Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Санкт-Петербургский государственный университет

**РАЗВИТИЕ КОРПОРАТИВНОГО ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ**

Выпускная квалификационная работа студентки 4 курса направление 38.03.04 – Государственное и муниципальное управление, шифр образовательной программы СВ.5070.2016

**Марычева Оксана Александровна**

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

*(подпись)*

Научный руководитель:

к.э.н., доц. Скляр Татьяна Моисеевна, кафедра государственного и муниципального управления

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

*(подпись научного руководителя)*

Санкт-Петербург

2020

**Заявление**

**О самостоятельном выполнении выпускной квалификационной работы**

Я, Марычева Оксана Александровна, студентка 4 курса Высшей школы менеджмента (направление 38.03.04 [«Государственное и муниципальное управление»](http://www.gsom.spbu.ru/undergraduate/bachelor/gmu/)), подтверждаю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Развитие рынка корпоративного добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге», не содержится элементов плагиата.

Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищенных ранее курсовых и выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Мне известно, что согласно п.12.4.14 «Правил обучения на бакалаврской программе ВШМ СПбГУ, обнаружение в выпускной квалификационной работе элементов плагиата (контекстуальное или прямое заимствование текста из печатных и электронных оригинальных источников, а также из защищенных ранее выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций без соответствующих ссылок) является основанием для выставления за годовую курсовую работу оценки «неудовлетворительно».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись студента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата)

Оглавление

[Введение 5](#_Toc41422742)

[Глава 1. Теоретико-методологические аспекты добровольного медицинского страхования 8](#_Toc41422743)

[1.1 Анализ нормативно-правовой базы добровольного медицинского страхования в Российской Федерации 8](#_Toc41422744)

[1.2 Особенности регулирования корпоративного добровольного медицинского страхования 15](#_Toc41422745)

[1.3 Взаимодействие заинтересованных сторон в добровольном медицинском страховании 17](#_Toc41422746)

[Глава 2. Анализ международного опыта развития добровольного медицинского страхования 23](#_Toc41422747)

[2.1 Международный опыт развития систем добровольного медицинского страхования 23](#_Toc41422748)

[2.2 Анализ исследований добровольного медицинского страхования 54](#_Toc41422749)

[Глава 3. Факторы развития рынка корпоративного добровольного медицинского страхования 64](#_Toc41422750)

[3.1 Выявление позиций страховщиков в системе корпоративного добровольного медицинского страхования 64](#_Toc41422751)

[3.2 Определение факторов развития корпоративного добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге 66](#_Toc41422752)

[Глава 4. Рекомендации по развитию корпоративного добровольного медицинского страхования 97](#_Toc41422753)

[4.1 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для органов власти на федеральном и региональном уровне 97](#_Toc41422754)

[4.2 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для страховщиков 97](#_Toc41422755)

[4.3 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для работодателей 102](#_Toc41422756)

[Заключение 105](#_Toc41422757)

[Приложение 107](#_Toc41422758)

[Список использованной литературы 116](#_Toc41422759)

# Введение

Добровольное медицинское страхование (далее ДМС) является важной частью системы здравоохранения страны, повышая доступность качественной медицинской помощи и страхуя граждан от финансовых потерь, связанных с наступлением страхового случая. Хорошо развитая и функционирующая система добровольной медицинской страховки оказывает положительный эффект на все общество в целом, начиная с повышения показателей здоровья населения и заканчивая экономией государственного бюджета на здравоохранение. Политика стран в отношении ДМС и его роли в здравоохранении существенно различается. Так, в России ДМС является альтернативой обязательному медицинскому страхованию (далее ОМС) и обладает рядом преимуществ для застрахованного перед государственной медицинской страховкой. К таким преимуществам относятся:

* Получение качественной медицинской помощи.
* Считается, что медицинские услуги, оказываемые по ДМС, имеют более высокое качество, чем услуги, оказываемые по ОМС. Владельцу ДМС доступен широкий спектр различных медицинских организаций, включая частные, выбор специалиста для лечения и хороший сервис;
* Отсутствие длительного ожидания в очередях;
* Доступность для граждан других государств, проживающих на территории России;
* Возможность включения в страховку услуг, которые не покрывает ОМС.

Однако, индивидуальные полисы ДМС не имеют широкого распространения среди населения из-за своей высокой цены. Согласно данным Центрального Банка по Санкт-Петербургу, около 600 – 700 тысяч человек имеют полисы ДМС, 90% от этого числа застрахованы своими работодателями по системе корпоративного страхования, и лишь 10% – индивидуальные страхователи.[[1]](#footnote-1) Данная тенденция вполне объяснима и логична. Корпоративное ДМС обладает рядом преимуществ для всех заинтересованных сторон перед индивидуальным ДМС.

Так, корпоративная медицинская страховка открывает доступ к качественной медицинской помощи застрахованному лицу, оказываемой бесплатно, либо за небольшую цену при использовании в компании моделей софинансирования ДМС работниками. В свою очередь, корпоративное медицинское страхование работников позволяет компаниям:

* Иметь конкурентное преимущество на рынке труда и привлекать лучших специалистов в свой штат;
* Мотивировать своих сотрудников на эффективную и качественную работу. Согласно исследованию Kelly Service 2018 года наличие страхования по ДМС является вторым по важности фактором, мотивирующим сотрудников качественнее выполнять свою работу после уровня оплаты труда[[2]](#footnote-2);
* Повышать производительность работников. Доступ к качественной медицине сокращается период нетрудоспособности по болезни;
* Экономить средства компании, получая льготы на страховые взносы в федеральные фонды, подоходный налог и налог на прибыль.

Страховым компаниям также выгодно заключение коллективных контрактов ДМС, так как они позволяют:

* Сокращать риск неблагоприятного отбора за счет большого количества застрахованных;
* Сокращать транзакционные издержки на поиск, консультацию и оформление документов для застрахованных лиц. Страховым компаниям проще сразу застраховать несколько тысяч человек, оформив коллективный договор, чем работать с каждым отдельным индивидуальным страхователем;
* Получать большие доходы от страхования крупных фирм, чем от индивидуального страхования.

Таким образом, можно сделать вывод, что именно корпоративное страхование является наиболее приоритетным для всего рынка ДМС.

Несмотря на всю важность данной системы, рынок ДМС Санкт-Петербурга уже несколько лет находится на стадии стагнации. Сохраняются следующие тенденции:

1. Рост убыточности сегмента ДМС из-за того, что страховые компании, стремясь увеличить число клиентов, активно прибегают к демпингу по тарифам;
2. Рост цен на медицинские услуги происходит быстрее, чем увеличение бюджетов большинства фирм. Это связано с ростом НДС до 20% и государственной политикой, нацеленной на повышение заработных плат медицинскому персоналу;
3. Желание компаний сохранить тот же набор услуг по ДМС для своих сотрудников и получать то же самое обслуживание из года в год за те же самые или даже меньшие деньги;
4. Введение моделей софинансирования полисов работниками;
5. Сокращение пакетов услуг по ДМС;
6. Недовольство системой ДМС со стороны застрахованных (многие не используют полис ДМС, даже при его наличии)[[3]](#footnote-3);

В таких условиях необходимо провести анализ корпоративного ДМС и разработать рекомендации для его развития в существующих реалиях. По этой причине в своей выпускной квалификационной работе я рассматриваю вопросы функционирования корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге. Развитие данной сферы позитивно скажется на развитии всего рынка ДМС Санкт-Петербурга, что в свою очередь окажет положительный эффект на здоровье населения и позволить сэкономить часть средств, расходуемых на здравоохранение.

Исследовательский вопрос: каковы факторы развития корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге.

Цель работы: разработать рекомендации по развитию корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге.

Задачи:

1. Рассмотреть нормативно-правовую базу ДМС;

2. Осуществить анализ международного опыта развития ДМС;

3. Провести обзор исследований, рассматривающих факторы развития ДМС;

4. Выявить факторы развития корпоративного ДМС Санкт-Петербурга.

Формат работы: исследовательская работа.

Методы исследования: эконометрический анализ, включающий регрессионный и корреляционный анализы, глубинное интервью, структурная анкета, сравнительный анализ международного опыта.

Основные источники информации: ЦБ РФ, Петростат, ВОЗ, Официальный сайт администрации Санкт-Петербурга, официальный сайт комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга, исследования российских и зарубежных авторов.

# Глава 1. Теоретико-методологические аспекты добровольного медицинского страхования

## 1.1 Анализ нормативно-правовой базы добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

**Нормативно-правовая база страхования в Российской Федерации**

В соответствии с законом РФ №4015-1 от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации» страхование – это отношения по защите интересов физических и юридических лиц, Российской Федерации, субъектов Российской Федерации и муниципальных образований при наступлении определенных страховых случаев за счет денежных фондов, формируемых страховщиками из уплаченных страховых премий (страховых взносов), а также за счет иных средств страховщиков.[[4]](#footnote-4) Оно осуществляется на основании договоров имущественного или личного страхования, заключаемых гражданином или юридическим лицом (страхователем) со страховой организацией (страховщиком).[[5]](#footnote-5) Основной целью страхования является снижение влияния неблагоприятных событий на физические и юридические лица, РФ, субъекты РФ и муниципальные образования в условиях наступления страховых случаев. Страхование существует в двух формах: добровольное и обязательное. В случае обязательного страхования согласно ГК РФ законом возлагается обязанность на лица, которые в нем прописаны страховать жизнь, здоровье и имущество других лиц, так же определенных в законе или риск своей гражданской ответственности. В случае отказа от осуществления обязательного медицинского страхования на страхователя накладываются санкции, могут взыскиваться иски согласно статье 937 ГК РФ.

Страхование по объектам страхования делится на личное и имущественное. К объектам личного страхования относятся имущественные интересы, связанные с: дожитием граждан до определенного возраста или срока, со смертью, с наступлением иных событий в жизни граждан (страхование жизни); причинением вреда жизни, здоровью граждан, оказанием им медицинских услуг (страхование от несчастных случаев и болезней, медицинское страхование).[[6]](#footnote-6) К объектам имущественного страхования относятся интересы, связанные с владением, пользованием и распоряжением имуществом (страхование имущества); обязанностью возместить причиненный другим лицам вред (страхование гражданской ответственности); осуществлением предпринимательской деятельности (страхование предпринимательских рисков).[[7]](#footnote-7) Так же законом в отдельных случаях допускается комбинированное страхование.

В России деятельность субъектов страхования может осуществляться только при условии наличия у них лицензии на осуществление страховой деятельности.

Участниками страховых отношений являются:

1. Страхователи – юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона.
2. Застрахованные лица:
   1. В личном страховании: физическое лицо, чья жизнь, здоровье, трудоспособность и пенсионное обеспечение являются объектами страховой защиты.
   2. В имущественном страховании: физическое или юридическое лицо, в отношении которого заключен договор страхования.
3. Страховщики - юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации для осуществления страхования, перестрахования, взаимного страхования и получившие лицензии в установленном настоящим Законом порядке. Регулятор – центральный банк (ЦБ), информация о страховщиках находится на сайте ЦБ. Могут осуществлять деятельность только при наличии лицензии на осуществление страхования соответствующего вида.
4. Выгодоприобретатели – физическое или юридическое лицо, назначаемое страхователем для получения страховых выплат по договорам страхования или являющееся таковым в силу закона[[8]](#footnote-8)
5. Страховые организации – это финансовые посредники, основная функция которых заключается в предоставлении домохозяйствам и фирмам возможности снизить степень риска путем покупки контракта особого типа.[[9]](#footnote-9)
6. Общества взаимного страхования – некоммерческая организация, которая создается на базе профессионального, коммерческого или территориального единства участников и лучше адаптируется к нуждам местного населения или учету специфических потребностей различных социально-профессиональных групп, которые являются членами такой организации. Цель деятельности ОВС — осуществление страхования имущественных интересов его членов на основе метода взаимного страхования.[[10]](#footnote-10)
7. Страховые агенты – постоянно проживающие на территории Российской Федерации и осуществляющие свою деятельность на основании гражданско-правового договора физические лица или российские юридические лица (коммерческие организации), которые представляют страховщика в отношениях со страхователем и действуют от имени страховщика и по его поручению в соответствии с предоставленными полномочиями.
8. Страховые брокеры – постоянно проживающие на территории Российской Федерации и зарегистрированные в установленном законодательством Российской Федерации порядке в качестве индивидуальных предпринимателей физические лица или российские юридические лица (коммерческие организации), которые действуют в интересах страхователя (перестрахователя) или страховщика (перестраховщика) и осуществляют деятельность по оказанию услуг, связанных с заключением договоров страхования (перестрахования) между страховщиком (перестраховщиком) и страхователем (перестрахователем), а также с исполнением указанных договоров (далее - оказание услуг страхового брокера).
9. Страховые актуарии – физические лица, постоянно проживающие на территории Российской Федерации, имеющие квалификационный аттестат и осуществляющие на основании трудового договора или гражданско-правового договора со страховщиком деятельность по расчетам страховых тарифов, страховых резервов страховщика, оценке его инвестиционных проектов с использованием актуарных расчетов.
10. Орган страхового надзора – федеральный орган исполнительной власти, к компетенции которого относится осуществление функций по контролю и надзору в сфере страховой деятельности.
11. Объединения субъектов страхового дела. Субъекты страхового дела в целях координации своей деятельности, представления и защиты общих интересов своих членов могут образовывать союзы, ассоциации и иные объединения. Сведения о таких субъектах подлежат внесению в реестр объединений субъектов страхового дела.

Информация о всех субъектах страхового дела вносится в единый государственный реестр субъектов страхового дела.

Для страхования важны такие определения как страховой риск и страховой случай. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Страховым случаем является совершившееся событие, предусмотренное договором страхования или законом, с наступлением которого возникает обязанность страховщика произвести страховую выплату страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю или иным третьим лицам.[[11]](#footnote-11)

Исходным параметром для расчета страховых взносов, страховых резервов и страховых выплат является страховая сумма - денежная сумма, которая установлена федеральным законом и (или) определена договором страхования и исходя из которой устанавливаются размер страховой премии (страховых взносов) и размер страховой выплаты при наступлении страхового случая.[[12]](#footnote-12) В договорах личного страхования и договорах страхования гражданской ответственности страховая сумма определяется сторонами по их усмотрению.[[13]](#footnote-13) При наступлении страхового случая страхователю, застрахованному лицу, выгодоприобретателю страховщиком выплачивается страховая сумма, установленная законом или договором страхования. Ставка страховой премии с единицы страховой сумму с учетом объекта страхования и характера страхового риска называется страховым тарифом. Конкретный размер страхового тарифа определяется договором добровольного страхования по соглашению сторон. Страховые тарифы по видам обязательного медицинского страхования устанавливаются в соответствии с федеральным законом о конкретных видах обязательного страхования.

Гарантиями обеспечения финансовой устойчивости страховщика являются экономически обоснованные страховые тарифы; страховые резервы, достаточные для исполнения обязательств по страхованию, сострахованию, перестрахованию, взаимному страхованию; собственные средства; перестрахование. Страховые резервы и собственные средства страховщика должны быть обеспечены активами, соответствующими требованиям диверсификации, ликвидности, возвратности и доходности. Собственные средства страховщиков (за исключением обществ взаимного страхования) включают в себя уставный капитал, резервный капитал, добавочный капитал, нераспределенную прибыль.[[14]](#footnote-14)

Страховщики (за исключением обществ взаимного страхования) должны обладать полностью оплаченным уставным капиталом, размер которого должен быть не ниже установленного настоящим Законом минимального размера уставного капитала.

Для того, чтобы иметь возможность осуществлять страховую деятельность, страховщики формируют страховые резервы. Они используются для реализации страховых выплат при наступлении страхового случая. Страховщики имеют право инвестировать их на условиях диверсификации, возвратности, прибыльности и ликвидности.

Страховщики обязаны вести бухгалтерский учет и составлять финансовую отчетность, годовые бухгалтерские отчеты. С помощью этого производится контроль и надзор страховой деятельности страховщиков органами страхового надзора. Так же они обязаны размещать актуальную информацию, содержащуюся в отчетности субъектов страхового дела, с средствах массовой информации. Данная информация является публичной и открытой.

Надзор за деятельностью субъектов страхового дела осуществляет орган страхового надзора и его территориальные органы. Он осуществляет лицензирование деятельности по страхованию, аттестацию актуариев, ведение единого реестра субъектов страхового дела, контроль за следование нормам страхового законодательства, выдачу на разрешение увеличения размера уставного капитала за счет средств иностранных граждан, приостановление и наложение ограничений на деятельность страхового органа.

К руководителям и главным бухгалтерам субъектов страхового дела выдвигаются определенные квалификационные требования такие, как наличие высшего экономического или финансового образования и постоянного проживания на территории РФ.

Прекращение страховой деятельности осуществляется по решению суда, решению органа страхового надзора по отзыву лицензии, в том числе по инициативе субъекта страхового дела.

Все споры, связанные со страховым делом, решаются через суд, арбитражный суд или третейский суд.

**Основные положения закона о добровольном медицинском страховании**

ДМС обеспечивает поддержку застрахованного в тех случаях, когда это не входит в спектр услуг ОМС. Государственное регулирование рынка ДМС в России не развито на должном уровне. На данный момент нет единого закона, описывающего ДМС, однако действуют иные законы и правовые акты, которые регулируют данный вид страхования:

* Гражданский кодекс РФ
* Закон РФ №4015-1 от 27 ноября 1992 г. «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

ДМС опирается на общие положения о страховании в Российской Федерации, описанные выше.

ДМС по объектам страхового дела относится к личному страхованию. По договору личного страхования одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина (застрахованного лица), достижения им определенного возраста или наступления в его жизни иного предусмотренного договором события (страхового случая).[[15]](#footnote-15)

ДМС осуществляется в двух формах:

1. Индивидуальное ДМС (Частное ДМС)

Частное ДМС оформляется физическим лицом для себя и/или для каждого члена своей семьи. В зависимости от условий договора, программа страхования может включать следующие риски (виды медицинской помощи): амбулаторно-поликлиническую помощь, вызов врача, помощь на дому, стоматологию, скорую медицинскую помощь, стационарную помощь, дополнительные виды медицинской помощи – восстановительное лечение, медикаментозное обеспечение.[[16]](#footnote-16) Оплата полиса осуществляется за счет клиента.

1. Коллективное ДМС (Корпоративное ДМС)

Данный вид страхования оформляется юридическим лицом для своих сотрудников. В данном случае условия договора определяются установленными в страховых компаниях правилами ДМС.[[17]](#footnote-17) Программа страхования разрабатывается для группы физических лиц, а оплата страхового взноса осуществляется за счет работодателя.

При заключении договора личного страхования между страхователем и страховщиком должно быть достигнуто соглашение:

1. о застрахованном лице;
2. о характере события, на случай наступления которого в жизни застрахованного лица осуществляется страхование (страхового случая);
3. о размере страховой суммы;
4. о сроке действия договора.[[18]](#footnote-18)

Условия договора о страховании могут быть определены на основе стандартных и дополнительных правил, принятых, одобренных и утвержденных страховщиком. Они должны быть прописаны в одном документе с договором или же приложены к нему.

При заключении договора индивидуального страхования страховщик обязан честно ответить на вопросы страхователя, связанные с обстоятельствами, которые имеют значение для определения вероятности наступления страхового случая. Так же, страховщик имеет право провести обследование страхуемого лица, для того чтобы объективно оценить состояние его здоровья. При оформлении коллективного договора ДМС данные процедуры могут не проводиться.

Страховая сумма в договорах личного страхования определяется соглашением сторон по их усмотрению. Страховщик при определении размера страховой премии, подлежащей уплате по договору страхования, вправе применять разработанные им страховые тарифы, определяющие премию, взимаемую с единицы страховой суммы, с учетом объекта страхования и характера страхового риска.[[19]](#footnote-19)

ДМС реализуется в форме добровольного страхования. Добровольное страхование осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. Правила страхования принимаются и утверждаются страховщиком или объединением страховщиков самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и Законом и содержат положения о субъектах страхования, об объектах страхования, о страховых случаях, о страховых рисках, о порядке определения страховой суммы, страхового тарифа, страховой премии (страховых взносов), о порядке заключения, исполнения и прекращения договоров страхования, о правах и об обязанностях сторон, об определении размера убытков или ущерба, о порядке определения страховой выплаты, о случаях отказа в страховой выплате и иные положения.[[20]](#footnote-20) В условиях добровольного страхования страховой тариф определяется соглашением сторон.

Минимальный размер уставного капитала страховщика, специализирующегося на медицинском страховании, Законом РФ №4015-1 установлен в сумме 60 миллионов рублей.

## 1.2 Особенности регулирования корпоративного добровольного медицинского страхования

Предоставление социальных гарантий сверх мер, гарантированных законодательством, является распространенной практикой в большей мере в деятельности юридических лиц. Основная цель – создание конкурентного преимущества работодателя на рынке труда. ДМС – является одной из наиболее распространенных таких гарантий. Согласно данным Центрального Банка Российской Федерации в Санкт-Петербурге по ДМС застраховано около 600-700 тысяч людей, из них 90% застрахованы по коллективному ДМС и лишь 10% по индивидуальному ДМС. Причиной такой тенденции является преимущество коллективного полиса ДМС перед индивидуальным.[[21]](#footnote-21)

Единая страховка на случай заболевания для всех сотрудников – это контракт, заключенный между страховщиком и корпоративным клиентом. Полис считается коллективным при условии, что число застрахованных по нему людей превышает лимиты, прописанные в Правилах страхования, установленных страховой компанией. Из-за роста популярности корпоративного страхования по ДМС, страховщики разрабатывают коллективные тарифы при страховании даже небольших групп.

