше тратиться бюджетных средств или меньше их расходовалось бы на ДМС. После этого уже должны приниматься какие-то решения.

**Юлия Николаевна, большое спасибо за интервью!**

1. 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. С. 222. [↑](#footnote-ref-1)
2. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017.

С. 21. [↑](#footnote-ref-2)
3. Там же. С. 35. [↑](#footnote-ref-3)
4. Средняя продолжительность жизни в России впервые превысила 72 года // Российская газета. 2017. 14 авг. URL: <https://rg.ru/2017/08/14/sredniaia-prodolzhitelnost-zhizni-v-rossii-vpervye-prevysila-72-goda.html> (дата обращения: 15.04.2018). [↑](#footnote-ref-4)
5. Конституция РФ, принята всенародным голосованием 12 декабря 1993 года // Российская газета. 1993. № 237. Статья 41. [↑](#footnote-ref-5)
6. Там же. Комментарий к Статье 41. [↑](#footnote-ref-6)
7. Сударикова И.А. Роль медицинского страхования в финансировании расходов на охрану здоровья // Страховое дело. – М.: Анкил, 2014, №7. С. 35. [↑](#footnote-ref-7)
8. Страхование: Учеб. пособие. – 5-е изд. / под ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. С. 320. [↑](#footnote-ref-8)
9. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [федер. закон №326-ФЗ: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 18.01.18 г. [↑](#footnote-ref-9)
10. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г. [↑](#footnote-ref-10)
11. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации // Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. URL: <http://www.ffoms.ru/for-citizens/about-oms/index.php?sphrase_id=73112> (дата обращения: 07.03.2018). [↑](#footnote-ref-11)
12. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [федер. закон №326-ФЗ: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 18.01.18 г. [↑](#footnote-ref-12)
13. О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [закон Санкт-Петербурга №880-159 от 26 декабря 2017 г.: принят Законодательным Собранием Санкт-Петербурга 20 декабря 2017 г.] / Справочно-правовая система «Гарант», версия от 23.04.18 г. [↑](#footnote-ref-13)
14. Скамай Л.Г. Страховое дело: учебник / Л.Г. Скамай. – М.: Изд-во Юрайт, 2013. С. 94. [↑](#footnote-ref-14)
15. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [федер. закон №326-ФЗ: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 18.01.18 г. [↑](#footnote-ref-15)
16. О размере и порядке расчета тарифа страхового взноса на обязательное медицинское страхование неработающего населения [федер. закон №354-ФЗ: принят Гос. Думой 22 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 03.02.18 г. [↑](#footnote-ref-16)
17. Налоговый кодекс Российской Федерации. Часть вторая [федер. закон №117-ФЗ: принят Гос. Думой 19 июля 2000 г. (с изм. и доп. от 23 апреля 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 10.05.18 г. [↑](#footnote-ref-17)
18. Минздрав пока не будет отменять вызов педиатров на дом // Газета Известия. 2016. 07 сен. URL: <https://iz.ru/news/631023> (дата обращения: 02.12.2017). [↑](#footnote-ref-18)
19. Социальное положение и уровень жизни населения России. 2017: Стат. сб. / под ред. М.К. Сабельниковой, Е.Б. Фроловой. – М.: Росстат, 2017. С. 198. [↑](#footnote-ref-19)
20. Скворцова: дефицит программы госгарантий медпомощи в регионах превышает 150 млрд рублей // ТАСС информационное агентство. 2017. 06 дек. URL: <http://tass.ru/obschestvo/4789372>. (дата обращения: 01.03.2018). [↑](#footnote-ref-20)
21. Испытано временем: 100 лет обязательному социальному страхованию в России (1912-2012): монография / А.В. Морозов и др.; Под общ ред. А.В. Морозова. - Казань: Изд-во КНИТУ, 2012. С. 179. [↑](#footnote-ref-21)
22. Тарифы ОМС в регионах различаются в разы // Фонд независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье». 2017. 02 мая. URL: <http://fondzdorovie.ru/news/detail.php?ID=2778&sphrase_id=2440>. (дата обращения: 02.04.2018). [↑](#footnote-ref-22)
23. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин и др. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С. 7. [↑](#footnote-ref-23)
24. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: Институты и страховые механизмы / В.Д. Роик. – М.: Альпина Паблишер, 2013. С. 191. [↑](#footnote-ref-24)
25. Роик В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России? – СПб.: Питер, 2014. С. 284. [↑](#footnote-ref-25)
26. Там же. [↑](#footnote-ref-26)
27. На время жалуетесь? Стоматологу дали 44 минуты на прием одного пациента, а терапевту - только 15 // Российская Газета. 2017. 19 янв. URL: <https://rg.ru/2017/01/19/minzdrav-ustanovil-dlia-vrachej-normy-priema-pacientov.html>. (дата обращения: 12.05.2018). [↑](#footnote-ref-27)
28. Об утверждении типовых отраслевых норм времени на выполнение работ, связанных с посещением одним пациентом врача-педиатра участкового, врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-невролога, врача-оториноларинголога, врача-офтальмолога и врача-акушера-гинеколога [приказ Минздрава РФ №290н от 02 июня 2015 г.] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 17.03.18 [↑](#footnote-ref-28)
29. Народный рейтинг врачей, лечебных учреждений и медицинских услуг // ПроДокторов. URL: <https://prodoctorov.ru/> (дата обращения: 12.03.2018). [↑](#footnote-ref-29)
30. Общественное мнение – 2017. Ежегодник / под ред. Н. Зоркая. - М.: Левада-Центр, 2018. С. 68. [↑](#footnote-ref-30)
31. Сигналы о проблемах // Федеральная система мониторинга доступности здравоохранения «Доступная медицина». URL: <http://доступнаямедицина.рф/complaints/> (дата обращения: 04.03.2018). [↑](#footnote-ref-31)
32. Мониторинг работы органов государственной власти // Госконтроль.Ру. URL: <http://www.goscontrol.ru/> (дата обращения: 04.03.2018). [↑](#footnote-ref-32)
33. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 95. [↑](#footnote-ref-33)
34. Народный взгляд на здравоохранение. Общероссийское общественное движение «Народный фронт «За Россию» // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – М.: ООО Издат. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2015, №2. С. 31. [↑](#footnote-ref-34)
35. Аптечные сети предупредили о возможном росте цен на препараты // Журнал «Клиническая фармация». 2018. 27 фев. URL: <http://clinical-pharmacy.ru/digest/farmacevtrinok/7095-aptechnye-seti-predupredili-o-vozmozhnom-roste-cen-na-preparaty.html> (дата обращения: 22.02.2018). [↑](#footnote-ref-35)
36. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 21. [↑](#footnote-ref-36)
37. 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. С. [↑](#footnote-ref-37)
38. Роик В.Д. Финансовые основы обязательного медицинского страхования, страхования от несчастных случаев на производстве и временной утраты трудоспособности: учебное пособие / В.Д. Роик. – М.: ИД «АТиСО», 2015. С. 11. [↑](#footnote-ref-38)
39. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 29. [↑](#footnote-ref-39)
40. О Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года [распоряжение правительства РФ №1662-р от 17 ноября 2008 г. (с изм. и доп. от 10 февраля 2017 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 26.03.18 г. [↑](#footnote-ref-40)
41. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации [федер. закон №326-ФЗ: принят Гос. Думой 19 ноября 2010 г. (с изм. и доп. от 28 декабря 2016 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 18.01.18 г. [↑](#footnote-ref-41)
42. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г. [↑](#footnote-ref-42)
43. Шарабчиев Ю.Т., Дудина Т.В. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье, 2013, №4. С.17. [↑](#footnote-ref-43)
44. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г. [↑](#footnote-ref-44)
45. О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2018 год и на плановый период 2019 и 2020 годов [постановление Правительства Российской Федерации от 08 декабря 2017 г. №1492 (с изм. и доп. от 21 апреля 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.01.18 г. [↑](#footnote-ref-45)