При введении ДМС на предприятии работодатель, прежде всего должен издать приказ о введении ДМС для сотрудников. Затем необходимо издать локальный нормативный акт, в котором должны быть отражены все нюансы ДМС включая: общие положения, условия и ограничения ДМС, порядок и правила заключения договора, порядок выдачи ДМС, ответственность за контроль и организацию. После чего необходимо выбрать работникам программы ДМС в соответствии со статьей 3 Трудового Кодекса Российской Федерации, в которой указано что все вознаграждения и поощрения работников должны предоставляться сотрудникам исключительно из-за деловых качеств. На последнем этапе юридическое лицо заключает договор коллективного страхования со страховой компанией.

Стандартными условиями коллективного договора ДМС являются следующие пункты:

1. Все застрахованные должны быть сотрудниками одной компании, либо членами семей кадров одной организации;
2. Существует возрастной ценз;
3. Рисковая часть в корпоративном медицинском страховании для всех едина. Как правило, она включает амбулаторное и стационарное лечение, стоимость медикаментов, анализов, регулярные осмотры и 1-3 узких специалистов;
4. «Плавающий» список работников. По единому договору страхования ДМС возможно исключение выбывших из штата кадров и включение вновь принятых сотрудников;
5. Многие страховщики принимают на страхование работников междугородних сетей;
6. Есть требования к сумме страхования на каждого сотрудника;
7. Допускается перечисление страховой премии частями.[[22]](#footnote-22)

Действующее законодательство напрямую не ограничивает ни количество

работников, которых можно застраховать, ни их состав, ни условия страхования. Предоставление работникам услуг по ДМС может зависеть от стажа работы, занимаемой должности и класса профессионального риска.

Вместе с тем, согласно статье 3 ТК РФ, никто не может быть ограничен в трудовых

правах в зависимости от должностного положения и возраста, а также от других обстоятельств, не связанных с деловыми качествами.[[23]](#footnote-23) Учитывая это, работодатель, планируя предоставить ДМС не всем сотрудникам, а только части, должен грамотно обосновать данный шаг, чтобы избежать рисков при обращении работников в суд.

Кроме этого, при замене в списке застрахованных работников уволившегося сотрудника новым, следует принять во внимание положение 2 статьи 995 ГК РФ, согласно которому застрахованное лицо может быть заменено страхователем другим лицом лишь с согласия самого застрахованного лица и страховщика, важно предусмотреть условия исключения работников из списка застрахованных лиц.[[24]](#footnote-24)

Вопросы налогообложения регулируются Налоговым Кодексом Российской Федерации. Взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников, учитываются в составе расходов на оплату труда (п. 16 ст. 255 НК РФ). Такие затраты уменьшают налогооблагаемую прибыль в размере, не превышающем 6 процентов от суммы расходов на оплату труда (абз. 9 п. 16 ст. 255 НК РФ) при соблюдении некоторых дополнительных условий.

Взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников, учитываются в составе расходов на оплату труда (п. 16 ст. 255 НК РФ). Такие затраты уменьшают налогооблагаемую прибыль в размере, не превышающем 6 процентов от суммы расходов на оплату труда (абз. 9 п. 16 ст. 255 НК РФ) при соблюдении некоторых дополнительных условий.

При этом взносы (страховые премии) по договорам добровольного медицинского страхования (ДМС) освобождены от НДФЛ (п. 3 ст. 213 НК РФ). К тому же страховые премии по договорам ДМС не облагаются страховыми взносами.[[25]](#footnote-25)

## 1.3 Взаимодействие заинтересованных сторон в добровольном медицинском страховании

ДМС – особый вид страхования, в соответствии с которым за плату поставщику в определенном договором размере застрахованное лицо имеет право на получение бесплатных медицинских услуг в частных и государственных клиникахпри наступлении страхового случая. При составлении и заключении договора страхователь выбирает необходимую ему программу с определенной страховой суммой, в соответствии с которой застрахованное лицо может получить медицинскую помощь или средства на получение этой помощи. Документом, подтверждающим право на получение помощи по программе ДМС является полис ДМС, который дает право на получение определенных медицинских услуг таких, как лечение, диагностика, обследование, анализы, консультации специалистов, скорая помощь, услуги стоматолога и иные дополнительные услуги, прописанные в договоре о ДМС.

Для каждого страхователя производится индивидуальный расчет стоимости полиса ДМС в зависимости от выбранной страховой программы.

Виды ДМС:

1. Виды ДМС

|  |  |
| --- | --- |
| По субъекту страхования | Коллективное  Индивидуальное |
| По набору услуг | Базовое   * Первичный визит к специалистам * Диагностика по назначению врача * Вызов врача домой, получение больничного * Стоматологические услуги (в некоторых случаях) * Услуги скорой помощи * Госпитализация   Расширенное (дополнительные услуги к базовому пакету)   * Компенсация затрат на проведение срочных операций * Посещение санатория 1 раз в год * Массаж в специализированных центрах   Полная страховка - помимо тех услуг, которые включены в базовую и расширенную программу включает в себя:   * Полис-конструктор (выбор необходимых услуг по своему желанию) * Ведение беременности * Страховка спортсменам * Страховка от несчастного случая * Полис для туристов * Лечение в санаториях * Лечение в некоторых зарубежных центрах   Специальные предложения (люксовое качество обслуживания)   * Люкс * VIP |

В большей степени ДМС популярно в формате коллективного страхования, когда работодатель оформляет полисы ДМС для своих сотрудников. Индивидуальное страхование в гораздо меньшей степени распространено в России, из-за низких доходов граждан и высоких тарифов, установленных страховщиками. Кроме того, коллективное страхование более выгодно для страховщика, так как за счет большого количества застрахованных людей, снижается риск неблагоприятного отбора.

Субъекты ДМС:

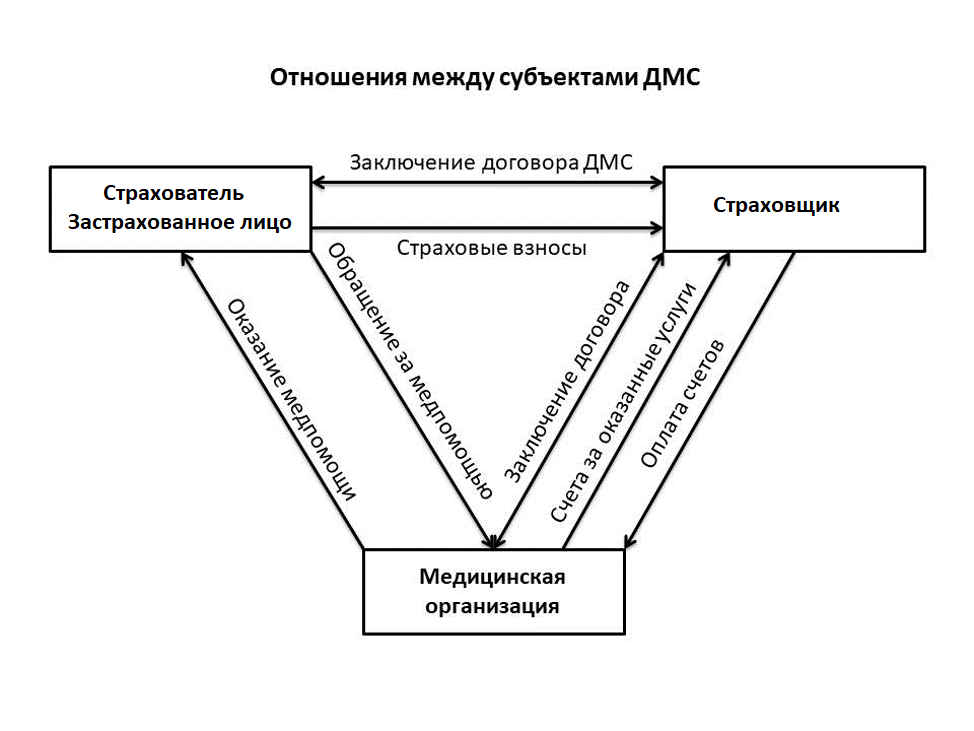
* Страхователь;
* Застрахованное лицо;
* Страховщик;
* Медицинская организация, заключившая договор со страховой компанией. Она обязана оказывать услуги медицинского характера и иметь лицензию на осуществление деятельности.

Отношения между субъектами ДМС определяются следующим образом: страхователь (физическое или юридическое лицо) заключает договор ДМС со страховой компанией, и осуществляет уплату страховых взносов. В случае, если страхователь — физическое лицо, для заключения договора достаточно прийти в страховую компанию с паспортом и заполнить заявление. Далее может потребоваться прохождение медицинского осмотра или анкетирования, после чего заключается договор. Договор вступает в силу с момента первой страховой выплаты. В случае, если страхователь — это юридическое лицо, необходимо предоставить в страховую компанию договор страхования и приложение к договору со списком сотрудников. Страховая компания заключает договоры с медицинскими организациями. В эти медицинские организации при наступлении страхового случая может обращаться застрахованное лицо (человек, застрахованный по ДМС) с целью получения бесплатной и оперативной медицинской помощи. После оказания медицинской помощи, медицинская организация выставляет счет за свои услуги страховой компании, которая в свою очередь осуществляет оплату этих счетов. Схематично эти отношения представлены на рисунке.

1. Отношения между субъектами ДМС

медицинской

помощью



Источник: Составлено автором.

Формирование страховой премии по ДМС зависит от определенных факторов. В таблице представлен их список.

1. Факторы, влияющие на стоимость полиса ДМС

|  |  |
| --- | --- |
| **Факторы** | **Описание** |
| Категория застрахованного лица | Категории людей:   * Беременные женщины * Новорожденные * Несовершеннолетние дети * Пенсионеры   Для людей, попадающих под эти категории, вводятся повышающие коэффициенты, которые увеличивают стоимость страховки. Это связано с тем, что представители этих групп более подвержены возникновению страховых случаев, что повышает страховые риски. |
| Программа страхования | В зависимости от потребностей людей, страховщики формируют различные программы страхования. Как правило, страховщики предлагают следующие программ: стандартная, расширенная, полная, специальные предложения. |
| Набор предоставляемых медицинских услуг | Чем больше медицинских услуг предусмотрено программой, тем выше стоимость полиса ДМС |
| Количество доступных медицинских учреждений и их уровень | Чем большее количество медицинских центров застрахованное лицо может посетить по наступлению страхового случая и чем выше их статус, тем дороже будет стоимость полиса ДМС |
| Состояние здоровья, пол и возраст человека | Люди от 18 до 40 лет могут претендовать на пониженную стоимость полиса ДМС при отсутствии у них хронических заболеваний и вредных привычек, в противных случаях могут быть использованы повышающие стоимость полиса коэффициенты. |
| Род занятий | Если риск возникновения производственных болезней высок, то стоимость полиса ДМС будет повышаться |
| Срок действия договора | Как правило, 1 год |
| Место жительства | Оценивается влияние на здоровье человека природных факторов, состояния окружающей среды. |
| Рейтинг страховщика | Рейтинг страховой организации определяется независимыми агентствами. |
| Размер страховой суммы | Чем ниже размер страховой суммы, тем дешевле полис ДМС. |

Для выяснения всех этих факторов, как правило, перед заключением договора проводится анкетирование человека, который хочет стать застрахованным лицом. Согласно статье 944 ГК РФ пункт 3, в том случае, если после заключения договора, будет выявлено, что страхователь сообщил ложные сведения, договор может быть признан недействительным.

В случае с оформлением договора коллективного медицинского страхования, как правило анкетирование не проводится, но могут вводиться ограничения по возрасту и повышающие страховую премию коэффициенты.

**Финансирование ДМС**

Компании, занимающиеся осуществлением ДМС, относятся к сфере бизнеса. Их основной интерес – получение максимальной прибыли. Эту прибыль компании генерируют за счет регулярных страховых взносов своих клиентов. Как уже было указано выше может быть два вида страхования индивидуальное и коллективное страхование. К коллективному страхованию прибегают как правила юридические лица, желающие застраховать здоровье свих работников. Для страховщика такой тип страхования выгоднее так, как в данном случае за счет неоднородности состава коллектива, компенсируются возможные выплаты по рискам. В случае индивидуального страхования для компании это выгодно тогда, когда страхуется молодой человек, без хронических заболеваний и вредных привычек. Тогда вероятность выплаты по страховому случаю минимальна. В остальных случаях вводятся коэффициенты, увеличивающие размер страховых взносов. Часто они становятся недоступны людям с минимальным и средним доходом. Все это производится для того, чтобы покрыть расходы страховщика такие, как:

* Создание резервного страхового фонда
* Операционные издержки
* Получение прибыли владельцем страховой компании

По этим причинам страховые компании при принятии решений тщательно оценивают востребованность медицинских услуг для страхующегося лица. Так же она прибегают к методу выборочности клиентов для ДМС, завышая цену полиса и делая его непривлекательным для тех категорий граждан, у которых риск наступления страховых случаев велик.[[26]](#footnote-26)

# Глава 2. Анализ международного опыта развития добровольного медицинского страхования

## 2.1 Международный опыт развития систем добровольного медицинского страхования

Во многих странах медицинское страхование имеет долгую историю существования и развития. В большинстве государств ДМС предшествовало ОМС. Например, первые попытки в сфере медицинского страхования в Великобритании появились в 17 веке, а первые страховые компании – дружеские сообщества возникли в конце 19 века, в то же самое время, государственная программа в сфере медицинского страхования появилась только в начале 20-го века и лишь в середине 20-го века появилась Национальная служба здоровья. Во Франции первые ассоциации взаимопомощи появились еще при Людовике 14. Они оказывали защиту от имущественных расходов после болезни своим участникам. В Германии система государственного страхования появилась в 1881 году, но она защищала только рабочих. Защита остальной части населения была поручена частным медицинским организациям, что стимулировало их быстрое развитие.

Опираясь на вышеизложенные данные, можно сделать вывод, что появление и развитие ДМС глубоко связано с национальным контекстом страны и ее экономическим развитием. Германия значительно отставала в экономическом развитии от Великобритании и Франции и появление там ДМС пришлось на более поздний срок.

С течением времени, в корреляции со скоростью развития рыночной экономики, культурными условиями и другими факторами каждая страна построила уникальные системы здравоохранения и ОМС. Это повлияло на развитие ДМС в разных странах. Выделяют три основных вида ДМС:

1. Расширенное ДМС. В свою очередь, этот вид ДМС можно разделить на два подвида:
   1. Расширенное ДМС, охватывающее медицинские услуги, не включенные в пакет ОМС. В Германии ОМС покрывает лишь затраты на небольшое число заболеваний, угрожающих здоровью населения, в остальных случаях используется полис ДМС. При таком типе страхования человек может получить возможность пользоваться медицинскими услугами, которые не включены в полис обязательного медицинского страхования.
   2. Расширенное ДМС, охватывающее платежи потребителей за получение медицинских услуг. Данный тип страхования ярко выражен во Франции. Там, часть от стоимости услуг оплачивается государственной страховкой, а для возмещения оставшейся части граждане Франции покупают полис ДМС.
2. Параллельное ДМС. Данный тип страхования активно используется в России. Наряду с ОМС физические и юридические лица (для своих работников) приобретают полисы ДМС. Это связано прежде всего с возможностью получения более качественных услуг без длительного ожидания в очередях и вежливым отношением персонала. Подобной логикой руководствуются в таких странах, как: Швеция, Ирландия и Италия. При таком типе медицинского страхования граждане могут воспользоваться теми же услугами, что и по условиям ОМС, но сделать это быстрее и на более высоком уровне качества.
3. Замещающее ДМС. Данный вид страхования существует в Германии, но доступен он только гражданам, имеющим определенный уровень дохода в размере более 52200 евро. При таком уровне дохода, гражданин освобождается от обязанности иметь полис ОМС и имеет возможность полностью перейти на замещающее ДМС. Также в Эстонии и Исландии существуют категории граждан, законом освобожденные от необходимости иметь полис ОМС. При таком типе медицинского страхования граждане получают тот же список услуг, что и в ОМС, при этом они могут полностью отказаться от страховки по ОМС.

Ниже представлена таблица, объединяющая основные характеристики каждого вида ДМС и страны Европы, в которых они распространены. Стоит отметить, что в некоторых странах могут действовать несколько видов ДМС одновременно.

1. Классификация систем ДМС

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Классификация систем ДМС** | **Основной фактор развития рынка ДМС** | **Роль рынка ДМС** | **Страны** |
| Параллельное добровольное медицинское страхование | Представления населения о качестве и своевременности финансируемых государством медицинских услуг | Предлагает более быстрый доступ к медицинским услугам, больший выбор поставщиков медицинских услуг, качество сервиса, расширенные удобства (личная палата и т.п.) | Болгария, Венгрия, Италия, Литва, Норвегия, Румыния, Словакия, Швеция, Украина, Австрия, Бельгия, Финляндия, Греция, Латвия, Мальта, Польша, Россия, Испания, Великобритания, Грузия, Португалия, Швейцария, Ирландия |
| Расширенное добровольное медицинское страхование (сервисы) | Объем финансируемого государством пакета льгот | Предлагает доступ к медицинским услугам, исключенным из пакета государственных льгот | Армения, Дания, Нидерланды, Грузия, Германия |
| Расширенное добровольное медицинское страхование (платежи потребителей) | Наличие платы пользователей за государственные медицинские услуги | Предлагает полное или частичное покрытие платы пользователей за товары и услуги в рамках государственного пакета льгот | Дания, Финляндия, Хорватия, Франция, Словения |
| Замещающее добровольное медицинское страхование | Доля населения, имеющее право на получение государственных медицинских услуг | Предлагает доступ к медицинским услугам людям, исключенным из сферы охвата медицинского страхования или имеющие право отказаться от него | Чешская Республика, Эстония, Исландия, Германия, Кипр, США |

В различныхстранах в сфере частного медицинского страхования действуют разные типы страховых организаций. В Великобритании предоставлять ДМС могут госпитали, больничные кассы, хозрасчетные ассоциации, в которые входят страховые компании. Их деятельность регулируется законодательно и наблюдается департаментом торговли и индустрии правительства. Во Франции страхование реализуется страховыми компаниями, имеющими на это разрешение. Их деятельность регулируется Страховым кодексом и страховым директоратом министерства экономических и финансовых дел. В Германии существует Ассоциация частных страхователей, в которую входят страховые компании. Она охватывает 99% рынка ДМС. Деятельность страховых компаний регулируется Федеральным управлением надзора за страхованием. В Германии существует Союз частных страховых компаний. Он образован с целью отстаивания интересов участников, повышению конкурентоспособности частного медицинского страхования путем снижения затрат на медуслуги.

При анализе системы ДМС в разных странах, было выделено два основных типа страховых компенсаций:

* Денежная компенсация

При таком типе застрахованное лицо в случае наступления страхового случая оплачивает затраты на лечение самостоятельно, а уже после передает квитанцию на оплату в свою страховую организацию. Страховая организация в свою очередь в соответствии с условиями договора компенсирует понесенные застрахованным лицом затраты в денежной форме.

* Натуральная компенсация.

При таком типе страховая организация при наступлении страхового случая обеспечивает получение застрахованным лицом необходимых медицинских услуг бесплатно, в соответствии с договором.

Типы страховых компенсаций прописываются в договоре.

Ранее были описаны страны, в которых одновременно действует добровольное и обязательное медицинское страхование. В Соединенных Штатах Америки нет системы ОМС, единственным источником повышения доступности медицинских услуг является ДМС. Граждане США по желанию могут сами приобрести страховку, однако она достаточно дорогостоящая. Чаще всего за них это делают работодатели. К плюсам такой системы можно отнести высокое качество медицинских услуг. Минусами данной системы является то, что медицина становится доступна не всем слоям населения.

Опыт различных стран в развитии системы ДМС разнообразен. Очевидно, что ни одну из существующих моделей нельзя полностью скопировать без учета отечественных реалий. Однако, можно выделить основные факторы, определяющие развитие системы ДМС в различных странах. К ним можно отнести:

* Рост реальных доходов на душу населения;
* Развитие экономики страны;
* Развитие медицины;
* Ограниченное количество медицинских услуг, включенных в полис обязательного медицинского страхования;
* Повышение конкурентоспособности частного медицинского страхования путем снижения затрат на медицинские услуги.

**Сравнительный анализ систем добровольного медицинского страхования в разных странах**

ДМС имеет непосредственное отношение к системе здравоохранения страны, так как является одним из механизмов страховой медицины. Изучив опыт разных стран, можно сделать вывод, что не существует государств с одинаковыми системами здравоохранения. Все они отличаются по разным параметрам исходя из национального контекста, истории страны, экономического развития, социальных и многих других факторов.

С целью выявления основных факторов развития рынка ДМС в разных странах, появилась необходимость выбора государств для проведения глубоко анализа. Для этого изучены различные мировые рейтинги, оценивающие системы здравоохранения. В их числе: Рейтинг журнала U.S.News (2020)[[27]](#footnote-27), Рейтинг журнала The New York Times (2018)[[28]](#footnote-28), Рейтинг журнала Bloomberg (2019)[[29]](#footnote-29), Рейтинг стран по уровню медицины Numbeo (2019)[[30]](#footnote-30), Рейтинг стран мира по уровню расходов на здравоохранение, ВОЗ (2019)[[31]](#footnote-31). В результате отобраны государства с наилучшими показателями здравоохранения. Следует отметить, что в разных рейтингах, позиции стран различаются, так как используются различные показатели и методики анализа. Однако, мною выделены те государства, которые занимают лидирующие позиции во всех изученных мной рейтингах. К ним относятся: Швеция, Великобритания, Швейцария, Германия, Франция, США.

Кроме того, для проведения качественного анализа, важно учесть особенности разных видов ДМС. Из списка отобранных ранее стран не оказалось государства с расширенным ДМС, охватывающим медицинские услуги. Чтобы восполнить данный пробел, в список добавлены Нидерланды. Швеция, Великобритания и Швейцария относятся к параллельному ДМС, которое также широко распространено в России. Германия является ярким примером замещающего ДМС. К этому же виду страхования можно отнести Соединенные Штаты Америки. Вместе с этим США – это страна, в которой рынок медицинских услуг в большей степени регулируется рыночными механизмами. ДМС там является единственным механизмом повышения доступности медицинских услуг для широких слоев населения, а следовательно эта сфера хорошо развита. Франция является ярким примером расширенного ДМС, охватывающего платежи потребителей за получение медицинских услуг.

Таким образом, на основе проведенного сравнительного анализа систем ДМС в отобранных странах, далее в исследовании выявлены основные факторы развития и эффективные механизмы реализации страховой деятельности в сфере медицины. Эти данные позволят определить основные возможные направления развития системы ДМС для России и разработать рекомендации для их реализации в Санкт-Петербурге.

**Швеция**

**Система здравоохранения** Швеции считается одной из самых лучших в Европе. Она основана на предположении о том, что все жители должны иметь равный доступ к услугам здравоохранения в рамках децентрализованной системы, финансируемой главным образом за счет местных налогов и некоторых небольших сборов с граждан. Качество медицинской помощи в Швеции оценивается очень высоко согласно международным стандартам, однако длительное ожидание плановой медицинской помощи вызывает недовольство граждан.

**Роль ДМС** в Швеции четко определена. Полис ДМС является дополнительным к полису ОМС. Он обеспечивает более быстрый доступ к медицинским услугам, которые также доступны и по полису ОМС. Некоторые планы ДМС позволяют пользователям возмещать расходы, связанные с финансируемыми государством амбулаторными визитами к врачу и отпускаемыми по рецепту лекарствами в размере от 1 до 3% премии.

Исторически сложилось так, что рынок ДМС в Швеции был ограничен, число охваченных им людей было достаточно низким (125000 в 2001 году).[[32]](#footnote-32) Несмотря на то, что за последнее десятилетие он активно развивался за счет работодателей (преимущественно за счет частного сектора), которые активно покупали пакеты ДМС для своих сотрудников (в основном средний и малый бизнес), доля застрахованных по ДМС также остается маленькой.

**Основными факторами роста рынка ДМС** в Швеции являются:

* опасения работодателей по поводу снижения производительности труда, связанные с больничными листами, из-за существующей проблемы длительного ожидания планового лечения по полису ОМС;
* развитие маркетинга в сфере добровольного медицинского страхования из-за появления новых поставщиков услуг и усиления конкуренции между страховщиками;
* рост малого и среднего бизнеса;
* появление новых организаций частного сектора, заинтересованных в групповых планах медицинского страхования для своих сотрудников. При этом сотрудники могут самостоятельно принять решение о том, хотят ли они получить полис ДМС или нет;

Говоря о **типах** **существующих планов** в сфере ДМС, стоит отметить, что полисы могут быть:

* групповыми, оплачиваемыми работодателями и охватывающими всех или ограниченное число работников на обязательной основе;
* групповыми, основанными на договоре между страховой компанией и работодателем, при этом сотрудники самостоятельно принимают решение хотят ли они присоединиться на индивидуальной основе и платить свои собственные премии;
* индивидуальные полисы.

При этом, групповое страхование на обязательной основе доминирует на рынке. В целом групповые полисы ДМС занимают 94% от всех существующих и лишь 6 % индивидуальные полисы ДМС.[[33]](#footnote-33)

Все планы ДМС предоставляют застрахованным доступ к следующим услугам: телефон доверия; плановая помощь, включая плановую хирургию; реабилитация.

В основном полисы ДМС приобретают работодатели для своих сотрудников, при этом основными **причинами** приобретения групповых полисов ДМС являются:

* сокращение времени отсутствия работников на рабочем месте по больничному листу;
* повышение привлекательности работодателя для потенциальных или существующих сотрудников.

В случае приобретения полисов ДМС на индивидуальной или добровольной групповой основе причинами могут быть: получение гарантий в случае необходимости планового ухода и, возможно, в качестве символьного статуса.

Важно отметить, что ДМС редко предоставляется работникам государственного сектора.

По данным Insurance Sweden, **17 компаний** оказывали услуги страхования в 2013 году и их число постоянно растет.[[34]](#footnote-34)

**Отношения страховщиков с поставщиками услуг** выстраиваются следующим образом: страховщики заключают договоры с сетями частных клиник в Швеции, а в некоторых случаях и других стран, таких, как Дания или Германия. Низкая рентабельность ДМС из-за возросшего числа претензий в последние несколько лет стимулирует страховщиков договариваться о более низких и выгодных тарифах с поставщиками услуг для снижения издержек. По этой причине система доплат застрахованными за пользование медицинскими услугами по ДМС становится более распространенной особенностью планов ДМС.

**Государственная политика в отношении ДМС** выражается в отсутствии специально принятых правил по осуществлению страхования по ДМС. Однако страховщики, осуществляющие такой тип страхования, находятся под надзором шведского органа финансового надзора. Закон о генетической целостности (lagen om genetisk integritet), принятый в 2006 году, запрещает страховщикам запрашивать генетическую информацию застрахованного. Премии по ДМС не подлежат налогообложению для работодателей и не могут быть вычтены из налогооблагаемого дохода работников. С другой стороны, дополнительная часть страховой премии (1-3% от премии ДМС) и страховое покрытие ДМС для иждивенцев могут быть освобождены от налогообложения для работодателей, а также вычтены из личного налогооблагаемого дохода работников.

Несмотря на рост рынка в последние десятилетие, роль ДМС в финансировании здравоохранения остается незначительной, и добровольная медицинская страховка не привлекает особого внимания общественности. Одной из причин низкого общественного интереса может быть тот факт, что, хотя страховщики заключают контракты с частными поставщиками медицинских услуг, доходы последних в большей мере зависят от контрактов с окружными советами, а не страховщиками. Число пациентов, получающих лечение у поставщиков медицинских услуг по полису ДМС незначительно по сравнению с общим числом пациентов, получающих лечение в частном порядке. Кроме того, нет никаких доказательств того, что лечение по ДМС способствует сокращению времени ожидания в сравнении с теми, кто проходит лечение на частной основе. При этом на данный момент государственным поставщикам медицинских услуг запрещено принимать пациентов по полисам ДМС.

Кроме того, был проведен ряд реформ, направленных на сокращение времени ожидания получения медицинской помощи в государственных медицинских учреждениях, что вероятнее всего способствует медленному росту рынка ДМС в последние годы.

В **будущем** ожидается, что рост рынка продолжится, ведь ДМС становится важным фактором при наборе персонала в условиях нестабильной экономической ситуации.

**Великобритания**

**Система здравоохранения** в Великобритании регулируется Национальной службой здравоохранения, которая предоставляет гражданам страны широкий спектр медицинских услуг. Пакет государственных льгот строго не определен и отличается в разных регионах. Однако в него не включены такие услуги, как офтальмологическая помощь, стоматологические услуги и амбулаторные рецепты. Существует система освобождения от платы за лекарства по рецепту для детей, стариков в возрасте 65 лет и старше, беременных женщин, людей с хроническими заболеваниями.

**Роль рынка ДМС** в системе здравоохранения Великобритании является дополнительной. Полисы ДМС обеспечивают доступ к тем же услугам, что и по обязательному страхованию, но с более быстрым доступом, выбором частных клиник и специалистов, высоким уровнем сервиса. Полисы ДМС также могут включать услуги, которые не покрываются полисом ОМС, включая покрытие для дополнительных и альтернативных методов лечения, стоматологической помощи.

В Великобритании ДМС появилось гораздо раньше ОМС. Оно выполняло функцию покрытия первичной медицинской помощи и организовывалось врачами, работодателями, а иногда местными органами власти. С появлением в 1911 первых механизмов обязательного медицинского страхования, рынок ДМС стал дополнительным средством обеспечения доступа к медицинской помощи. Однако он быстро адаптировался к изменяющейся среде, предоставляя свои услуги тем, кто не имел право на обязательную страховку или же тем, кто не хотел получать медицинскую помощь через Национальную службу здравоохранения из-за низкого качества сервиса. Кроме того, ДМС начало охватывать такие медицинские услуги, которые не покрывались по ОМС. Развитие рынка с тех пор продолжается, появились коллективные договоры, которые воспринимаются как вклад в широкие цели охраны труда в Великобритании.

Рынок ДМС в Великобритании остается относительно стабильным. Число пользователей программами растет из года в год. Лишь 25% рынка покрываются индивидуальными планами, а остальная часть корпоративными.[[35]](#footnote-35)

**Факторы роста рынка ДМС:**

1. Рост реальных доходов населения;
2. Развитие медицины;
3. Развитие бизнеса в Великобритании, заключение коллективных договоров ДМС;
4. Рост количества медицинских услуг, не включенных в страховку по ОМС. Так покрытие расходов на стоматологическую помощь со стороны государства сократилось за последнее десятилетие. Плата за стоматологические услуги высока, и все меньше дантистов предоставляют лечение по ОМС, что повлекло за собой развитие стоматологических планов ДМС, покрывающих услуги стоматолога, которые очень распространены в Великобритании среди населения;
5. Комбинирование ОМС и ДМС.

Развитие рынка ДМС в Великобритании тесно связано с ростом реальных доходов населения и развитием медицины.

Говоря о **доступных планах,** стоит отметить, что полисы ДМС не предназначены для покрытия расходов на постоянное хроническое лечение. Постоянный уход обычно покрывается в течение ограниченного времени и до определенной стоимости.

Все планы ДМС в Великобритании делятся на 4 широкие категории:

* Комплексные;
* Стандартные;
* Бюджетные;
* Ограниченные.

Данные категории различаются по спектру включаемых услуг, цене и количеству возможных клиник для получения медицинской помощи. По всем категориям страховые премии оцениваются по степени риска в зависимости от возраста, состояния здоровья и других факторов. Планы возобновляются ежегодно. Другими факторами, влияющими на цену премии в рамках категорий, являются выбор количества медицинских клиник, к которым страхователь имеет доступ, и уровень выбранных пользовательских сборов (часть стоимости услуги оплачивает пользователь, часть ему возмещает страховая компания).

**Люди покупают полисы ДМС,** чтобы избежать потенциальных очередей на прием к врачам, иметь возможность выбора конкретного специалиста для лечения, и обеспечить себе более комфортные условия в случае пребывания в стационаре. Компании покупают полисы ДМС для своих сотрудников в качестве дополнительного пособия или расширения услуг по охране труда.

На рынке ДМС между страховыми компаниями существует высокая конкуренция. Они заключают договоры с медицинскими клиниками, заранее оговаривая цены на услуги. Пользователь полиса ДМС в соответствии со своим тарифом выбирает клинику и специалиста, после получения медицинской помощи страховщики возмещают стоимость услуги либо непосредственно частной клинике, либо пользователю ДМС.

ДМС в Великобритании **регулируется** только как финансовая услуга с акцентом на обеспечение платежеспособности компании; существует также регулирование продаж и администрирования. Как и все виды страхования, страховые взносы облагаются налогом на страховую премию. Корпоративный ДМС рассматривается как пособие в натуральной форме и подлежит налогообложению.

Вполне вероятно, что **рынок ДМС в будущем** будет продолжать стремиться предложить что-то сверх того, что может предоставить ОМС. Одним из вариантов развития предлагается разработка новых механизмов комбинирования ОМС и ДМС.

**Швейцария**

**Система здравоохранения в Швейцарии** считается эффективной. Расходы на нее являются одними из самых высоких в мире. В Швейцарии широко распространено ОМС, осуществляемое частными страховщиками на некоммерческой основе. Там действует свыше 60 страховых компаний, каждая из которых предоставляет основные медицинские услуги всем, независимо от состояния здоровья. Полис ОМС покрывает широкий спектр медицинских услуг, который постоянно обновляется органами здравоохранения. Основными исключениями являются: стоматологическая помощь и пребывание в доме престарелых. Физические лица имеют право на получение государственных премиальных субсидий, если их расходы на обязательное страхование превышают определенный процент налогооблагаемого дохода и богатства (в 2009 году на это имели право 30% населения).[[36]](#footnote-36) Стационарное лечение совместно финансируется примерно на 46-54% за счет обязательного страхования и прямых трансфертов от федерального правительства и местных органов власти (кантонов).

Первый закон о медицинском страховании, введенный в 1911 году, оставил медицинское страхование в руках частных страховщиков. Хотя медицинское страхование было добровольным, почти 100% населения было охвачено, по крайней мере, базовым медицинским планом (в 1995 году). В 1996 году медицинское страхование было разделено на обязательную и добровольную части. Обязательное страхование покрывает расходы на основные виды лечения, связанные с болезнью, несчастными случаями и беременностью. Поскольку существует мало значительных пробелов в охвате ОМС**, роль ДМС** в первую очередь является дополнительной: люди его покупают, чтобы получить доступ к большему выбору клиник и высокому уровню сервиса. Кроме того, существуют планы ДМС, охватывающие услуги, исключенные из ОМС, такие как стоматологическая помощь.

Говоря о **существующих планах**, следует отметить, что большинство полисов ДМС — это больничные планы, обеспечивающие доступ к полу-частным или частным палатам в государственных и частных больницах или больницах за пределами кантона резидентства (в зависимости от выбранного уровня охвата).

Существуют также стоматологические планы и дополнительные планы амбулаторной помощи, охватывающие физиотерапию, отпускаемые по рецепту лекарства, частичное покрытие очков и контактных линз, а также некоторые дополнительные и альтернативные методы лечения. Некоторые планы ОМС охватывают оплату больничных для самозанятых лиц и компаний.

**Основной причиной покупки полисов ДМС** является свободный выбор специалиста и конфиденциальность во время пребывания в больнице. **Развитие рынка ДМС** тут обусловлено потребностью застрахованных в дополнительных медицинских услугах, которые не входят в страховку ОМС, и высоком качестве сервиса.

По данным швейцарского медицинского исследования (Federal Office of Public Health, 2007)[[37]](#footnote-37), **ДМС охватывает около 72% населения**, причем более высокий охват наблюдается среди пожилых людей (старше 45 лет) и лиц с высшим образованием. Доля лиц с ДМС была самой низкой среди молодых мужчин в возрасте от 25 до 34 лет (63%). Пособия по болезни почти исключительно покупаются компаниями (97% контрактов) в качестве перестрахования, поскольку сотрудники по закону имеют право на продолжение выплаты до 6 месяцев в случае болезни. С ростом расходов на обязательное страхование все меньше молодых и здоровых людей приобретают ДМС, что приводит к росту расходов, которые несут остальные пожилые и больные люди с ДМС. Это привело к резкому увеличению премий по ДМС в последние несколько лет, что в сочетании с расширением обязательного страхования объясняет ограниченный рост рынка ДМС.

В отличие от обязательного страхования, **рынок ДМС не подвергается сильному государственному регулированию**, хотя в последнее время было усилено регулирование ценообразования и резервов.

Важность ДМС неуклонно снижается с течением времени, особенно после реформы системы здравоохранения в 2012 году.

Однако предложение референдума о создании единой, контролируемой государством системы обязательного страхования, заменяющей действующую систему множественных конкурирующих страховщиков, было подавляющим большинством голосов отвергнуто избирателями. Если бы он был принят, частные страховщики все еще могли бы предлагать ДМС, но столкнулись бы с гораздо более высокими административными издержками из-за значительных потерь в экономии от масштаба.

**Нидерланды**

В Нидерландах достаточно доступная **система здравоохранения**, обеспечивающая жителей страны медицинским обслуживанием высокого качества. Она находится в ведении правительства, также существуют частные страховые компании, при этом жители обязаны оформлять медицинскую страховку для получения доступа к услугам. Все взрослые должны платить обязательную ежегодную франшизу (375 евро в 2015 году)[[38]](#footnote-38) при использовании медицинских услуг. Посещение терапевта, уход за беременными и детьми освобождаются от франшизы.

Закон о медицинском страховании 2006 года подразумевал значительное сокращение спроса на частное медицинское страхование. Тогда ДМС утратил свою традиционную замещающую **роль** и теперь играет лишь дополняющую роль, охватывая услуги, не охваченные схемой ОМС. Некоторые планы ДМС также покрывают обязательную франшизу.

**Планы ДМС** варьируются и могут охватывать стоматологическую помощь взрослым, физиотерапию, очки, ортодонтическую помощь, альтернативную медицину, контрацептивы, профилактические программы, включая программы физических упражнений, диетические услуги, слуховые аппараты, лечение кожи, стерилизацию и плату за пользование услугами хосписа. Планы могут быть стандартными (базовыми), серебряными или золотыми (наиболее полными).

Кроме того, страховщики ориентируют свои планы на конкретные группы населения, предлагая пакеты для молодежи (прививки для поездок за границу, стоматологическая помощь и презервативы), семей (ортодонтическая помощь и некоторые формы ухода за материнством) и людей в возрасте 50 лет и старше (например, слуховые аппараты).

Страховщики могут свободно отклонять заявки и вводить возрастные ограничения.

Голландцы, как правило, не склонны к риску, и **доля населения, приобретающего дополнительные планы**, очень высока: 84% людей, охваченных схемой ДМС в 2015 году (около 90% людей групповым планом ДМС в 2015 году).[[39]](#footnote-39)

Страховщики обычно возмещают своим клиентам расходы за пользование услугами, предусмотренными их планом. Они могут возместить полную стоимость, процент от стоимости или фиксированную сумму.

**Регулирование ДМС** ограничивается стандартным рыночным регулированием, применяемым ко всему страховому бизнесу, таким как требования к платежеспособности и отчетности, антикартельное регулирование и регулирование безопасности пациентов. Основным регулирующим органом является голландский банк, который контролирует требования к платежеспособности.

**Франция**

**Система здравоохранения Франции** обеспечивает всеобщий охват населения через финансируемую государством систему. Пакет медицинских льгот по ОМС считается хорошим с точки зрения объема доступных медицинских услуг. Однако применяется плата за его пользование, главным образом в форме совместного страхования (за исключением лечения хронических заболеваний). Пациенты имеют доступ к государственным и частным больницам.

Стационарное лечение требует 20% сострахования от пациентов. Совместное страхование не требуется для дорогостоящих операций. Пациенты также платят единовременную сумму в день пребывания в больнице за питание. Амбулаторная помощь включает в себя три вида платежей: совместное страхование, дополнительные счета и франшизы. Ставки совместного страхования составляют 30% для врачей и стоматологов и 40% для вспомогательных услуг и лабораторных исследований. Для большинства лекарств сострахование колеблется от 0% для незаменяемых или дорогих лекарств до 85% для так называемых удобных лекарств. Некоторые амбулаторные специалисты используют дополнительные счета.

Основная **роль ДМС** является дополнительной, покрывая большинство расходов пользователей на медицинские услуги по ОМС. Полисы ДМС также предлагают расширенное покрытие медицинских услуг, не включенных в законодательный план, таких как стоматологическая и оптическая помощь, а также дополнительное покрытие частных удобств, таких как стоимость одноместного номера.

В 2000 году правительство ввело систему бесплатного ДМС, покрывающую расходы пользователей для самых бедных домохозяйств.

Все **планы ДМС** предлагают дополнительное покрытие расходов пользователей: удобства (больничное размещение в одноместном номере); услуги, не охваченные установленной законом схемой; сострахование (основанное на установленных законом тарифах) для большинства услуг.

**Полисы ДМС могут быть приобретены** как физическими лицами, так и предприятиями для своих сотрудников. Опрос показал, что в 2009 году 44% частных застрахованных лиц были охвачены групповыми контрактами.[[40]](#footnote-40) В то время как большинство индивидуальных контрактов ДМС являются добровольными (56%), групповые контракты обычно являются обязательными для всех сотрудников и предлагают более широкий охват услуг.

Люди в основном покупают ДМС для защиты от широко распространенной платы пользователей за государственные медицинские услуги.

Рынок ДМС характеризуется большим количеством страховщиков: 711 в 2010 году.[[41]](#footnote-41) Это число сократилось более чем наполовину с 2001 года, поскольку многие страховщики покинули рынок из-за сильной конкуренции и строгих правил андеррайтинга. **Страховщики** делятся на 3 вида: взаимные, коммерческие и обеспечительные. Взаимные страховщики (известные как mutuelles) действуют на некоммерческой основе. Они используют ограниченный рейтинг риска премий, а некоторые даже предлагают премии, связанные с доходом. Договоры медицинского страхования составляют 89% их оборота.[[42]](#footnote-42) В основном они предлагают индивидуальные контракты, и большинство их групповых контрактов являются добровольными. Коммерческие страховщики вышли на рынок ДМС в начале 1980-х годов, когда другие отрасли рынка страхования жизни стали насыщенными. Они часто используют большой набор характеристик, включая состояние здоровья, чтобы оценить премии. В 2010 году медицинское страхование составляло 14% оборота для компаний, не связанных с жизнью, и 6% для компаний, предлагающих смешанные контракты.

После Второй мировой войны были созданы специальные учреждения для управления пенсиями – обеспечительные страховщики. На данный момент они занимают самую малую долю рынка ДМС и специализируются на обязательных групповых контрактах для компаний (84% их оборота по медицинскому страхованию) (DREES, 2011).[[43]](#footnote-43)

Взаимные и обеспечительные учреждения **регулируются** Департаментом социального обеспечения Министерства здравоохранения; Министерство экономики и финансов регулирует деятельность коммерческих страховщиков. Все три объекта находятся под надзором органа пруденциального надзора (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, ACPR).

Растущая роль ДМС в финансировании системы здравоохранения была признана благодаря тому, что страховщики стали играть более важную роль. В 2004 году было создано объединение страховщиков (UNOCAM) для предоставления их интересов. Перед внедрением новых продуктов в финансируемый государством пакет льгот проводятся консультации с UNOCAM. Оно также входит в состав комитета по ценообразованию на финансируемые государством лекарственные средства и медицинские изделия и участвует в переговорах о заключении национальных соглашений с медицинскими работниками.