46. Российское здравоохранение в новых экономических условиях: вызовы и перспективы: Доклад НИУ ВШЭ по проблемам развития системы здравоохранения / С.В. Шишкин и др. - М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2017. С. 20. [↑](#footnote-ref-46)
47. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию [приказ ФФОМС №230 от 01 декабря 2010 г. (с изм. и доп. от 22 февраля 2017 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 06.03.18 г. [↑](#footnote-ref-47)
48. Счетчик обращений граждан // Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения. URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/> (дата обращения: 12.05.2018). [↑](#footnote-ref-48)
49. Россия в цифрах. 2017: Стат. сб. / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Ростат, 2017. С. 79. [↑](#footnote-ref-49)
50. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г. [↑](#footnote-ref-50)
51. Михальченко Д.В. Социологический портрет медицинской услуги: монография / Д.В. Михальченко, И.В. Фирсова, Н.Н. Седова. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2011. С. 18. [↑](#footnote-ref-51)
52. Шаховой В.А. Развитие платных медицинских услуг в сфере здравоохранения: монография / В.А. Шаховой, Е.В. Бауд. – М.: РХТУ им Д.И. Менделеева, 2012. С. 19. [↑](#footnote-ref-52)
53. Шаховой В.А. Развитие платных медицинских услуг в сфере здравоохранения: монография / В.А. Шаховой, Е.В. Бауд. – М.: РХТУ им Д.И. Менделеева, 2012. С. 44. [↑](#footnote-ref-53)
54. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации [федер. закон №323-ФЗ: принят Гос. Думой 01 ноября 2011 г. (с изм. и доп. от 07 марта 2018 г.)] / Справочно-правовая система КонсультантПлюс, версия от 08.04.18 г. [↑](#footnote-ref-54)
55. Шишкин С.В., Попович Л.Д. Анализ перспектив развития частного финансирования здравоохранения / С.В. Шишкин, Л.Д. Попович. – М.: ИЭПП, 2009. С. 30. [↑](#footnote-ref-55)
56. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики, 2013, №4. С.97. [↑](#footnote-ref-56)
57. Шишкин С.В., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В. Частный сектор здравоохранения в России: состояние и перспективы развития // Вопросы экономики, 2013, №4. С. 103. [↑](#footnote-ref-57)
58. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 167. [↑](#footnote-ref-58)
59. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 167. [↑](#footnote-ref-59)
60. Медицинский рейтинг 2017 // Деловой Петербург. URL: <http://story.dp.ru/medranking#eys> (дата обращения: 10.04.2018). [↑](#footnote-ref-60)
61. Медицинский рейтинг 2017 // Деловой Петербург. URL: <http://story.dp.ru/medranking#eys> (дата обращения: 10.04.2018). [↑](#footnote-ref-61)
62. Шаховой В.А. Развитие платных медицинских услуг в сфере здравоохранения: монография / В.А. Шаховой, Е.В. Бауд. – М.: РХТУ им Д.И. Менделеева, 2012. С. 44. [↑](#footnote-ref-62)
63. Страхование: Учеб. пособие. – 5-е изд. / под ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. С. 320. [↑](#footnote-ref-63)
64. Воронина С.Ю. Добровольное медицинское страхование как механизм повышения качества медицинских услуг // Актуальные вопросы экономических наук, 2012, №28. С. 68. [↑](#footnote-ref-64)
65. Касимовский К.К., Жиляева 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. 35. [↑](#footnote-ref-65)
66. Ермасов С. В. Страхование: учебник для бакалавров. – 5-е изд. / С. В. Ермасов, Н. Б. Ермасова. - М.: Изд-во Юрайт, 2015. С. 622. [↑](#footnote-ref-66)
67. Сударикова И.А. Роль медицинского страхования в финансировании расходов на охрану здоровья // Страховое дело. – М.: Анкил, 2014, №7. С. 38. [↑](#footnote-ref-67)
68. Архипов А.П. О программах медицинского страхования // Финансы, 2013, №3. С.43. [↑](#footnote-ref-68)
69. 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. С. 11. [↑](#footnote-ref-69)
70. 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. [↑](#footnote-ref-70)
71. Россия в цифрах. 2017: Стат. сб. / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Ростат, 2017. С. 80. [↑](#footnote-ref-71)