За последние 50 лет охват ДМС увеличился втрое. Оно играет важную роль в обеспечении доступа к медицинскому обслуживанию и финансовой защите в контексте широко распространенных и возросших сборов с пользователей, а также в повышении справедливости доступа с помощью ответственной политики. Однако увеличение платы пользователей в рамках установленной законом схемы, приводящее к увеличению роли ДМС в финансировании здравоохранения, привело к снижению справедливости финансирования, поскольку взносы по ОМС связаны с доходом, а премии по ДМС обычно не связаны. Таким образом, более богатые люди тратят гораздо меньшую долю своего дохода на ДМС по сравнению с более бедными. Кроме того, некоторые группы населения, такие как безработные и пенсионеры, не могут воспользоваться льготными премиями и условиями, связанными с политикой группового ДМС.

Роль ДМС в обеспечении устойчивости нынешней системы вызывает все более ожесточенные споры. Несмотря на политику расширения охвата ДМС, включая освобождение страховщиков от уплаты премиальных налогов и существенные субсидии для домашних хозяйств, неравенство в доступе и уровнях охвата сохраняется.

Кроме того, конкуренция на рынке ДМС должна быть усилена, чтобы сдерживать премиальные издержки. Одним из способов улучшения конкуренции является повышение прозрачности. В условиях рынка с большим количеством страховщиков и отсутствием стандартизированного формата предоставления льгот по ДМС потребители с трудом сравнивают объем и глубину охвата ДМС. Положение в законе о финансировании социального обеспечения 2012 года, вступившее в силу с января 2014 года, требует от компаний ДМС сообщать о сумме и составе средств административных расходов в процентах от премий для повышения прозрачности и сопоставимости договоров ДМС.

**Германия**

**Система здравоохранения Германии** предполагает, что медицинское страхование является обязательным для всего населения. Страховое покрытие универсально, и менее 1% населения не застраховано. Некоторые группы людей могут выбирать между финансируемым государством страхованием, предоставляемым через систему ОМС, и финансируемым из частных источников замещающим страхованием, предоставляемым частными страховщиками. Доступ к ДМС ограничен государственными служащими, самозанятыми лицами и работниками с высоким уровнем дохода (в 2012 году годовой порог заработка составлял 50 850 евро).[[44]](#footnote-44) Эти группы могут отказаться от предусмотренной законом схемы, но как только они это сделают, возможности возврата будут ограничены. Например, работники могут вернуться к установленной законом схеме только тогда, когда их заработки упадут ниже установленного законом уровня. Лицам с ДМС, достигшим возраста 55 лет, запрещается возвращаться в установленные законом схемы.

**Роль ДМС заключается в следующем.**  Замещающее ДМС использовалось для того, чтобы обеспечить альтернативу более обеспеченным людям, а именно работникам с высоким доходом и самозанятым. Эти группы были освобождены от обязательного членства в уставной системе и имели право выбора: покупать ДМС или оставаться незастрахованными.

Однако, когда число лиц с низкими доходами, занятых самостоятельно, и число незастрахованных лиц начало расти, правительство решило сделать медицинское страхование обязательным для всего населения. С 2009 года заместительная частная медицинская страховка является добровольной только для людей в возрасте до 55 лет, которые сохраняют возможность вернуться к установленной законом схеме, если их доходы упадут ниже порогового уровня.

Наряду с замещающим действует дополнительное ДМС, доступное для всего населения. Оно обеспечивает доступ в основном к роскошным услугам, не охватываемым государственной схемой, и покрывает плату пользователей за услуги, только частично охватываемые государственной схемой (например, стоматологическая помощь). Дополнительное ДМС обеспечивает доступ к лечению главного врача или к отдельным палатам в больницах.

Люди с замещающим ДМС имеют индивидуальные полисы. Групповая политика практически не существует. Премии оцениваются по степени риска и финансируются за счет капитала, что означает, что часть премий, выплачиваемых молодыми когортами, откладывается, инвестируется на рынках капитала и используется для финансирования здравоохранения в более позднем возрасте. Поэтому премии должны оставаться постоянными на протяжении всей жизни человека. Однако на практике это может быть не так, поскольку расчет не учитывает инфляцию в сфере здравоохранения или увеличение ожидаемой продолжительности жизни.

**Спектр охватываемых услуг** регулируется весьма слабо и может существенно различаться между частными медицинскими страховщиками.

То же самое справедливо и в отношении размера платы пользователей за частные услуги. Большинство полисов охватывают стационарное лечение, амбулаторное лечение и медикаменты, но часто не охватывают важные медицинские устройства и психиатрическую помощь. Исследование показало, что 80% индивидуальных полисов обеспечивают меньший объем медицинских услуг, чем стандартные льготы, предлагаемые законодательно установленной схемой.[[45]](#footnote-45)

**Выбор отдельных лиц в пользу отказа от предусмотренной законом схемы** определяется финансовыми и нефинансовыми стимулами. Законодательная схема требует внесения взносов, связанных с доходами. В отличие от этого, замещающее ДМС требует премий, связанных с риском. Премии также растут с возрастом вступления, поскольку доступное время для накопления сбережений короче. Более того, каждый член семьи должен быть застрахован отдельно, что не относится к установленной законом схеме. В результате заместительная частная страховка является финансово более привлекательной для молодых, здоровых и одиноких людей, не имеющих иждивенцев. Большинство медицинских работников лечит пациентов, финансируемых государством и частным сектором. Оплата труда врачей и амбулаторных специалистов зависит от страхового статуса пациентов: частные медицинские страховщики платят более высокие тарифы, чем уставные фонды медицинского страхования. Эти различия в выплатах создают существенные стимулы для преференциального лечения лиц с замещающим ДМС в амбулаторных условиях. Пациенты, охваченные заместительной частной страховкой, также получают льготное лечение в больницах. Сокращение сроков ожидания стационарной и амбулаторной помощи является важным нефинансовым стимулом для лиц, отказывающихся от предусмотренной законом схемы.

**Люди покупают замещающий ДМС** либо для того, чтобы получить право на улучшение больничных удобств, либо, чтобы лечиться у главного врача больницы. Дополнительный ДМС приобретается по соображениям финансовой защиты при наступлении страхового случая, который не покрывается по ОМС.

Как правило, частные медицинские страховщики в Германии не имеют договорных отношений с поставщиками медицинских услуг из-за юридических ограничений. Однако они юридически вовлечены в переговоры о возмещении расходов на стационарные услуги и все чаще договариваются о скидках на лекарства.

Правительство определяет схему оплаты амбулаторных врачей, но частные медицинские страховщики могут платить врачам больше, чем официальный тариф.

С 2000 года рынок замещающего частного страхования претерпел ряд важных регулятивных изменений, направленных как на защиту финансового положения законодательного механизма, так и на обеспечение доступа к частному медицинскому страхованию. В 2000 году лицам с замещающим ДМС, достигшим 55 лет, не было разрешено вернуться в законодательную систему, чтобы защитить ее от неблагоприятного отбора.

Весьма спорная реформа была введена в 2007 году. Доступ к заместительному частному страхованию для работников с высокими доходами был ограничен: если раньше эти лица должны были показать, что их доходы превышают пороговый уровень в течение одного года, чтобы отказаться от установленной законом схемы, то теперь этот срок был продлен до трех лет подряд. В результате чистый прирост замещающего рынка сократился со 116 000 новых абитуриентов в 2006 году до 49 000 в 2008 году.[[46]](#footnote-46) Эта мера была отменена в 2011 году после огромного политического давления со стороны частных медицинских страховщиков.

Введение всеобщего мандата на осуществление медицинского страхования в 2009 году привело к принятию ряда новых законодательных актов, **регулирующих замещающее частное страхование.** Для улучшения доступа медицинские страховщики должны принимать всех приемлемых кандидатов и предлагать строго регламентированные базовые полисы со стандартизированным пакетом льгот и премиальными ограничениями. Они также не могут отказаться от пользователей, которые не платят взносы. В 2010 году около 21 000 человек имели базовые полисы.[[47]](#footnote-47) Такое небольшое число является результатом неблагоприятного отбора (большинство людей, которые выбирают эти полисы, имеют высокий риск для здоровья) и высокие премии. Хотя предельный размер страховых взносов установлен на довольно высоком уровне, частные медицинские страховщики все еще испытывают дефицит финансовых средств. Тоже самое относится и к расходам, вызванным ростом числа неплательщиков. Подсчитано, что 143 000 неплательщиков вызвали дефицит в размере около 500 миллионов евро в 2011 году.[[48]](#footnote-48) Чтобы облегчить финансовое давление, с которым сталкиваются страховщики, предлагающие заместительное ДМС, законодательство позволило им воспользоваться скидками на лекарства. С 2004 года фонды обязательного медицинского страхования могут продавать дополнительные и замещающие полисы ДМС в сотрудничестве с страховыми компаниями.

Существование замещающего частного страхования в Германии было и до сих пор остается дискуссионным вопросом. Традиционно эти споры вызваны тем, что замещающее частное страхование подрывает финансовую устойчивость законодательно установленной схемы и ослабляет справедливость доступа к медицинской помощи, предоставляя поставщикам медицинских услуг финансовые стимулы для преференциального обращения с людьми, имеющими замещающее частное страхование.

Политическая поддержка заместительного ДМС сокращается. Традиционно политические левые борются с ней, поскольку она подрывает справедливость и финансовую устойчивость законодательного механизма. Однако в связи с недавним повышением премий на рынке частного медицинского страхования среди представителей правого политического спектра все чаще возникают сомнения в том, что замещающее частное страхование в конечном итоге является финансово жизнеспособным. Сообщения в средствах массовой информации также все чаще вызывают сомнения в том, что отказ от законодательного механизма является разумным долгосрочным вариантом, даже для молодых, здоровых и одиноких людей с высоким доходом. Частные медицинские страховщики могут в будущем получить больше инструментов для управления уходом и сдерживания расходов. Однако в результате те, кто имеет частную страховку, могут лишиться своего преференциального режима со стороны поставщиков медицинских услуг, а заместительная частная страховка утратит свою уникальную торговую точку. Эта смесь политического и ценового давления снижает вероятность существования замещающего страхования в будущем.

**США**

**Система здравоохранения США** исторически сложилась в условиях свободного рынка с минимальным вмешательством государства. На данный момент США является примером модели частной медицины с сильными рыночными механизмами и многоканальностью финансирования в сочетании с развитой системой государственной поддержки и регулирования. В силу того, что почти половина расходов на здравоохранение оплачивается из федерального бюджета, правильнее такую систему признать частно-государственной. Для организационной структуры медицинского обеспечения в США характерна децентрализованная система управления здравоохранением с разделением полномочий между федеральным центром и штатами. В качестве федерального исполнительного органа представлен Департамент здравоохранения и социальных служб США, который посредством своих подразделений осуществляет и контролирует социальные и здравоохранительные программы, в том числе страхование здоровья пожилых людей и инвалидов, страхование здоровья людей с низкими доходами , финансовая помощь и услуги для малообеспеченных семей, обеспечение безопасности продуктов питания и медикаментов, предотвращение заболеваний, включая службы иммунизации; исследования в области здравоохранения и социальных наук и других важных направлений. Практическое решение проблем обеспечения медицинской помощью малоимущих американцев отнесено к компетенциям властей штатов.

В США нет единой и четкой системы организации здравоохранения, но ее модель в схематичном виде можно представить структурными элементами, где гарантом обеспечения медицинской помощи выступает система медицинского страхования – государственная и частная, включая государственные программы медицинского страхования, сеть государственных госпиталей для военнослужащих, местные муниципальные и окружные программы, обязательное частное медицинское страхование работников по найму, самостоятельная оплата медицинских расходов гражданами.

**Через систему частного медицинского страхования**, объединяющую свыше 1500 страховых организаций, потребителям в США предоставляются самые разнообразные медицинские услуги. Некоторые частные медицинские страховые компании имеют общенациональную значимость и участвуют в реализации государственных программ.

Применяются два **типа частного медицинского страхования** – индивидуальное и групповое. Групповым страхованием охвачено 74% работников частного сектора экономики и 80% государственного сектора.[[49]](#footnote-49)

Все многообразие видов страхования можно поделить на три категории:

* Компенсационное страхование, в соответствии с которым бенефициар может обращаться в любое медицинское учреждение страны с оплатой счетов, сложившихся в результате лечения. Неудовлетворенность у страхователей вызывает необходимость ежегодной и ежемесячной платы, без которых страховка бездействует, но главным образом расходы компенсируются не полностью. Страховщиком погашается примерно 80% затрат, остальное – пациентом. В настоящее время эта схема заметно утратила популярность из-за трудно контролируемой обоснованности предоставляемых к оплате лечебно-диагностических услуг.
* Страхование управляемых услуг. Его суть состоит в том, что медицинские учреждения и врачи получают только фиксированную сумму из расчета на каждого застрахованного пациента независимо от объема оказанных услуг и в прагматичных целях стараются максимально снизить уровень невозмещаемых затрат. Это обоюдовыгодно, поскольку не предполагает затрат со стороны пациента и стимулирует медицинские учреждения к рациональному планированию лечебно-диагностических мероприятий. Этот вид страхования предлагается менеджерами страховых организаций на основе дисконтных цен и выгодных для работодателя схем минимизации расходов.

Рост популярности ассоциаций поддержания здоровья (Health maintenance organizations – HMO), представленных финансовыми или страховыми структурами, имеющих статус общественных организаций, состоит прежде всего в координации и оказании комплексной медицинской помощи по фиксированным ценам. В самом названии изначально заключена идея ее функционирования не просто с целью лечения заболеваний, но и главным образом их профилактики.

В развитии HMO были созданы организации предоставления предпочтительных услуг (Preferred provider organizations – PPO), представляющие собой комбинацию двух предыдущих видов страхования и ознаменовавшие смену приоритетов в концепции построения финансово-организационной системы здравоохранения и создания интегрированных по вертикали систем.

Некоторые страховые компании и крупные корпорации стали обзаводиться собственными медицинскими учреждениями и штатом врачей, активней задействовать системы предварительной оплаты медицинских услуг, которые предусматривали предварительное согласование цен и объемов медицинской помощи для разных категорий граждан. В результате такой работы появилось Генеральное соглашение о тарифах на различные виды медицинской помощи между поставщиками медицинских услуг и страховщиками.

Кроме этих, на рынке медицинских услуг действуют другие страховые организации с гибкими моделями управления, способные предложить клиентам значительные скидки за счет развитой системы контрактов с медицинскими учреждениями разного типа.

В результате детального анализа систем ДМС в разных странах сформирована сводная таблица, представленная ниже.

1. Сравнительный анализ систем ДМС в разных странах

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Швеция** | **Великобритания** | **Швейцария** | **Нидерланды** | **Франция** | **Германия** | **США** |
| **Система здравоохранения** | Равный доступ к услугам здравоохранения в рамках децентрализованной системы. Проблема – длительное ожидание плановой медицинской помощи. | Национальная служба здравоохранения предоставляет полисы ОМС всем гражданам страны. | Широко распространено ОМС, осуществляемое частными страховщиками на некоммерческой основе. | ДМС и ОМС работают вместе. Все жители обязаны приобретать медицинскую страховку для получения доступа к медицинским услугам. | Финансируемая государством система ОМС. Используется совместное страхование (установлен процент от стоимости лечения, который оплачивает пациент, остальную часть – государство). ДМС как дополнительный источник финансирования здравоохранения. | Медицинское страхование является обязательным для всего населения. Некоторые группы людей могут выбирать между ОМС и замещающим ДМС. | Модель частной медицины с сильными рыночными механизмами и многоканальностью финансирования в сочетании с развитой системой государственной поддержки и регулирования. |
| **Роль ДМС** | Полис ДМС обеспечивает быстрый доступ к медицинским услугам, возврат части расходов на лекарства и государственное лечение. Может включать услуги, не доступные по ОМС. | Полис ДМС обеспечивает быстрый доступ к тем же услугам, что и полис ОМС. Однако, он предоставляют возможность выбора клиники и специалиста для лечения и высокий уровень сервиса. Полисы ДМС также могут включать услуги, которые не покрываются полисом ОМС. | Полис ДМС обеспечивает доступ к большему выбору клиник и высокому уровню сервиса. Существуют планы ДМС, охватывающие услуги, исключенные из ОМС. | Охватывает услуги, не охваченные схемой государственного медицинского страхования. Некоторые планы ДМС также покрывают обязательную франшизу. | Покрывает расходы пользователей на франшизы при получение медицинских услуг по ОМС. Полисы ДМС также предлагают расширенное покрытие медицинских услуг, не включенных в законодательный план. | Дополняющее ДМС обеспечивает доступ к услугам, не охваченным полисами ОМС. Замещающее ДМС полностью заменяет полис ОМС. | ДМС обеспечивает доступ широких слоев населения к различным медицинским услугам. |
| **Факторы роста рынка ДМС** | Опасения работодателей о снижении производительности труда, из-за длительного ожидания медицинских услуг сотрудниками; развитие маркетинга в сфере ДМС; рост малого и среднего бизнеса. | Рост реальных доходов населения; развитие медицинских услуг; развитие бизнеса в Великобритании, заключение коллективных договоров ДМС; рост количества медицинских услуг, не включенных в страховку по ОМС; комбинирование ОМС и ДМС. | Потребность в медицинских услугах, не включенных в ОМС; высокое качество сервиса при получении медицинских услуг по ДМС; невозможность выбора лечащего врача и клинику по ОМС. | Количество услуг, не охваченных страхованием по ОМС; наличие обязательной франшизы при получении медицинских услуг по ОМС; широкий выбор планов по ДМС. | Наличие системы совместного страхования; рост количества услуг, не охваченных системой ОМС; низкий уровень сервиса при получении медицинских услуг по ОМС; развитие бизнеса; рост доходов населения. | Рост доходов населения; объем услуг не включенных в пакет ОМС; длительный срок ожидания стационарной и амбулаторной помощи по ОМС; низкое качество сервиса по ОМС. | Отсутствие системы обязательного медицинского страхования в стране (за исключением поддержки от государства отдельных групп граждан); развитие бизнеса в стране; ДМС – важный фактор при устройстве сотрудников на работу; поощрительное налогообложение для предпринимателей. |
| **Типы существующих планов** | Групповые (обязательные для всех работников), групповые (на индивидуальной основе), индивидуальные полисы. | Комплексные, стандартные, бюджетные, ограниченные.  Заключаются как индивидуальные, так и групповые договоры. | Больничные планы, стоматологические планы, планы дополнительной амбулаторной помощи, и т.п. Заключаются как индивидуальные, так и коллективные контракты. | Планы могут быть стандартными (базовыми), серебряными или золотыми (наиболее полными). Страховщики ориентируют свои планы на конкретные группы населения. | Существует много разных планов, но все из них полностью покрывают сострахование по ОМС. Заключаются как групповые, так и индивидуальные контракты. | Доминируют индивидуальные полисы, групповая политика не распространена. Спектр охватываемых услуг слабо регулируется и может различаться у разных страховщиков. | Существуют индивидуальные и групповые контракты. Компенсационное страхование, страхование управляемых услуг. |
| **Потребитель** | В основном малый и средний бизнес (94% - групповые полисы). | В основном работодатели (75% групповые контракты). | 72% населения, 97% контрактов – групповые, приобретаются компаниями для своих работников. | 84% населения охвачено ДМС. Большинство людей охвачены групповым планом ДМС (90%). | 44% застрахованы по групповым контрактам, 56% – индивидуальные страхователи. | Люди с замещающей схемой ДМС имеют высокие доходы, они здоровее и богаче, групповые контракты не распространены, в основном индивидуальные. | 74% работников частного сектора и 80% государственного сектора (групповые контракты). В основном групповые контракты, ДМС предоставляется работодателями. |
| **Причины приобретения полисов ДМС** | Групповые договоры: сокращение времени ожидания по больничному листу, повышение привлекательности работодателя на рынке труда. Индивидуальные договоры: получение безопасности в случае необходимости планового ухода, символьный статус. | Групповые договоры: дополнительное пособие, расширение услуг по охране труда. Индивидуальные договоры: избежание потенциальных очередей на прием к врачам, возможность выбора специалиста для лечения, комфортные условия в случае пребывания в стационаре. | Свободный выбор специалиста и конфиденциальность во время пребывания в больнице. | Голландцы не склонны к риску; получение доступа к медицинским услугам, не охваченным ОМС; покрытие обязательной франшизы при получении медицинских услуг по ОМС. | Люди приобретают ДМС для защиты от широко распространенной платы пользователей за государственные медицинские услуги. Для компаний ДМС является важным фактором при найме сотрудников на работу. | Замещающий ДМС: сокращение сроков ожидания стационарной и амбулаторной помощи; улучшение больничных удобств; возможность выбора врача. Дополнительный ДМС: финансовая защита. | Финансовая защита при необходимости получения медицинской помощи; отсутствие альтернативного ОМС (существует государственная поддержка, но только для отдельных групп лиц (бедных слоев населения, пенсионеров и т.п.).) |
| **Государственная политика** | Отсутствие специальных правил. Страховщики находятся под надзором шведского органа финансового надзора. | Регулируетсятолько как финансовая услуга с акцентом на обеспечение платежеспособности компании. | Не подвергается сильному регулированию, только ценообразование и резервы. | Ограничивается стандартным рыночным регулированием, применяемым ко всему страховому бизнесу. | Взаимные и обеспечительные учреждения регулируются Департаментом социального обеспечения Министерства здравоохранения; Министерство экономики и финансов регулирует деятельность коммерческих страховщиков. Все три объекта находятся под надзором органа пруденциального надзора. Контракты по ДМС облагаются налогом. | Запрет лицам, достигшим 55 лет вернуться в законодательную систему; наличие законодательных актов, регулирующих ДМС. | Регулируется системой законодательных актов. |
| **Проблемы ДМС** | Реформы, направленные на сокращение времени ожидания медицинской помощи по ОМС. | Рост стоимости полисов ДМС; рост стоимости медицинских услуг. | Реформы системы здравоохранения; рост премий по ДМС из-за неблагоприятного отбора (в основном ДМС популярен среди пожилых людей). | Дороговизна полиса ДМС; люди предпочитают платить непосредственно за медицинские услуги, так как планы ДМС охватывают многие услуги, которые они никогда бы не использовали; рост премий по ДМС. | Низкая конкуренция, непрозрачность рынка. | Рост премий по ДМС; рост числа неплательщиков; низкие процентные ставки на рынках капитала; высокая стоимость медицинских услуг. | Высокая стоимость услуг, невысокая эффективность расходования лечебными учреждениями частных средств при недостаточном контроле. |
| **Будущее ДМС** | Ожидается рост рынка, так как данный вид страхования стал важным фактором при трудоустройстве персонала. | Покрытие по ДМС новых услуг сверх того, что может предложить ОМС. Разработка механизмов комбинирования ОМС и ДМС. | Снижение важности ДМС для потребителей с течением времени, поиск новых точек продаж. | Рост рынка ДМС за счет реформ здравоохранения, исключающих из ОМС стоматологическое лечение, физиотерапию и т.п. | Растущая роль ДМС в системе здравоохранения, все большая доля расходов на здравоохранение переносится на ДМС; строгий контроль за содержанием контрактов по ДМС; рост премий по ДМС. | Сокращение политической поддержки замещающего ДМС и повышение премий на рынке ставит под сомнение финансовую обоснованность рынка ДМС и делает будущее ДМС достаточно мрачным. | Развитие рынка ДМС за счет заключения договоров с клиниками по выгодным тарифам. |

В результате проведенного анализа можно сделать вывод, что сформированная в стране система здравоохранения предопределяет роль ДМС и оказывает сильное влияние на развитие рынка. Так, при сокращении услуг по ОМС спрос на ДМС, покрывающий эти услуги, возрастает. Также при введении государством системы сострахования, популярность ДМС увеличится.

В разных странах страховщики разрабатываю широкий спектр планов ДМС, отвечающих потребностям клиентов. Как правило, заключаются как индивидуальные, так и коллективные договоры.

В качестве основного потребителя практически во всех странах выступает корпоративный сектор. Организации оформляют полисы ДМС своим сотрудникам, получая при этом различные преимущества, начиная от сокращения длительности больничных листов и заканчивая привлечением высококвалифицированных специалистов в штат.

Причины приобретения индивидуальных ДМС в основном едины в разных странах: защита от неожиданных финансовых потерь; доступ к услугам, не включенным в ДМС; получение доступа к более качественной медицинской помощи и хорошему сервису; избежание очередей и т.д.

В большинстве стран не существует единого закона о ДМС. Однако США, в которой данная система наиболее развита, действует хорошо проработанная законодательная база, позволяющая регулировать страховые отношения, сохраняя высокие показатели здравоохранения в стране, согласно изученным рейтингам, несмотря на отсутствие ОМС.

Системы ДМС в разных странах сталкиваются с различными барьерами развития. Как правило они связаны с введением реформы, совершенствующей систему ОМС; ростом стоимости медицинских услуг и премий по ДМС; неблагоприятным отбором.

В большинстве стран в будущем ожидается развитие рынка ДМС за счет корпоративного сектора; покрытия услуг сверх тех, что предлагает ОМС; механизмов комбинирования ОМС и ДМС; заключением договоров с клиниками по выгодным тарифам.

Основные факторы роста рынка ДМС в разных странах:

* Низкое качество обслуживания по ОМС;
* Снижение производительности труда сотрудников, увеличение длительности больничных листов;
* Развитие бизнеса;
* Развитие маркетинга в сфере ДМС;
* Конкуренция компаний на рынке труда;
* Рост реальных доходов населения;
* Экономический рост;
* Развитие медицинских технологий;
* Рост количества медицинских услуг, не включенных в ОМС;
* Комбинирование ОМС и ДМС;
* Наличие обязательной франшизы при получении медицинских услуг по ОМС;
* Широкий выбор планов по ДМС;
* Стимулирующее налогообложение для предпринимателей.

## 2.2 Анализ исследований добровольного медицинского страхования

Следует отметить, что существует множество исследований на тему ДМС, основной целью которых является выявление различных факторов, влияющих на развитие рынка. В качестве предмета исследования рассматриваются социально-экономические и политические условия страны (или отдельной территории), в пределах которой проводится исследование; потребители услуг ДМС; корпоративная среда; и т.п. Это необходимо для того, чтобы выявить факторы роста как со стороны спроса, так и со стороны предложения и разработать рекомендации по развитию рынка.

Мое исследование в большей мере ориентировано на выявление факторов, влияющих на развитие ДМС в корпоративной сфере. Для проведения глубокого и полного анализа необходимо изучить какие социально-экономические условия Санкт-Петербурга, положительно сказываются на развитии рынка корпоративного ДМС. Также следует выявить основные характеристики сотрудников, обладающих добровольной медицинской страховкой от работодателей и причины отказа от его использования в организациях, где ДМС предоставляется работникам на добровольной основе и/или используются различные механизмы сострахования такие, как соплатежи, франшизы и т.п. Кроме того, необходимо провести анализ компаний Санкт-Петербурга для того, чтобы выявить факторы, влияющие на склонность организаций к оформлению коллективных договоров по ДМС для своих сотрудников.

Для исследования корпоративного ДМС, в первую очередь, были изучены работы, направленные на выявление факторов и условий, способствующих развитию ДМС с разных сторон. Стоит отметить, что в большинстве случаев объектом исследования было добровольное медицинское страхование в целом. Однако полученные результаты, являются важными и применимыми к корпоративной сфере.

В результате исследований в Великобритании выделили основные факторы, влияющие на рост рынка добровольного медицинского страхования. Со стороны спроса на услуги ДМС оказывают влияние такие факторы, как: цена полиса ДМС, качество предоставляемых медицинских услуг, личные характеристики пользователей ДМС. Исследования показали, что владельцы полисов ДМС обычно имеют определенные характеристики по параметрам возраста, пола, района проживания, образования, занятости, профессионального статуса, политических отношений и доходов. Данная информация была получена на основе Исследования Домашних Хозяйств (the General Household Survey (Propper,1989))[[50]](#footnote-50), Исследования Домашних Расходов (the Family Expenditure Survey (Propper, Rees & Green, 2001))[[51]](#footnote-51), Британского Социологического опроса (British Social Attitudes Survey (Besley, Hall & Preston, 1999)), Изучение Семьи (the Family Resources Survey (Emmerson, Frayne & Goodman, 2001))[[52]](#footnote-52) и Панельного Обследования Домашних Хозяйств (the British Household Panel Survey (BHPS) (Wallis, 2004; King & Mossialos, 2005))[[53]](#footnote-53). Все эти опросы были сфокусированы на стороне спроса на рынке ДМС. Кроме того, анализировалась удовлетворенность потребителей Национальной службой здравоохранения. Данный фактор сложно измерить по той причине, что существует несколько взглядов на то, как провести оценку эффективности работы системы здравоохранения. В исследованиях чаще всего встречалась такая мера, как лист ожидания. В 1999 году Бесли (Besley, Hall & Preston, 1999)[[54]](#footnote-54) на основе данных из таких исследований, как Британский Социологический опрос (British Social Attitudes Survey (Besley, Hall & Preston, 1999))[[55]](#footnote-55) и Исследование Домашних Расходов (the Family Expenditure Survey (Propper, Rees & Green, 2001))[[56]](#footnote-56) выявил положительную корреляцию между очередями в Национальной службе здравоохранения и спросом на полисы добровольного медицинского страхования. По результатам этого исследования, увеличение долгосрочных списков ожидания Национальной Службы здравоохранения (12 месяцев и более) связаны с покупкой полиса ДМС, если долгосрочный список ожидания удлинялись на одного человека на тысячу человек, то вероятность приобретения полиса добровольного медицинского страхования физическим лицом со средними характеристиками увеличится на 2%. Данная взаимосвязь сильнее действует на индивидуальном рынке, чем на корпоративном. Также существует взаимосвязь с количеством частных клиник, чем больше частных клиник, тем больше вероятность того, что человек приобретет полис ДМС.

Кроме того, важным фактором со стороны предложения, влияющим на спрос, является стоимость частного медицинского страхования. В США доказали, что спрос на ДМС неэластичен по цене (повышение цены приводит к менее пропорциональному снижению спроса), находясь в диапазоне от -0,03 до -0,54 ((Manning & Marquis, 1996; Marquis & Long 1995).[[57]](#footnote-57) Данный вывод может отражать тот факт, что в государстве полисы ДМС в основном закупаются работодателями. В Испании аналогичная ситуация. В Великобритании Эммерсон (Emmerson, Frayne & Goodman, 2001) обнаружил, что ценовая эластичность спроса на ДМС находится в диапазоне от -0,003 до -0,044, следовательно, спрос близок к абсолютно неэластичному.[[58]](#footnote-58) Из этого можно сделать вывод, что полисы ДМС, как правило, приобретаются теми, кто имеет высокие доходы или же компаниями для своих работников.

В Индии было проведено исследования о влиянии социально-экономических факторов на спрос на ДМС, проанализированы образование, доход, размер семьи, состояние здоровья. Помимо социально-экономических факторов, был проведен анализ влияния восприятия страхового продукта на поведение людей в сфере ДМС, изучены такие факторы, как: качество услуги, цена, удовлетворенность, желание приобрести. Результаты этого исследования выявили положительную зависимость между социально-экономическими факторами, восприятием продукта и приобретением полиса ДМС. Выявлено, что возраст респондентов выступает значимым фактором, определяющим страховой статус. Более низкая склонность к покупке медицинской страховки была определена с увеличением возраста респондентов. Результаты исследования также показали, что респонденты с более высокими медицинскими расходами чаще покупали медицинскую страховку по сравнению с респондентами с более низкими медицинскими расходами. Кроме того, респонденты, которые считают, что обладают хорошим здоровьем, в среднем, имеют полис медицинского страхования, в то время как респонденты с плохим состоянием здоровья показали меньший процент владения полисом добровольного медицинского страхования. Также, исследование показало, что положительное восприятие добровольного медицинского страхования среди пользователей, оказывает сильное влияние на спрос на полисы ДМС.

Проведенные в Дании исследования в сфере добровольного медицинского страхования показали положительную зависимость между вероятностью, что респондент застрахован по ДМС и размером его дохода. Также выявлено положительное влияние на приобретение человека полиса ДМС продолжительности обучения, наличие и тип образования, продолжительностью профессионального образования. Чаще всего в Дании страхуются женщины, нежели мужчины. В основном, полисами ДМС владеют граждане до 60 лет. Также отслеживается влияние здоровья на вероятность страхования по ДМС. Чем хуже состояние здоровья, тем вероятность быть застрахованным меньше.

В России также были проведены исследования в сфере ДМС (The Conceptual Approach to Statistical Research of the Development of Voluntary Health Insurance in the Russian Federation (2015)).[[59]](#footnote-59) Выявлено, что застрахованных по программе индивидуального медицинского страхования очень мало. На основе проведенного статистического анализа определены основные причины отсутствия массового спроса на индивидуальное добровольное медицинское страхования. Такими причинами стали:

* низкая платежеспособность большинства населения;
* значительно более высокая стоимость индивидуальной политики в сфере ДМС;
* отсутствие страхового покрытия в случае серьезных заболеваний;
* слабое развитие частного здравоохранения в регионах страны;
* отсутствие экономических стимулов для населения покупать полис добровольного медицинского страхования;
* низкий уровень страховой культуры в стране;
* приоритетное развитие обязательного медицинского страхования в России.

Также были выявлены основные факторы, влияющие на развитие рынка добровольного медицинского страхования в России:

* материальное обеспечение (уровень экономической активности, доход на душу населения, чистый финансовый результат предприятий);
* демография (миграционный прирост 10 000 человек);
* изменения на рынке труда (уровень безработицы);
* доступность медицинской помощи (число врачей на 10 000 населения, плотность населения на 1 км. квадратный.).

В китайском исследовании (2013 International Conference on Advances in Social Science, Humanities, and Management (ASSHM 2013))[[60]](#footnote-60) ученые выяснили, что факторы, в наибольшей степени влияющие на рынок ДМС со стороны спроса — это: располагаемый доход, индекс цен и стоимость госпитализации на душу населения. Со стороны предложения выделили: количество больниц, средний доход больниц, финансовые инвестиции и плата за госпитализацию на душу населения.

Denoitte Access Economics провели исследование, нацеленное на выявление макроэкономических драйверов ДМС. Для этого аналитики использовали следующие макроэкономические показатели: реальный рост ВВП, инфляцию потребительских цен (Consumer price inflation), уровень безработицы (Unemployment rate), Австралийский индекс общей доходности (Australian SPI 200 Total Returns Index), средний недельный заработок (Average weekly earnings), процентную ставку (Mortgage rates), розничные продажи (Retail sales), потребительское доверие (Consumer confidence), объявления о приеме на работу (Job advertisements), коэффициент сбережений домашних хозяйств (Household savings ratio). Все эти показатели были помещены в регрессионную модель с зависимой переменной в виде рынка ДМС, выраженной в объемах страховых премий. Результаты: если средний недельный заработок в среднем увеличивается на 1%, то происходит увеличение роста рынка ДМС на 0,09%; если уровень безработных в среднем увеличивается на 1 %, то происходит сокращение рынка ДМС на 0,53%; если Австралийский индекс общей доходности вырастает в среднем на 1%, то происходит увеличение рынка ДМС на 0,013%. Остальные показатели оказались статистически незначимыми.[[61]](#footnote-61)

Согласно результатам исследования Health Service REsearch «Детерминанты распространённости ДМС в Англии 1997-2000гг», индивидуальный полис ДМС более распространен среди хорошо образованных и здоровых людей. Доход, возраст, пол и политические предпочтения являются ключевыми детерминантами распространенности ДМС, как для индивидуального, так и для оплачиваемого работодателем полиса ДМС.[[62]](#footnote-62)

В 2018 году страховая компания «АСТ Компания» провела исследование рынка ДМС. Был проанализированы 163 предприятия с общим числом застрахованных 42000 сотрудников и 2500 родственников сотрудников. Были выявлены факторы, влияющие на темы роста премий по ДМС в их числе: медицинская инфляция, рост популярности индивидуальных полисов ДМС, популяризация чекапов и профилактических диспансеризаций, разворачивание спроса в отраслях «новой экономики». Кроме того, ДМС наиболее востребовано в сырьевых и IT-компаниях. А именно в IT-компаниях чаще всего страхуются родственники сотрудников. Наиболее востребованными опциями полиса ДМС являются: амбулаторные консультации и стационар, а в средних и крупных компаниях также активно пользуются услугами по стоматологии и ведению беременности. Все большую популярность получает телемедицина. Растет спрос на чекапы. В сегменте малых фирм сотрудники имеют больший выбор медицинских организаций по ДМС. Факторами успеха клиник, услугами которых чаще всего пользуются клиенты по ДМС являются: профессиональный коллектив, современные методы обследования и диагностики, удобная локация, сервис, а также высокие места в рейтингах качества, составляемых СМИ. В будущем ожидается рост спроса на ДМС со стороны технологичных компаний.[[63]](#footnote-63)

В 2017 году было проведено исследование РосИндекс компании Ipsos Comcon, согласно которому главный стимул покупки полисов для людей – спокойствие. Основными факторами, негативно влияющими на приобретения полиса, его дороговизна и многие не видят в этом смысла. Каждый десятый россиянин не доверяет страховым компаниям, у 4% был негативный опыт в прошлом, поэтому на данный момент действующего полиса ДМС у них нет.[[64]](#footnote-64)

Согласно исследованию ДМС Центра комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ наличие ДМС коррелирует с размером заработка (более оплачиваемые работники получают и более весомый социальный пакет от работодателя), уровнем квалификации (работодатель больше всего поддерживает квалифицированных сотрудников), образованием, типом организации (работники частных организаций страхуются чаще).[[65]](#footnote-65)

European Observatory on Health Systems and Policies провели исследование Добровольного медицинского страхования в Европе и выявили драйверы роста рынка ДМС в разных странах. Среди них были выделены:

* Представления о качестве и своевременности финансируемых государством медицинских услуг;
* Объем финансируемого государством пакета льгот;
* Наличие платы пользователей за государственные медицинские услуги;
* Доля населения, имеющее право на получение государственных медицинских услуг.[[66]](#footnote-66)

В Лакхнау было проведено исследование ДМС и были выявлены факторы, влияющие на приобретения полиса добровольного медицинского страхования в их числе: возраст, наличие зависимых членов семьи, медицинские расходы, состояние здоровья и восприятие продукта человеком, черты личности.[[67]](#footnote-67)

Таким образом, были выявлены факторы, влияющие на развитие ДМС в разных странах. Все они представлены в таблице ниже.

1. Факторы, влияющие на развитие ДМС

|  |  |
| --- | --- |
| **Название исследования** | **Выявленные факторы** |
| Private Medical insurance in the UK (European Observatory on Health Systems and Policies, 2006) | Со стороны спроса:   1. цена полиса ДМС 2. качество предоставляемых медицинских услуг 3. личные характеристики пользователей ДМС:  * возраста * пол * район проживания * образование * занятость * профессиональный статус * политические отношения * доходы   Со стороны предложения:   1. Удовлетворенность потребителей Национальной службой здравоохранения (Измеряется длиной долгосрочных списков ожидания на медицинские услуги) 2. Количество частных клиник 3. Стоимость частного медицинского страхования |
| Understanding perception and factors influencing private voluntary health insurance policy subscription in the Lucknow region ([Tanuj Mathur](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Mathur%20T%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25674567),\* [Ujjwal Kanti Paul](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Paul%20UK%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25674567), [Himanshu Narayan Prasad](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Prasad%20HN%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25674567), and[Subodh Chandra Das](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Das%20SC%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=25674567), 2014) | Социально - экономические факторы:   * образование * доход * размер семьи * состояние здоровья   Восприятие продукта:   * цена услуг * качество услуг * информация об услуге * воспринимаемый риск * удовлетворенность услугой на намерение продолжить пользоваться/купить   Личностные качества потребителей |
| The Conceptual Approach to Statistical Research of the Development of Voluntary Health Insurance in the Russian Federation (2015) | Материальное обеспечение   * уровень экономической активности * денежные доходы на душу населения и т.д.   Демография   * миграционный прирост 100000 населения   Изменения на рынке труда   * уровень безработицы   Доступность медицинской помощи   * количество врачей на 1000 населения |
| Regression Analysis of Health Insurance ((Public Management Institute, Yunnan University of Finance and Economics, Kunming, Yunnan, China, 2013) | * количество больниц * средний доход больниц * финансовые инвестиции * плата за госпитализацию на душу населения |
| Macroeconomic drivers of private health insurance coverage (Denoitte Access Economics, 2011) | * уровень безработицы (Unemployment rate) * австралийский индекс общей доходности (Australian SPI 200 Total Returns Index) * средний недельный заработок (Average weekly earnings) |
| HEalth Service REsearch | * образование * качество здоровья * доход * возраст * пол * политические предпочтения |
| Спрос «новой экономики» и трансформация ДМС («АСТ Компания», 2018) | Медицинская инфляция, рост популярности индивидуальных полисов ДМС, популяризация чекапов и профилактических диспансеризаций, разворачивание спроса в отраслях «новой экономики», отрасль, размер организации, качество клиник |
| Исследование РосИндекс компании Ipsos Comcon, 2017 год | Доверие страховым компаниям, стоимость полиса ДМС, отношение к полису ДМС, прошлый опыт |
| Исследование добровольного медицинского страхования Центром комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ, 2016 год | Размер заработка, уровень квалификации сотрудника, образование, тип организации |
| Voluntary health insurance in Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, 2016 | * Представления о качестве и своевременности финансируемых государством медицинских услуг * Объем финансируемого государством пакета льгот * Наличие платы пользователей за государственные медицинские услуги * Доля населения, имеющее право на получение государственных медицинских услуг |
| Understanding perception and factors influencing private voluntary health insurance policy subscription in the Lucknow region. | Возраст, наличие зависимых членов семьи, медицинские расходы, состояние здоровья и восприятие продукта человеком, черты личности |

Полученные в процессе анализа исследований данные использовались для разработки опросов, нацеленных на выявление важных факторов, оказывающих влияние на развитие рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге.

# Глава 3. Факторы развития рынка корпоративного добровольного медицинского страхования

## 3.1 Выявление позиций страховщиков в системе корпоративного добровольного медицинского страхования

Для того чтобы провести анализ позиции страховщиков в системе ДМС было проведено глубинное интервью с начальником управления урегулирования убытков личного страхования компании СОГАЗ Балохиной Светланой Анатольевной.

Интервью показало, что барьеры на пути к развитию ДМС возникают с двух сторон. На рынке индивидуального ДМС происходит снижения реальных доходов населения, вместе с тем, цены на медицинские услуги частных клиник возрастают. Происходит повышение тарифов, растет стоимость полисов ДМС. Для того, чтобы сделать полис ДМС доступнее, для пользователей, производится сокращение программ страхования до минимального пакета медицинских услуг: экстренная помощь, амбулаторная помощь, скорая помощь, либо из программ убирают учреждения высокой ценовой категории. Это приводит к снижению спроса на услуги ДМС. На рынке коллективного добровольного страхования происходит аналогичная ситуация. Из-за сокращения бюджета, выделяемого на социальный пакет, в который включено ДМС сотрудников переводят из более высокой страховой категории в более низкую. Все это приводит к снижению прибыли страховых компаний.

На данный момент рынок ДМС Санкт-Петербурга находится на стадии стагнации. Существуетвысокая конкуренция на рынке, поглощение мелких страховых компаний более крупными.

Факторами, которые могут повлиять на спрос на корпоративный ДМС являются: экономическое развитие региона и снижение доступности и качества услуг по государственному медицинскому страхованию, повышение качества услуг частной медицины, увеличение количества частных клиник.

В отношении взаимодействия страховых компаний перед заключением договоров все клиники ранжируются по системе цена/качество/сервис на клиники эконом класса, комфорт класса, стандарт и VIP класса. Основные проблемы в работе с частными клиниками являются: возникновение казусных ситуаций в обслуживании клиникой пациентов по ДМС, в этом случае претензии направляются в страховую компанию, назначение пациентам по ДМС процедур более высокой ценовой категории или дополнительных процедур, в которых пациент не нуждается.