72. 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-rossiyskoy-federatsii-na-dolgosrochnyy-period> (дата обращения: 07.02.2018). [↑](#footnote-ref-72)
73. Князева Е.Г. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: монография / Е.Г. Князева, Е.Н. Валиева, В.А. Шелякин, В.В.Фоменко. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. С. 66. [↑](#footnote-ref-73)
74. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: Институты и страховые механизмы / В.Д. Роик. – М.: Альпина Паблишер, 2013. С. 170. [↑](#footnote-ref-74)
75. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Качество жизни и человеческий потенциал территорий // Проблемы развития территорий, 2015, №1. С. 78. [↑](#footnote-ref-75)
76. Россия в цифрах. 2017: Стат. сб. / под ред. А.Е. Суринова. – М.: Ростат, 2017. С. 80. [↑](#footnote-ref-76)
77. Князева Е.Г. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: монография / Е.Г. Князева, Е.Н. Валиева, В.А. Шелякин, В.В.Фоменко. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. С. 67. [↑](#footnote-ref-77)
78. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 19. [↑](#footnote-ref-78)
79. Мировая статистика здравоохранения 2014 г.: значительный рост продолжительности жизни // Всемирная организация здравоохранения. 2014. 15 мая. URL: <http://www.who.int/ru> (дата обращения: 15.03.2018). [↑](#footnote-ref-79)
80. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 24. [↑](#footnote-ref-80)
81. С. Шишкин: Смертность трудоспособного населения в России в 4 раза превышает европейские показатели // Стратегия 2020. Стратегия социально-экономического развития страны до 2020 года. URL: <http://2020strategy.ru/g11/news/32651073.html> (дата обращения: 05.05.2018). [↑](#footnote-ref-81)
82. Там же. [↑](#footnote-ref-82)
83. Роик В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России? – СПб.: Питер, 2014. С. 284. [↑](#footnote-ref-83)
84. Князева Е.Г. Финансовые инновации в сфере медицинского страхования Российской Федерации: монография / Е.Г. Князева, Е.Н. Валиева, В.А. Шелякин, В.В.Фоменко. – Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 2015. С. 68. [↑](#footnote-ref-84)
85. Роик В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России? – СПб.: Питер, 2014. С. 284. [↑](#footnote-ref-85)
86. Здравоохранение в России. 2017: Стат. сб. / под ред. Г.К. Оксенойт, С.Ю. Никитиной. – М.: Росстат, 2017. С. 155. [↑](#footnote-ref-86)
87. Роик В.Д. Социальное страхование в меняющемся мире: каким будет выбор России? – СПб.: Питер, 2014. С. 286. [↑](#footnote-ref-87)
88. Там же. [↑](#footnote-ref-88)
89. Роик В.Д. Экономика, финансы и право социального страхования: Институты и страховые механизмы / В.Д. Роик. – М.: Альпина Паблишер, 2013. С. 175. [↑](#footnote-ref-89)
90. Гареева И.А. Обязательное медицинское страхование: история и перспективы / И.А. Гареева. – Хабаровск: Изд-во Тихоокеан. гос. ун-та, 2014. [↑](#footnote-ref-90)
91. Трифонов Б.И. Долгосрочное медицинское страхование как механизм защиты здоровья населения пенсионного возраста // Страховое дело. – М.: Анкил, 2012, №12. С. 14. [↑](#footnote-ref-91)
92. Здравоохранение в России. 2017: Стат.сб./Росстат. - М., 2017. – С. 29. [↑](#footnote-ref-92)
93. Там же. С. 29. [↑](#footnote-ref-93)
94. Там же. С. 21. [↑](#footnote-ref-94)
95. Медицинские полисы – добровольный и обязательный // Фонд Общественное Мнение. 2015. 29 окт. URL: <http://fom.ru/Zdorove-i-sport/12367> (дата обращения: 22.03.2018). [↑](#footnote-ref-95)
96. Страхование: Учеб. пособие. – 5-е изд. / под ред. Ю.Т. Ахвледиани, В.В. Шахова. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2015. С. 318. [↑](#footnote-ref-96)
97. Ефимов О.Н. Социальное страхование в России: Учебное пособие / О.Н. Ефимов. - Саратов: Изд-во «Вузовское образование», 2014. С. 102. [↑](#footnote-ref-97)
98. Добровольное медицинское страхование (ДМС) (Медицинская страховка) // Страховая медицинская ком­пания РЕСО-Мед. URL: <https://spb.reso-med.com/police_omc/omc_glossary/?ELEMENT_ID=15172&letter=%2A> (дата обращения: 07.05.2018). [↑](#footnote-ref-98)