Для страховых компаний как индивидуальный, так и коллективный вид страхования является важным и привлекательным. Однако, все же коллективное страхование более предпочтительно в отношении вопроса денежных сборов. Усилий затрачивается меньше, а отдача при этом в разы больше.

На рынке корпоративного ДМС сохраняется тенденция сокращения бюджетов компаний на социальный пакет и, как следствие, полисы ДМС для сотрудников. Многие фирмы стремятся получать тот же набор услуг по ДМС, что и в прошлом году за ту же стоимость. Вместе с растущими ценами на медицинские услуги данный факт приводит к сокращению пакетов ДМС за счет ограничения включенного объема услуг и количества доступных клиник или же к демпингу страховых премий на рынке.

Кроме того, многие крупные страховые компании, включая СОГАЗ, сталкиваются с проблемой быстрого роста портфеля, опережающего рост количества сотрудников компании. Становится невозможным вручную обрабатывать большое количество заявок. Требуется автоматизация внутри компании либо расширение штата сотрудников.

В вопросе законодательного регулирования рынка существует «пробел» - нет закона, регулирующего деятельность по ДМС. В основном, страховщики опираются на закон, регулирующий ОМС. Однако, не все, что применимо к ОМС можно в чистой форме применить для ДМС.

В качестве основных барьеров развития ДМС были указаны:

* снижение реальных доходов населения;
* повышение цен на медицинские услуги;
* сокращение бюджета, выделяемого компаниями на социальный пакет, в который входит полис ДМС;
* высокая конкуренция на рынке ДМС;
* отсутствие закона о ДМС;
* рост убыточности сегмента;
* спорные моменты с компаниями;
* сокращение пакетов услуг по ДМС;
* недовольство системой ДМС;

В качестве основных стимулов развития добровольного медицинского страхования выявлены:

* экономическое развитие региона;
* недоступность бесплатных медицинских услуг;
* оказание низкокачественных медицинских услуг по ОМС;
* автоматизация и оптимизация процессов в страховых компаниях;
* контракты на выгодных условиях с клиниками.

## 3.2 Определение факторов развития корпоративного добровольного медицинского страхования в Санкт-Петербурге

На основе изученных данных, можно сделать вывод, что развитие корпоративного ДМС определяет множество факторов. В моем исследовании учтены социально-экономические условия Санкт-Петербурга, которые положительно сказываются на развитии корпоративного ДМС; основные характеристики сотрудников, обладающих добровольной медицинской страховкой от работодателей и причины отказа от его использования в организациях, где ДМС предоставляется работникам на добровольной основе и/или используются различные механизмы сострахования такие, как соплатежи, франшизы и т.п. Помимо этого, важным этапом моей исследовательской работы является анализ компаний Санкт-Петербурга для того, чтобы выявить факторы, влияющие на склонность организаций к оформлению коллективных договоров по ДМС для своих сотрудников.

**Макроэкономические и демографические факторы, влияющие на развитие рынка корпоративного добровольного медицинского страхования**

Теоретическая модель: опираясь на результаты изученных мной исследований, зарубежного опыта и глубинного интервью, была разработана теоретическая модель влияния макроэкономических и демографических факторов на развитие рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге.

Так на развитие рынка корпоративного ДМС оказывают влияние экономическое развитие региона, демографическая ситуация, изменения на рынке труда, доступность медицинской помощи и уровень развития бизнеса в регионе. Исходя из этого были сформулированы следующие гипотезы для последующей проверки:

* 1. При повышении уровня экономического развития региона и благосостояния населения спрос на корпоративное ДМС возрастет.
  2. При увеличении доступности государственной медицинской помощи, спрос на корпоративное ДМС уменьшится.
  3. При повышении стоимости медицинских услуг, спрос на корпоративный ДМС сократится.

Опираясь на изученные ранее данные, для анализа были отобраны следующие показатели:

* Объем страховой премии по добровольному медицинскому страхованию: Ip (insurance premium), тыс. руб;
* Валовый региональный продукт (ВРП): GRP (Gross regional product), тыс. руб;
* Среднедушевые доходы населения: inc (population per capita income), (руб.);
* Сальдированный результат деятельности предприятий: fp (financial perfomance of enterprises), млн. руб.;
* Уровень безработицы: ur (unemployment rate), %;
* Индекс потребительских цен: cpi (Consumer price index), %;
* Количество врачей на 10000 человек населения: nd (namber of doctors per 10000 people), чел/10000чел;
* Плотность населения: pd (population dancity), чел./ км2;
* Расходы на здравоохранение: he (health expenditure), тыс. руб.
* Количество предприятий: ne (Number of enterprises), ед.
* Число больничных коек на 10000 человек населения: nhb (Number of hospital beds), тыс.;
* Индекс цен и тарифов на платные медицинские услуги (декарь к декабрю предыдущего года): ipms (Index of prices and tariffs for paid medical services), %$
* Количество заключенных договоров по ДМС: ncp (number of VHI agreements concluded), ед.

Данные по этим показателям собраны в таблицу:

1. Данные по Санкт-Петербургу

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Годы** | **Ip (тыс. руб.)** | **Grp (млрд. руб.)** | **Inc (руб.)** | **Fp (млн. руб.)** | **Ur (%)** | **Cpi (%)** | **Nd (чел/**  **10000**  **чел)** | **Pd (чел./ км2)** | **He (тыс. руб.)** | **Ne (ед.)** | **Nhb (тыс.)** | **Ipms (%)** | **Ncp**  **(ед.)** |
| 2005 | 3136049,0 | 666,4 | 8596,0 | 173510,0 | 2,2 | 112,0 | 85,6 | 3196,7 | 22656210,2 | 368991,0 | 98,0 | 108,5 | 307862,4 |
| 2006 | 3423259,0 | 825,1 | 10215,0 | 223790,0 | 2,4 | 109,9 | 87,9 | 3183,2 | 28320262,8 | 393399,0 | 97,0 | 105,2 | 329873,1 |
| 2007 | 4443620,0 | 1119,7 | 13155,0 | 338080,0 | 2,1 | 112,8 | 85,4 | 3176,6 | 15558601,1 | 414080,0 | 95,0 | 108,2 | 405678,3 |
| 2008 | 5612983,0 | 1431,8 | 17519,0 | 360780,0 | 2,0 | 114,9 | 86,8 | 3174,5 | 19239135,4 | 429540,0 | 92,0 | 111,4 | 627618,7 |
| 2009 | 4434499,0 | 1475,8 | 18360,0 | 198080,0 | 4,1 | 110,1 | 86,4 | 3184,1 | 23159722,2 | 450901,0 | 92,0 | 103,5 | 548963,5 |
| 2010 | 6169357,0 | 1699,5 | 20765,0 | 257843,0 | 2,0 | 109,4 | 84,8 | 3267,5 | 21310244,8 | 374407,0 | 89,0 | 105,1 | 678531 |
| 2011 | 7178406,0 | 2091,9 | 23303,0 | 450736,0 | 2,0 | 104,7 | 87,2 | 3442,1 | 28891834,9 | 367423,0 | 95,0 | 111,8 | 834380 |
| 2012 | 8070162,0 | 2280,4 | 26310,0 | 422297,0 | 1,1 | 106,1 | 80,6 | 3494,1 | 42242692,9 | 348449,0 | 92,0 | 108,7 | 991911 |
| 2013 | 9310825,0 | 2491,4 | 29358,0 | 423511,0 | 1,8 | 106,7 | 81,2 | 3566,3 | 36905669,9 | 354312,0 | 92,0 | 110,1 | 1091898 |
| 2014 | 10908731,0 | 2661,2 | 34661,0 | 489684,0 | 1,3 | 113,3 | 81,5 | 3607,9 | 67133909,4 | 357124,0 | 87,0 | 110,7 | 1225941 |
| 2015 | 10853839,0 | 3387,4 | 30584,0 | 133981,0 | 1,8 | 113,2 | 80,4 | 3631,5 | 71334573,2 | 374986,0 | 86,0 | 112,3 | 1120174 |
| 2016 | 10992795,0 | 3666,0 | 34812,0 | 186158,0 | 1,6 | 105,2 | 79,9 | 3670,3 | 76931442,7 | 355758,0 | 84,0 | 108,1 | 1066284 |
| 2017 | 11875585,0 | 3866,4 | 38755,0 | 148101,0 | 1,6 | 103,7 | 78,5 | 3719,2 | 77943506,5 | 345277,0 | 85,0 | 105,1 | 1217209 |
| 2018 | 12858580,3 | 4193,5 | 39178,0 | 144517,0 | 1,3 | 103,9 | 81,0 | 3764,5 | 61646876,0 | 314916,0 | 83,0 | 103,1 | 1204626 |

Тип данных: временные ряды;

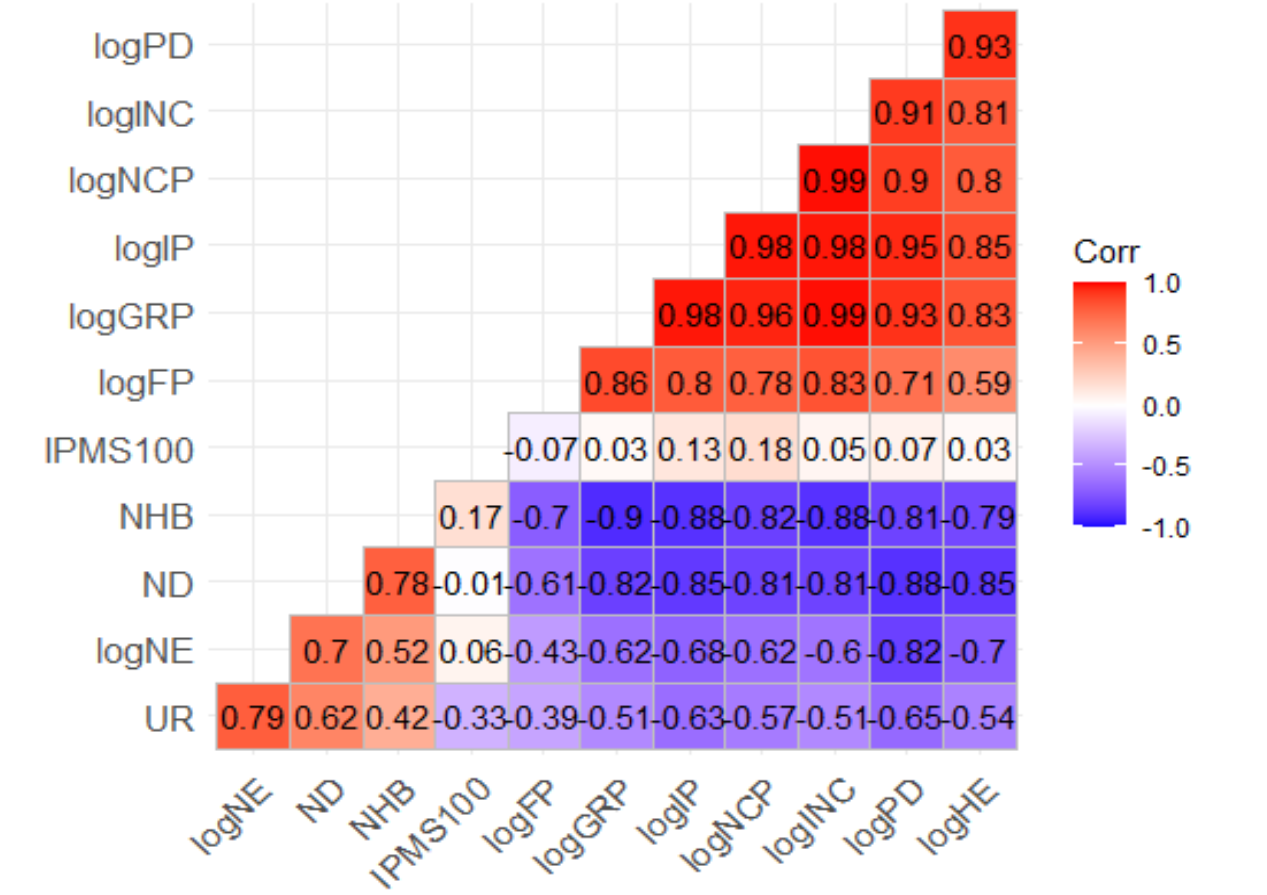
Период: 2005-2018 г.г.;

Временной промежуток: год;

Город: Санкт-Петербург;

Ресурсы: Петростат, Центральный Банк Российской Федерации, Официальный сайт Комитета по Здравоохранению в Санкт-Петербурге.

В первую очередь, для удобства последующего анализа и получения более точных результатов, все крупные показатели были прологарифмированы. Далее, я построила карту нагрева для визуализации корреляционной матрицы и выявления с помощью нее коррелирующих показателей.



1. Карта нагрева

В результате проведенного корреляционного анализа можно сделать вывод, что многие показатели сильно коррелируют друг с другом. По этой причине добавлять их все в модель нет смысла. Кроме того, тщательный отбор показателей позволит нам избежать проблем с мультиколлинеарностью модели.

Также следует отметить, что показатель ipms – индекс цен и тарифов на платные медицинские услуги не коррелирует ни с одним другим показателем. Его мы в модель включать не будем.

В результате для последующего анализа были отобраны такие показатели, как:

* Объем страховой премии по ДМС: Ip (insurance premium), тыс. руб;
* Среднедушевые доходы населения: inc (population per capita income), (руб.);
* Сальдированный результат деятельности предприятий: fp (financial perfomance of enterprises), млн. руб.;
* Уровень безработицы: ur (unemployment rate), %;
* Расходы на здравоохранение: he (health expenditure), тыс. руб.
* Количество предприятий: ne (Number of enterprises), ед.

**Моделирование:**

Далее была построена регрессионная модель рынка корпоративного ДМС Санкт-Петербурга.

В качестве зависимой переменной использовался показатель: объем страховой премии по ДМС: Ip (insurance premium), тыс. руб.

Данный показатель отражает размер рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге, так как согласно данным 90% рынка ДМС – корпоративное ДМС.[[68]](#footnote-68)

Остальные показатели использовались в качестве независимых переменных.

Модель:

logIP ~ β0 + β1 \* logINC + β2 \* UR + β3 \* logFP + β8 \* logHE + β8 \* logNE + u

Результаты анализа модели:

|  |
| --- |
| Call:  lm(formula = logIP ~ logINC + logFP + UR + logHE + logNE, data = dfWrkVK1)  Residuals:  Min 1Q Median 3Q Max  -0.102400 -0.025187 0.001733 0.035153 0.098643  Coefficients:  Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)  (Intercept) 3.06201 4.94432 0.619 0.5529  logINC 0.81350 0.09257 8.788 2.21e-05 \*\*\*  logFP -0.01188 0.04975 -0.239 0.8172  UR -0.11615 0.03988 -2.913 0.0195 \*  logHE 0.08652 0.06030 1.435 0.1892  logNE 0.08822 0.35546 0.248 0.8102  ---  Signif. codes: 0 ‘\*\*\*’ 0.001 ‘\*\*’ 0.01 ‘\*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1  Residual standard error: 0.06358 on 8 degrees of freedom  Multiple R-squared: 0.9891, Adjusted R-squared: 0.9824  F-statistic: 145.8 on 5 and 8 DF, p-value: 1.237e-07  logINC logFP UR logHE logNE  6.610510 3.489589 2.665407 3.802743 3.627106  Shapiro-Wilk normality test  data: mdlIP$residuals  W = 0.97834, p-value = 0.964  studentized Breusch-Pagan test  data: mdlIP  BP = 2.8064, df = 5, p-value = 0.7298  Breusch-Godfrey test for serial correlation of order up to 1  data: mdlIP  LM test = 4.6499, df = 1, p-value = 0.13105 |

По результатам анализа уравнение регрессии значимо по F – критерию Фишера. По t-критерию Стьюдента при α = 0,05, статистически значимыми являются такие показатели, как: среднедушевые доходы населения и уровень безработицы. Кроме того, показатель – расходы на здравоохранение также значим на 20% уровне.

Так при повышении доходов населения, спрос на ДМС возрастает. Повышение уровня безработицы оказывает противоположный эффект на объем страховых премий, снижая их. Интересен тот факт, что при повышении расходов на здравоохранение спрос на ДМС также возрастает.

Таким образом, на развитие рынка корпоративного ДМС Санкт-Петербурга оказывают влияние факторы, связанные с экономическим благосостоянием региона и состояние на рынке труда. Чем богаче регион и выше процент занятого населения, тем рынок корпоративного ДМС развивается лучше.

**Анализ факторов, определяющих наличие полиса ДМС у сотрудников компаний**

На следующем этапе исследовательской работы, я провела анализ отзывов о корпоративном ДМС сотрудников организаций Санкт-Петербурга. Цель анализа: выявить факторы спроса на ДМС со стороны сотрудников организаций и определить основные проблемы, с которыми сталкиваются владельцы корпоративных полисов ДМС.

Задачи анализа:

* 1. Определить факторы, влияющие на принятие решения сотрудника о приобретении полиса ДМС при использовании в организации модели софинансирования;
  2. Выявить основные жалобы и пожелания сотрудников в отношении корпоративного ДМС.

В первую очередь, я провела анализ отзывов на портале Агентство страховых новостей (АСН), для выявления наиболее распространенных проблем, с которыми сталкиваются владельцы корпоративных полисов ДМС. Мной были выявлены следующие жалобы:

* Страховые компании не согласовывают медицинские услуги и назначения врачей;
* Трудно связаться со своей страховой компанией;
* Длительное время ожидание ответа при возникновении спорных ситуаций;
* Бюрократизм;
* Низкое качество сервиса;
* Проблемы с объемом, качеством и территориальным расположением клиник, доступных по ДМС;
* Небольшой объем предоставляемых услуг по ДМС;

В качестве следующего шага я разработала и провела опрос сотрудников на примере конкретной организации – Санкт-Петербургского государственного университета (далее СПбГУ), с целью выявления факторов спроса на корпоративный ДМС и основных жалоб, связанных с владением полисом, взаимодействием со страховой компанией, обслуживанием в медицинских организациях по добровольной медицинской страховке и т.д. Данная организация была выбрана для проведения анализа по следующим причинам:

1. СПбГУ предлагает своим сотрудникам добровольную медицинскую страховку на условиях софинансирования, при которых большую часть полиса ДМС оплачивает сотрудник. Согласно изученным ранее данным практика софинансирования ДМС активно набирает популярность среди работодателей. Для страховых компаний важно понимать какие факторы спроса на корпоративный ДМС существуют, с какими проблемами сталкивается клиент при получении и использовании услуги, чтобы адаптировать свой продукт под потребности клиентов и эффективно оказывать влияние на потенциальных покупателей.
2. Большая часть сотрудников СПбГУ отказываются от приобретения корпоративного полиса ДМС. Анализ данной организации позволит определить основные проблемы и жалобы, с которыми сталкиваются потенциальные корпоративные клиенты страховых компаний, которые побуждают их отказаться от оформления страховки.
3. Не менее важным фактором выбора данной организации для анализа – доступ к данным СПбГУ, возможность взаимодействия с работниками данной организации, как следствие, получение наиболее точных и полных результатов анализа.

Данный опрос разрабатывался на основе собранной и изученной информации в процессе анализа международного опыта применения страховой медицины, существующих исследований в области ДМС и позиции страховщиков в системе ДМС. Также в нем учтены жалобы, выявленные в процессе анализа отзывов на портале АСН. Методика опроса – структурная анкета.

По результатам проведенного опроса для сотрудников СПбГУ были получены ответы от 25 респондентов. Среди них только 24% имеют корпоративный полис ДМС. Среди опрошенных 68% женщин и 32% мужчин широкого возрастного диапазона от 21 до 71 года. Согласно полученным данным, среди тех, кто имеет полис ДМС 66,7% - женщины и лишь 33,3% - мужчины. Средний возраст тех, кто пользуется ДМС выше (52 года), чем тех, кто не застрахован по ДМС (43 года). 56% респондентов состоят в браке. Среди них, только у 28,6% есть корпоративный полис ДМС. Все опрашиваемые имеют высшее образование (40% опрошенных) или ученую степень (60% опрошенных). Процент владения ДМС среди них примерно равен 20% и 26,7% соответственно.

Опираясь на результаты опроса, можно сделать вывод, что уровень дохода оказывает влияние на наличие полиса ДМС у сотрудника. Однако интересно отметить, что процент владения полисом ДМС среди тех, кто имеет доход на одного члена семьи от 30 000 до 50 000 выше (33,3%), чем у тех, кто имеет доход выше 50 000 рублей.

Кроме того, 66,6% опрошенных, имеющих вредные привычки, обладают полисом ДМС, и лишь 10,5% респондентов, не имеющих вредных привычек его приобретают. Также согласно результатам опроса наличие хронических заболеваний положительно влияет на покупку полиса ДМС. Так 44,4% опрошенных, указавших наличие хронических заболеваний, обладают полисом ДМС, в то время как процент респондентов, указавших отсутствие хронических заболеваний и при этом пользующиеся полисом ДМС равен всего лишь 13%.

Согласно результатам опроса, субъективная оценка качества здоровья человеком также оказывает влияние на принятие решения о покупке корпоративного полиса ДМС. Так 50% респондентов, оценивших свое здоровье, как «среднее», имеют полис ДМС. В то время, как лишь 13%, указавших свое качество здоровья, как «хорошее» имеют полис ДМС и 0% тех, кто оценил свое здоровье отлично пользуются медицинской страховкой.

Интересен тот факт, что среди тех, кто предпочитает проходить лечение в частных медицинских организациях, только 28,6% владеет полисами ДМС. При этом 18,8% среди тех, кто предпочитает лечиться в государственных клиниках, владеют полисом ДМС. Процент осведомленности о возможности получить полис ДМС от СПбГУ высок и составляет 92%. 35,3% процентов опрошенных хотели бы иметь полис ДМС, но по каким-то причинам еще его не приобрели.

Среди опрошенных, 50% пользуется услугами Росгосстрах и 50% страховой компании Гайде. Среди них один респондент не может дать точное название используемой программы ДМС, два респондента приобрели расширенную программу ДМС с широким выбором клиник, два респондента выбрали классическую программу и один отдал предпочтение экономной программе.

50% респондентов, обладающих полисами ДМС, в среднем обращались в медицинские организации 1-3 раза с момента оформления полиса. Чаще всего опрошенные обращаются по ДМС к узким специалистам, таким как невропатолог, окулист, уролог, хирург, гинеколог и терапевт. В качестве предпочитаемой клиники, в которую сотрудники обращались по ДМС выделена Мэдис и Энергия Здоровья, однако следует отметить, что большинство респондентов затруднялись ответить на этот вопрос.

Следующий пул вопросов был нацелен на оценку воспринимаемого клиентами качества медицинского обслуживания по ДМС. Большинство респондентов высоко оценивают качество клиник по ДМС. Так 83,3% оценили его на 4 балла из 5 возможных. Также высоко оценен профессионализм медицинских специалистов по ДМС: 50% оценили его на 5 из возможных 5 баллов и 50% на 4 из возможных 5 баллов. 50% опрошенных оценили объем услуг по ДМС на 4 балла из 5, 33,3% опрошенных на 3 балла из 5 и 16,7% опрошенных на 2 балла из 5. Оперативность приема врачей по ДМС был оценен хорошо: 50% опрошенных оценили его на 5 из 5 баллов и 50% опрошенных на 4 из 5 баллов. Индивидуальный подход врачей к лечению по ДМС также получил хорошие оценки.

Однако ответы на вопрос удовлетворенности программой ДМС показали, что 50% опрошенных оказались не удовлетворены из-за неудобного расположения клиник, 33,3% были удовлетворены частично и лишь 16,7% - полностью.

Следующий пул вопросов был нацелен на оценку качества обслуживания страховой компании. Так 66,7% респондентов указали, что дозвониться в страховую компанию достаточно легко, оценив данный пункт на 4 и 5 баллов из возможных 5. Однако 33,3% имеют некоторые трудности в этом вопросе. Оперативность решения спорных вопросов страховой компанией 50% респондентов была оценена негативно, на 2 и 3 балла из возможных 5. Согласно полученным данным 83,3% респондентов считают, что чаще всего назначения врача принимаются страховой компанией.

Респондентами были предложены следующие предложения по улучшению ДМС: расширение пакета ДМС за счет добавление в него премиальных клиник, и в целом увеличения объема клиник, доступных по ДМС.

Наиболее часто встречающийся ответ на вопрос о том, каких клиник не хватает в перечне ДМС была Медцентр, но в основном респонденты затруднялись дать четкий ответ.

Важно отметить, что один респондент из тех, кто владел полисом ДМС, отказался от его продления на 2020-2021 гг., остальные 5 респондентов выбрали ту же страховую компанию и ту же программу ДМС.

В качестве причин отказа от ДМС в прошлом респонденты указали: дороговизну полиса ДМС; увеличение его стоимости; низкая степень полезности полиса; узкий перечень доступных услуг и клиник по полису; плохое качество обслуживания страховой компании; низкий уровень медицинского обслуживания по полису.

Следующий пул вопросов изначально был нацелен на тех, кто не имел полис ДМС или в прошлом от него отказался, однако частично ответы на них предоставили и те респонденты, кто полис ДМС имеет на данный момент. 79% респондентов, не имеющих полис ДМС и 20% из, тех, кто им обладает считают, что он не принесет им никакой пользы. 84,2% опрошенных из тех, кто на данный момент не пользуется услугами ДМС и 40% из тех, кто пользуется, склонны считать, что ДМС не уменьшит их расходы на медицинские услуги. При этом 78,9% не владеющих полисом ДМС и 40% тех, кто его имеет считают, что установленная цена на него слишком высока. Длительность оформления корпоративного полиса ДМС не является проблемой для сотрудников. Также интересен тот факт, что в основном респонденты отмечали, что мнение их коллег в вопросе ДМС не может повлиять на их решение о его приобретении.

В вопросе о том, чтобы сотрудники хотели добавить в социальный пакет СПбГУ большинство респондентов указали необходимость в качественном полисе ДМС с широким спектром доступных клиник и услуг (стоматологические услуги, более широкий круг обследований, возможность госпитализации). Это свидетельствует о том, что плис ДМС является важной частью социального пакета для работников организаций, стимулирующий качественней выполнять свою работу.

Полученные данные обработаны и собраны в таблицу.

1. Результаты опроса сотрудников СПбГУ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Переменные** | **Всего респонденты: 25 чел.** | **Застрахованные по ДМС: 6 чел. (24%)** | **Не застрахованный по ДМС: 19 чел. (76%)** |
| **Пол:** |  |  |  |
| Женский | 17 (68%) | 4 (66,7%) | 13 (68,4%) |
| Мужской | 8 (32%) | 2 (33,3%) | 6 (31,6%) |
| **Средний возраст (года):** | 47 | 52 | 43 |
| **Семейное положение:** |  |  |  |
| Не состою в браке | 11 (44%) | 2 (18,2%) | 9 (81,8%) |
| Состою в браке | 14 (56%) | 4 (28,6%) | 10 (71,4%) |
| **Образование:** |  |  |  |
| Среднее | 0 | 0 | 0 |
| Высшее | 10 (40%) | 2 (20%) | 8 (80%) |
| Ученая степень | 15 (60%) | 4 (26,7%) | 11 (73,3%) |
| **Уровень дохода:** |  |  |  |
| Менее 12 000 р. | 0 | 0 | 0 |
| От 12 000 до 20 000 р. | 3 (12%) | 0 | 3 (100%) |
| От 30 000 до 50 000 р. | 6 (24%) | 2 (33,3%) | 4 (66,7%) |
| Выше 50 000 р. | 16 (64%) | 4 (25%) | 12 (75%) |
| **Наличие вредных привычек:** |  |  |  |
| Да | 6 (24%) | 4 (66,7%) | 2 (33,3%) |
| Нет | 19 (76%) | 2 (10,5%) | 17 (89,5%) |
| **Наличие хронических заболеваний:** |  |  |  |
| Да | 9 (36%) | 4 (44,4%) | 5 (55,6%) |
| Нет | 16 (64%) | 2 (13%) | 14 (87%) |
| **Оценка качества здоровья:** |  |  |  |
| Отличное | 1 (4%) | 0 | 1 (100%) |
| Хорошее | 16 (64%) | 2 (13%) | 14 (87%) |
| Среднее | 8 (32%) | 4 (50%) | 4 (50%) |
| Плохое | 0 | 0 | 0 |
| **Чаще посещаемый тип медицинской организации:** |  |  |  |
| Государственная | 11 (44%) | 2 (18,8%) | 9 (81,2%) |
| Частная | 14 (56%) | 4 (28,6%) | 10 (71,4%) |
| **Осведомленность:** |  |  |  |
| Да | 23 (92%) | 5 (21,7%) | 18 (78,3%) |
| Нет | 2 (8%) | 1 (50%) | 1 (50%) |
| **Желание иметь полис ДМС:** |  |  |  |
| Да | 17 (68%) | 6 (35,3%) | 11 (64,7%) |
| Нет | 8 (32%) | 0 | 8 (100%) |
| **Страховая компания:** |  |  |  |
| Росгосстрах | 3 (50%) | |  |
| Гайде | 3 (50%) | |  |
| КРК-Страхование | 0 | |  |
| **Программа ДМС:** | * Один респондент не может дать точное название программы (в СК Росгосстрах), * У двух расширенные программы с широким выбором клиник (в СК Росгосстрах и Гайде) * Два респондента выбрали классическую программу (В СК Росгосстрах и Гайде) * Один респондент - экономную (СК Гайде) | |  |
| **Количество посещений медицинских организаций по ДМС с момента его приобретения:** |  | |  |
| Не обращался | 1 (16,7%) | |  |
| 1- 3 раз | 3 (50%) | |  |
| 3-6 раз | 2 (33,3%) | |  |
| Более 6 раз | 0 | |  |
| **Часто-посещаемые по ДМС медицинские специалисты:** | Чаще всего респонденты обращались к узким специалистам: невропатолог, окулист, уролог, хирург, гинеколог и к терапевту | |  |
| **Клиники, которые посещали в рамках ДМС:** | Мэдис, Энергия здоровья, чаще всего респонденты отвечали, что они посещают разные клиники из доступных по их полису ДМС | |  |
| **Качество клиник по ДМС (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 0 | |  |
| 4 | 5 (83,3%) | |  |
| 3 | 1 (16,7%) | |  |
| 2 | 0 | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Профессионализм медицинских специалистов по ДМС (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 3 (50%) | |  |
| 4 | 3 (50%) | |  |
| 3 | 0 | |  |
| 2 | 0 | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Объем услуг по ДМС (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 0 | |  |
| 4 | 3 (50%) | |  |
| 3 | 2 (33,3%) | |  |
| 2 | 1 (16,7%) | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Оперативный прием врачей по ДМС** **(5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 3 (50%) | |  |
| 4 | 3 (50%) | |  |
| 3 | 0 | |  |
| 2 | 0 | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Индивидуальный подход врачей по ДМС** **(5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 3 (50%) | |  |
| 4 | 3 (50%) | |  |
| 3 | 0 | |  |
| 2 | 0 | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Удовлетворенность программой ДМС:** |  | |  |
| Да, полностью | 1 (16,7%) | |  |
| Да, частично | 2 (33,3%) | |  |
| Нет, из-за неудобного расположения клиник, входящих в программу | 3 (50%) | |  |
| Нет, из-за недостаточной квалификации врачей | 0 | |  |
| Нет, из-за того, что врачи навязывают платные услуги, не входящие в полис | 0 | |  |
| Другое (написать) | 0 | |  |
| **Легко дозвониться в СК (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 1 (16,7%) | |  |
| 4 | 3 (50%) | |  |
| 3 | 2 (33,3%) | |  |
| 2 | 0 | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Оперативность решения спорных вопросов страховой компанией (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 1 (16,7%) | |  |
| 4 | 2 (33,3%) | |  |
| 3 | 2 (33,3%) | |  |
| 2 | 1 (16,7%) | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Назначения врача одобрены СК (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка):** |  | |  |
| 5 | 1 (16,7%) | |  |
| 4 | 4 (66,6%) | |  |
| 3 | 0 | |  |
| 2 | 1 (16,7%) | |  |
| 1 | 0 | |  |
| **Предложения по улучшению ДМС:** | Добавить премиальных клиник в пакет ДМС  Расширить количество клиник, доступных по ДМС | |  |
| **Каких клиник не хватает в перечне ДМС:** | Часто встречающийся ответ: Медцентр; в основном, респонденты затруднялись ответить на этот вопрос и пропускали его | |  |
| **Выбор страховой компании на 2020-2021 года:** | Один респондент отказался от полиса ДМС на 2020-2021 года, остальные 5 респондентов выбрали ту же страховую компанию | |  |
| **Выбор программы ДМС на 2020-2021 года:** | Один респондент отказался от полиса ДМС на 2020-2021 года, остальные 5 респондентов выбрали ту же программу ДМС | |  |
| **Причины отказа от ДМС, если когда-то был полис:** | * Договор ДМС включал узкий перечень стоматологических услуг. * Многие услуги приходится дополнительно оплачивать. * Полис ДМС СПбГУ слишком дорогой. СПбГУ компенсирует лишь его малую незначительную часть. * Узкий круг доступных по ДМС медицинских учреждений. * Увеличилась стоимость полиса ДМС. * Низкая степень полезности полиса: несколько раз не смогла попасть к врачу при необходимости получить довольно срочную консультацию в разумные сроки. * Перечень предоставляемых услуг и медицинских учреждений, их оказывающих, изменился не в лучшую сторону. * Отсутствие необходимости, редкие обращения за медицинской помощью. * Халатность страховой компании. * Не устраивало качество обслуживания. * Крайне узкий диапазон клиник по полису, низкий уровень медицинского обслуживания. | |  |
| **Полис ДМС не принесет мне пользы:** |  | |  |
| Полностью согласен | 10 (41,7%) | 1 (20%) | 9 (47,4%) |
| Частично согласен | 6 (25%) | 0 | 6 (31,6%) |
| Трудно сказать, согласен или нет | 2 (8,3%) | 1 (20%) | 1 (5,3%) |
| Скорее не согласен | 3 (12,5%) | 2 (40%) | 1 (5,3%) |
| Категорически не согласен | 3 (12,5%) | 1 (20%) | 2 (10,4%) |
| **ДМС не уменьшит мои расходы:** |  |  |  |
| Полностью согласен | 8 (33,3%) | 1 (20%) | 7 (36,8%) |
| Частично согласен | 10 (41,7%) | 1 (20%) | 9 (47,4%) |
| Трудно сказать, согласен или нет | 2 (8,3%) | 1 (20%) | 1 (5,3%) |
| Скорее не согласен | 4 (16,7) | 2 (40%) | 2 (10,5%) |
| Категорически не согласен | 0 | 0 | 0 |
| **ДМС имеет высокую цену:** |  |  |  |
| Полностью согласен | 12 (50%) | 2 (40%) | 10 (52,6%) |
| Частично согласен | 5 (20,8%) | 0 | 5 (26,3%) |
| Трудно сказать, согласен или нет | 4 (16,7%) | 3 (60%) | 1 (5,3%) |
| Скорее не согласен | 2 (8,3%) | 0 | 2 (10,5%) |
| Категорически не согласен | 1 (4,2%) | 0 | 1 (5,3) |
| **Оформление полиса ДМС занимает много времени:** |  |  |  |
| Полностью согласен | 2 (8,3%) | 0 | 2 (10,5%) |
| Частично согласен | 2 (8,3%) | 0 | 2 (10,5%) |
| Трудно сказать, согласен или нет | 8 (33,4%) | 3 (60%) | 5 (26,3%) |
| Скорее не согласен | 5 (20,8%) | 0 | 5 (26,4%) |
| Категорически не согласен | 7 (29,2%) | 2 (40%) | 5 (26,3%) |
| **Оформил бы ДМС по совету коллеги:** |  |  |  |
| Полностью согласен | 2 (8,4%) | 0 | 2 (10,5%) |
| Частично согласен | 5 (20,8%) | 2 (40%) | 3 (15,8%) |
| Трудно сказать, согласен или нет | 5 (20,8%) | 3 (60%) | 2 (10,5%) |
| Скорее не согласен | 7 (29,2%) | 0 | 7 (36,8%) |
| Категорически не согласен | 5 (20,8%) | 0 | 5 (26,4%) |
| **Что добавить в социальный пакет сотрудника СПбГУ:** | * Оплата большей части стоимости полиса ДМС организацией * ДМС в приличные частные клиники * Более качественный полис ДМС * Стоматологию в полис ДМС * Корпоративный детский сад * Бесплатный фитнес * Более широкий круг обследований по ДМС * Наличие собственной поликлиники, как это было ранее, в которой были представлены терапевты, знающие своих пациентов, и наиболее востребованные специалисты (ЛОР, окулист, гастроэнтеролог), возможность приоритетного обслуживания в клинике СПбГУ * Возможность госпитализации по ДМС * Курсы иностранного языка * Скидки на питание * Льготные путевки * Путевки на море | | |

На основе полученных данных, для выявления значимых факторов спрос на корпоративное ДМС, связанных с социально-экономическим статусом респондента была построена модель логистической регрессии.

1. Переменные для модели

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Переменные** | **Расшифровка** | **Обозначения** |
| **Зависимая переменная:** |  |  |
| Presence | Наличие корпоративного полиса ДМС у сотрудника СПбГУ | 0 – нет полиса ДМС  1 – есть полис ДМС |
| **Независимые переменные:** |  |  |
| Gender | Пол | 0 – женский  1 – мужской |
| Age | Возраст | Годы |
| Maritals | Семейное положение | 0 – не состою в браке  1 – состою в браке |
| Education | Образование | 0 – среднее  1 – высшее  2 – ученая степень |
| Income | Доход на одного члена семьи | 0 – менее 12 000 руб.  1 – от 12 000 до 30 000 руб.  2 – от 30 000 до 50 000 руб.  3 – более 50 000 руб. |
| Bhabit | Наличие вредных привычек | 0 – нет вредных привычек  1 – есть вредные привычки |
| Disease | Наличие хронических заболеваний | 0 – нет хронических заболеваний  1 – есть хронические заболевания |
| Health | Субъективная оценка качества здоровья | 0 – плохое  1 – среднее  2 – хорошее  3 – отличное |
| Hospital | Предпочитаемый тип медицинской организации | 0 – государственная  1 – частная |
| Information | Информирован о том, что СПбГУ предоставляет полисы ДМС сотрудникам | 0 – нет  1 – да |

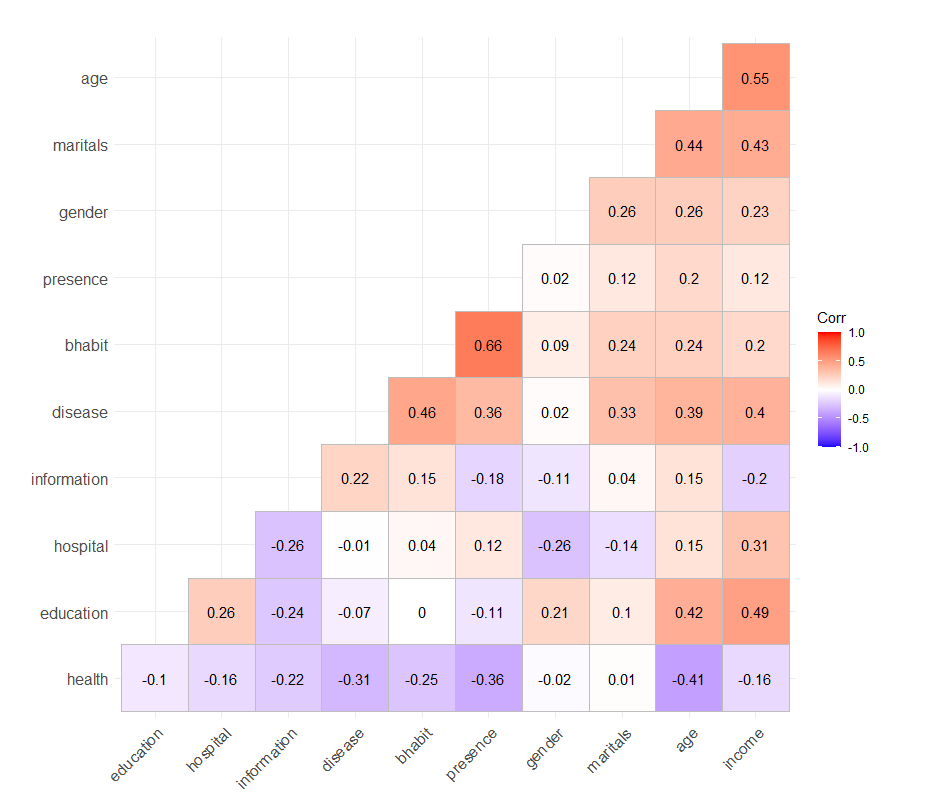
Уравнение регрессии:

Presence ~ β0 + β1 \* gender + β2 \* age + β3 \* maritals + β4 \* education + β5 \* income +β6 \* bhabit + β7 \* disease + β8 \* health + β9 \* hospital + β10 \* information + u

При построении логистической регрессии в программе R-Studio, выяснилось, что в модели присутствует переменная, которая идеально разделяет нули и единицы в целевой переменной, как результат, появляются завыщенные оценки коэффициентов:

|  |
| --- |
| Call:  glm(formula = presence ~ ., family = binomial(link = "logit"),  data = tp, x = TRUE)  Deviance Residuals:  Min 1Q Median 3Q Max  -1.049e-05 -6.357e-06 -2.110e-08 -2.110e-08 1.231e-05  Coefficients:  Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)  (Intercept) 345.302 636556.043 0.001 1.000  gender -16.610 114849.483 0.000 1.000  age 1.392 6062.162 0.000 1.000  maritals -47.345 148142.786 0.000 1.000  education -83.501 161406.368 -0.001 1.000  income 3.053 140589.194 0.000 1.000  bhabit 123.408 160126.948 0.001 0.999  disease 11.570 226525.536 0.000 1.000  health -77.497 226946.453 0.000 1.000  hospital -56.180 255737.895 0.000 1.000  information -173.470 220912.112 -0.001 0.999  (Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)  Null deviance: 2.7554e+01 on 24 degrees of freedom  Residual deviance: 9.6406e-10 on 14 degrees of freedom  AIC: 22  Number of Fisher Scoring iterations: 25 |

Для того, чтобы решить эту проблему необходимо было выявить независимую переменную, с которой сильно коррелирует зависимая переменная. Для этого я построила карту нагрева, для визуализации корреляционной матрицы:



1. Карта нагрева (1)

В результате корреляционного анализа данных выяснилось, что такое влияние оказывает наличие вредных привычек (bhabit). Эту переменную мы убираем из нашей модели.

|  |
| --- |
| Call:  glm(formula = presence ~ . - bhabit, family = binomial(link = "logit"),  data = tp, x = TRUE)  Deviance Residuals:  Min 1Q Median 3Q Max  -1.27060 -0.38422 -0.22783 -0.06789 2.13454  Coefficients:  Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)  (Intercept) 9.16254 7.82294 1.171 0.2415  gender -0.45596 2.18610 -0.209 0.8348  age 0.05750 0.08735 0.658 0.5104  maritals -0.02125 1.86444 -0.011 0.9909  education -2.09743 1.93499 -1.084 0.2784  income -1.01797 2.13145 -0.478 0.6329  disease 2.81258 2.58405 1.088 0.2764  health -2.09557 1.92791 -1.087 0.2771  hospital 0.21613 1.94558 0.111 0.9115  information -6.08024 3.65639 -1.663 0.0963 .  ---  Signif. codes: 0 ‘\*\*\*’ 0.001 ‘\*\*’ 0.01 ‘\*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1  (Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)  Null deviance: 27.554 on 24 degrees of freedom  Residual deviance: 16.866 on 15 degrees of freedom  AIC: 36.866  Number of Fisher Scoring iterations: 6 |

В силу малой выборки по причине того, что в результате двух рассылок опроса, ответы предоставили только 25 человек и отсутствия возможности встретиться с работниками СПбГУ лично в условиях короновирусной инфекции, невозможно провести статистический анализ. Однако можно получить полезные данные, проанализировав логику полученных коэффициентов.

Так, согласно проведенному анализу, выяснилось, что мужчины менее склонны приобретать корпоративную медицинскую страховку.

Кроме того, возраст оказывает влияние на покупку корпоративной страховки ДМС. Чем он выше, тем больше вероятность оформления ДМС.

Интересен тот факт, что люди состоящие в браке менее склонны к приобретению полисов ДМС. Вероятно это связано с тем, что они чувствуют себя безопаснее. В том случае, если они столкнутся с проблемами со здоровьем, есть тот, на кого можно положиться.

Согласно полученному результату, люди с высоким уровнем образования менее склонны к приобретению полиса ДМС. Данный факт связан с тем, что они менее убеждаемы.

Также, с ростом дохода вероятность приобретения корпоративного полиса ДМС сокращается. Это может быть связано с разными факторами. Во-первых, люди с более высоким доходом чувствуют себя надежнее, в случае необходимости лечения, они могут просто оплатить его за счет своих денежных средств. Кроме того, как правило, люди с более высоким доходом имеют более высокий уровень жизни. Они могут позволить себе покупать более качественную еду, дорогостоящий абонемент в спортзал, оплачивать профилактические меры, предупреждающие возникновение проблем со здоровьем. Как следствие, они редко болеют и не ощущают потребности в медицинской страховке.

Наличие хронических заболеваний оказывает положительный эффект на приобретение полиса ДМС. Данный факт связан с тем, что люди осознают необходимость частого обращения за медицинскими и услугами и стремятся застраховать себя от возникающих с большой вероятностью трат на лечение. По той же причине, чем хуже сотрудники оцеенивают здоровье, тем они более склонны к покупке корпоративной медицинской страховки.

Предпочтения людей в отношении типа медицинской организации также оказвают влияние на покупку ДМС. Сотрудники, предпочитающие лечение в частных клиниках более склонны к оформлению корпоративной медицинской страховки.

Знание о предоставлении корпоративного ДМС в организации является значимым фактором даже на такой малой выборке. Он демонстрирует очень важный момент: сотрудники знают, что СПбГУ предоставляет полисы ДМС, но откзываются его оформлять. Можно сделать вывод, что условия оформления полиса их полностью не устраивают и стоит их пересмотреть для того, чтобы спрос на данную услугу возрос.

**Анализ организаций Санкт-Петербурга**

Важным этапом моей исследовательской работы является анализ компаний Санкт-Петербурга. Цель анализа: выявить факторы спроса на добровольное медицинское страхование со стороны компаний и тенденции в развитии корпоративного ДМС.

Задачи анализа:

* 1. Определить факторы, влияющие на принятие решения в компании о предоставлении сотрудникам полисов ДМС
  2. Собрать и обработать информацию о политике компаний в отношении ДМС в существующих реалиях
  3. Выявить отношение работников к предоставляемым работодателями добровольным медицинским страховкам, определить основные жалобы

На основе изученной информации в процессе анализа международного опыта применения страховой медицины, существующих исследований в области добровольного медицинского страхования и позиции страховщиков в системе ДМС были определены основные факторы, влияющие на принятие решения в компании о предоставлении сотрудникам ДМС. Такими факторами являются:

* Отрасль
* Размер организации
* Конкуренция на рынке труда
* Квалификация сотрудника
* Территориальное расположение
* Происхождение компании

Был разработан и проведен опрос (Приложение 2) для руководителей компаний Санкт-Петербурга. Методика опроса – структурная анкета.

В результате было опрошено 25 респондентов. Среди них 76% отметили, что основное количество сотрудников работает на территории Санкт-Петербурга и Ленинградской области, в остальных случаях (24%) большее число работников находится на территории Москвы и Московской области. Среди опрошенных компаний есть представители микро (16%), малого (20%), среднего (20%) и крупного (44%) предпринимательства из различных секторов, включая: финансы (8%), производство (32%), информационные технологии (24%), сфера услуг(16%), бюджетная сфера (4%), продажи (12%) и реклама (4%). Среди опрошенных 32% - международные и 68% - российские компании.

Следует отметить, что 56% компаний предоставляют полисы ДМС всем сотрудникам. Среди них 57,1% это крупные предприятия и 28,6% средний бизнес. Только 20% организаций предоставляют добровольную медицинскую страховку выборочно – сотрудникам, которые занимают определенную позицию в компании, среди них 80% – это крупные и средние предприятия. 24% опрошенных организаций не предоставляют полис ДМС своим сотрудникам, среди них 83,4% это микро и малые предприятия. Из всего вышесказанного важно отметить, что большинство организаций Санкт-Петербурга включают в социальный пакет своих сотрудников (всех или же выборочно) оплачиваемую медицинскую страховку (86%), среди них большинство компаний – это представители крупного и среднего бизнеса. Данный факт может быть связан с тем, что крупные организации могут влиять на страховые компании и получать медицинскую страховку для своих работников на более выгодных условиях. Микро и малые предприятия не в состоянии оплачивать дорогостоящие страховки для своих сотрудников.

Также важно отметить, что большинство компаний, предоставляющих полисы ДМС своим сотрудникам – производственные (28,6% среди тех, кто предоставляют ДМС всем своим сотрудникам и 40%, среди тех, кто делает это выборочно). Второе место делят компании, задействованные в сфере IT и услуг.

Интересен тот факт, что все опрошенные международные компании предоставляют полис ДМС своим сотрудникам: 75% – всем сотрудникам и оставшиеся 25% - сотрудникам, занимающим в компании определенную позицию. Среди российских компаний только 47,1% предоставляют полис ДМС всем сотрудникам, 17,6% - сотрудникам определенного ранга и целых 35,5% не предоставляют полисы ДМС своим сотрудникам. Данный факт, может свидетельствовать о том, что международные компании более склонны к включению в социальный пакет своих сотрудников медицинской страховки.

Около 41 % опрошенных компаний, предоставляющих полисы ДМС сотрудникам, отметили, что расходы на ДМС увеличились в 2020 году. Это связано с ростом цен на медицинские услуги и, как следствие, удорожанием планов ДМС. 11,8% опрошенных отметили сокращение расходов на ДМС, что скорее всего свидетельствует о сокращении объема услуг, покрываемых ДМС, сокращением количества доступных по ДМС клиник, введением механизмов софинансирования расходов на ДМС и т.д. Остальные указали, что расходы организации на полисы ДМС для своих сотрудников не изменились. Вероятно, организации смогли договориться со своей страховой компанией о сохранении прошлогоднего пакета ДМС для своих сотрудников, либо же также произошло сужение программ страхования по ДМС.

Согласно данным опроса, чаще всего в программы ДМС для всех сотрудников компании включены следующие услуги: обращение в поликлинику, вызов врача на дом, стоматология и экстренная госпитализация. В тех случаях, когда программа ДМС предоставляется только сотрудникам, занимающим определенную должность, в нее включены такие услуги, как: стоматология, включено страхование родственников, и страхование от критических заболеваний. Таким образом, как правило, пакет услуг для сотрудников определенного ранга шире, чем в том случае, если медицинское страхование включено в социальный пакет всех сотрудников компании.

На данный момент 63,2% компаний не чувствует необходимости в уменьшении затрат на ДМС. Однако, важно отметить, что 80% тех, кто предоставляет медицинское страхование, сотрудникам, занимающим определенную должность, задумываются о сокращении затрат на ДМС.

В качестве вариантов уменьшения затрат на ДМС, которые компании готовы внедрять или внедрили за последний год, чаще всего рассматриваются: отмена страхования родственников за счет сотрудников (23,6%), введение оплаты части дополнительных услуг за счет сотрудников (23,6%), ограничение количества клиник (17,6%) и отказ от дорогостоящих клиник (11,8%).

При выборе страховой компании наиболее важным критерием является ее финансовая надежность (36%) и в 36% случаев репутация.

В качестве других важных факторов выбора страховой компании были отмечены:

* Страховая компания предлагает пакеты ДМС с широким спектром медицинских услуг по наиболее приемлемой цене
* Выгодная стоимость страхования
* Простота и скорость обслуживания
* Качество, эффективность и оперативность предоставляемых услуг
* Хорошее сопровождение
* Надежность
* Решение вопросов онлайн
* Качество клиник по программам
* Качество медицинского обслуживания по программам ДМС
* Обеспечение широкого спектра направлений медицинских услуг
* Известность бренда

В опрошенных мною организациях чаще всего страховую компанию выбирают сотрудники компании (57,1%): топ менеджеры, HR-специалисты и т.д. К услугам стороннего консультанта, страхового брокера или агента прибегают 42,1% компаний.

В целом, по мнению руководителей компаний оценка их сотрудниками качества обслуживания по предоставляемому полису ДМС положительная: от среднего качества обслуживания (36,8%) к хорошему (57,9%) и отлично оцененному (5,3%).

В качестве жалоб сотрудников руководителями была собрана и предоставлена следующая информация:

* Длительность процедуры оформлений гарантийного письма
* Не включены необходимые услуги в полис ДМС
* Небольшой выбор клиник для лечения
* Не все услуги, прописанные в договоре, по итогу оплачиваются страховой компанией
* Много времени занимает решение спорных вопросов
* В платной клинике качество обслуживания по самостоятельно оплаченным услугам выше, чем при лечении по полису ДМС
* В клинике навязывают дополнительные платные услуги
* Сложно дозвониться в страховую компанию
* Спорные вопросы решаются как правило не в сторону владельца ДМС

Результаты опроса обработаны и представлены в таблице:

1. Результаты опроса руководителей организаций Санкт-Петербурга

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Все опрошенные организации (25 организаций)** | **Организации, предоставляющие полисы ДМС всем сотрудникам – 14 организаций (56%)** | **Организации, предоставляющие полисы ДМС только тем, кто занимает определенную должность – 5 организаций (20%)** | **Организации, не предоставляющие полисы ДМС сотрудникам – 6 организаций (24%)** |
| **Количество сотрудников (чел.):** |  |  |  |  |
| До 25 | 4 (16%) | 2 (14,3%) | 1 (20%) | 1 (16,7%) |
| От 25 до 100 | 5 (20%) | 0 | 1 (20%) | 4 (66,6%) |
| От 100 до 500 | 5 (20%) | 4 (28,6%) | 1 (20%) | 0 |
| Более 500 | 11 (44%) | 8 (57,1%) | 2 (40%) | 1 (16,7%) |
| **Основное количество сотрудников находится в:** |  |  |  |  |
| СПб и обл. | 19 (76%) | 10 (52,6%) | 3 (15,8%) | 6 (31,6%) |
| МСК и обл. | 6 (24%) | 4 (66,7%) | 2 (33,3%) | 0 |
| Другое | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **Сфера деятельности компании:** |  |  |  |  |
| Финансы | 2 (8%) | 2 (14,3%) | 0 | 0 |
| Производство | 8 (32%) | 4 (28,6%) | 2 (40%) | 2 (33,3%) |
| Информационные технологии | 6 (24%) | 3 (21,4%) | 1 (20%) | 2 (33,3%) |
| Медицина и фармацевтика | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Сфера услуг | 4 (16%) | 3 (21,4%) | 1 (20%) | 0 |
| Бюджетная сфера | 1 (4%) | 0 | 0 | 1 (16,7%) |
| Розничные продажи | 3 (12%) | 2 (14,3%) | 0 | 1 (16,7%) |
| Реклама | 1 (4%) | 0 | 1 (20%) | 0 |
| **Компания:** |  |  |  |  |
| Международная | 8 (32%) | 6 (75%) | 2 (25%) | 0 |
| Российская | 17 (68%) | 8 (47,1%) | 3 (17,6%) | 6 (35,3%) |
| **Изменение величины расходов компании на ДМС в 2020 году:** |  |  |  |  |
| Расходы увеличились | 7 (41,2%) | 7 (50%) | 0 |  |
| Расходы уменьшились | 2 (11,8%) | 4 (28,6%) | 0 |  |
| Нет | 8 (47,1%) | 3 (21,4%) | 5 (100%) |  |
| **В состав программы ДМС входит:** |  |  |  |  |
| Поликлиника | 14 (18,9%) | 12 (21,1%) | 2 (11,8%) |  |
| Вызов врача на дом | 10 (13,5%) | 8 (14%) | 2 (11,8%) |  |
| Стоматология | 14 (18,9%) | 9 (15,8%) | 5 (29,4%) |  |
| Экстренная госпитализация | 12 (16,2%) | 9 (15,8%) | 3 (17,6%) |  |
| Плановая госпитализация | 7 (9,5%) | 7 (12,3%) | 0 |  |
| Страхование родственников за счет работодателя | 4 (5,4%) | 2 (3,5%) | 2 (11,8%) |  |
| Оплата покупки медикаментов | 2 (2,7%) | 2 (3,5%) | 0 |  |
| Страхование от критических заболеваний | 9 (12,2%) | 6 (10,5%) | 3 (17,6%) |  |
| Оплата санаторно-курортного лечения | 2 (2,7%) | 2 (3,5%) | 0 |  |
| **Необходимость в уменьшении затрат компании на ДМС:** |  |  |  |  |
| Да | 7 (36,8%) | 3 (21,4%) | 4 (80%) |  |
| Нет | 12 (63,2%) | 11 (76,6%) | 1 (20%) |  |
| **Рассматриваемые варианты уменьшения затрат компании на ДМС:** |  |  |  |  |
| Отказ от дорогостоящих клиник | 6 (11,8%) | 2 (6,5%) | 4 (21,1%) |  |
| Ограничение количества клиник | 9 (17,6%) | 7 (22,5%) | 2 (10,5%) |  |
| Варианты софинансирования | 4 (7,8%) | 3 (9,7%) | 1 (5,3%) |  |
| Отказ от госпитализации | 4 (7,8%) | 2 (6,5%) | 2 (10,5%) |  |
| Отказ от стоматологии | 4 (7,8%) | 2 (6,5%) | 2 (10,5%) |  |
| Оплата части дополнительных услуг за счет сотрудников | 12 (23,6%) | 7 (22,5%) | 5 (26,3%) |  |
| Страхование родственников за счет сотрудников | 12 (23,6%) | 8 (25,8%) | 3 (15,8%) |  |
| **Критерии выбора страховой компании:** |  |  |  |  |
| Финансовая надежность | 9 (36%) | 4 (28,6%) | 2 (40%) | 3 (50%) |
| Известность бренда | 3 (12%) | 2 (14,3%) | 1 (20%) | 0 |
| Репутация | 9 (36%) | 6 (42,9%) | 2 (40%) | 1 (16,7%) |
| Предыдущий опыт | 3 (12%) | 1 (7,1%) | 0 | 2 (33,3%) |
| Стоимость полиса | 1 (4%) | 1 (7,1%) | 0 | 0 |
| **Другие важные для организаций критерии выбора страховой компании:** | * Страховая компания предлагает пакеты ДМС с широким спектром медицинских услуг по наиболее приемлемой цене * Выгодная стоимость страхования * Простота и скорость обслуживания * Качество, эффективность и оперативность предоставляемых услуг * Хорошее сопровождение * Надежность * Решение вопросов онлайн * Качество клиник по программам * Качество медицинского обслуживания по программам ДМС * Обеспечение широкого спектра направлений медицинских услуг * Известность бренда | | | |
|  |
| **Выбор страховой компании осуществляется:** |  | | | |
| Сотрудниками компании | 11 (57,9%) | 8 (57,1%) | 3 (60%) |  |
| С привлечением консультанта, страхового брокера или агента | 8 (42,1%) | 6 (42,9%) | 2 (40%) |  |
| **Оценка сотрудниками компании качества обслуживания по ДМС:** |  |  |  |  |
| Отлично | 1 (5,3%) | 1 (7,1%) | 0 |  |
| Хорошо | 11 (57,9%) | 9 (64,3%) | 2 (40%) |  |
| Средне | 7 (36,8%) | 4 (28,6%) | 3 (60%) |  |
| Ниже среднего | 0 | 0 | 0 |  |
| Плохо | 0 | 0 | 0 |  |
| **Жалобы сотрудников на качество обслуживания по ДМС:** | * Длительность процедуры оформлений гарантийного письма * Не включены необходимые услуги в полис ДМС * Небольшой выбор клиник для лечения * Не все услуги, прописанные в договоре, по итогу оплачиваются страховой компанией * Много времени занимает решение спорных вопросов * В платной клинике качество обслуживания по самостоятельно оплаченным услугам выше, чем при лечении по полису ДМС * В клинике навязывают дополнительные платные услуги * Сложно дозвониться в страховую компанию * Спорные вопросы решаются как правило не в сторону владельца ДМС | | | |
|  |

На основе полученных данных, для выявления значимых факторов спроса на корпоративное ДМС со стороны компаний была построена модель логистической регрессии.

1. Переменные для модели

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Переменные** | **Расшифровка** | **Обозначения** |
| **Зависимая переменная:** |  |  |
| Dms | Компания предоставляет полис ДМС всем сотрудникам или сотрудникам, занимающим определенную должность | 0 – не предоставляет полис ДМС  1 – предоставляет полис ДМС |
| **Независимые переменные:** |  |  |
| Workers | Количество работников в организации: | 0 – менее 25 человек  1 – от25 до 100 человек  2 – от 100 до 500 человек  3 – более 500 человек |
| Place | Основное количество работников находятся: | 0 – Москва и МО  1 – Санкт-Петербург и ЛО |
| Country | Компания является: | 0 – международная  1 – российская |

Уравнение регрессии:

dms ~ β0 + β1 \* workers + β2 \* place + β3 \* country + u

|  |
| --- |
| Call:  glm(formula = dms ~ Workers + Place + Country, family = binomial(link = "logit"),  data = tp, x = TRUE)  Deviance Residuals:  Min 1Q Median 3Q Max  -1.71382 0.00000 0.00006 0.72345 1.50300  Coefficients:  Estimate Std. Error z value Pr(>|z|)  (Intercept) 37.1574 8308.7379 0.004 0.996  Workers 0.6487 0.5107 1.270 0.204  Place -18.8339 6206.7063 -0.003 0.998  Country -19.0627 5523.7598 -0.003 0.997  (Dispersion parameter for binomial family taken to be 1)  Null deviance: 27.554 on 24 degrees of freedom  Residual deviance: 17.331 on 21 degrees of freedom  AIC: 25.331  Number of Fisher Scoring iterations: 19 |

В силу малой выборки по причине того, что в результате рассылки опроса, ответы предоставили только 25 человек и отсутствия возможности встретиться с руководителями компаний лично в условиях короновирусной инфекции, невозможно провести статистический анализ. Однако можно получить полезные данные, проанализировав логику полученных коэффициентов.

Количество сотрудников оказывает положительный эффект на предоставление компанией полисов ДМС. Данный факт свидетельствует о том, что корпоративный ДМС в Санкт-Петербурге в большей мере распространен среди крупных и средних предприятий. Как уже упоминалось ранее, это может быть связано с тем, что микро и малые организации не в силах оплачивать дорогостоящие полисы ДМС для своих сотрудников. Необходимо разработать адаптированные под них программы ДМС, для того, чтобы повысить спрос на медицинскую страховку среди этой части рынка.

Кроме того, согласно полученному результату компании, у которых основное количество сотрудников находится в Москве и Московской области чаще предоставляют страховки своим работникам. Это может быть связано с большим экономическим благополучием региона и более высокой конкуренцией на рынке труда , чем в Санкт-Петербурге.

Также принадлежность компании оказывает влияние на то предоставляет ли компания полисы ДМС своим сотрудникам. Так, международные компании более склонны к реализации практики включения корпоративной страховки в социальный пакет своих сотрудников. Во-первых, это может быть связано с тем, что во многих странах медицинское страхование работников – это широко распространенная практика. Во-вторых, как правило, международные компании имеют большие доходы и способны в качестве конкурентного преимущества на рынке труда предлагать медицинскую страховку, привлекая высококвалифицированных специалистов.

# Глава 4. Рекомендации по развитию корпоративного добровольного медицинского страхования

В процессе изучения и анализа рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге с помощью различных методик, были выявлены основные факторы и барьеры его развития. На основе полученных данных и анализа международного опыта разработаны рекомендации для основных стейкхолдеров, которые позволят комплексно решить существующие проблемы ДМС и оказать существенное влияние на его развитие.

## 4.1 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для органов власти на федеральном и региональном уровне

1. На федеральном уровне разработать закон о ДМС в Российской Федерации

Отсутствие закона о ДМС является серьезной проблемой для участников страхового дела. В основном, страховщики опираются на закон, регулирующий аналог ДМС обязательное медицинское страхование (ОМС). Однако, не все, что применимо к ОМС можно в чистой форме применить для ДМС. В качестве базы для разработки закона можно рассмотреть аналоги в США и Франции, там рынок ДМС хорошо регулируется, быстро развивается и играет важную социальную роль.

1. На региональном уровне предлагается включение представителей СМО ДМС в процессы разработки нормативно-правовых актов, в частности программ по развитию здравоохранения Санкт-Петербурга.

Участие ассоциации страховщиков в разработке и реализации региональных нормативно-правовых актов в сфере здравоохранения и программ по совершенствованию систем здравоохранения приведет к развитию рынка ДМС. Данная практика успешно реализуется по многих странах.

## 4.2 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для страховщиков

Страховщики играют важную роль в функционировании рынка корпоративного ДМС, определяя вектор его развития. Для них разработан целый пул конкретных рекомендаций, способствующих сокращению издержек страховых компаний, за счет этого снижения стоимости ДМС, повышению качества сервиса, адаптации программ для разных целевых аудиторий с целью захвата большей доли рынка.

Основываясь на проблемах, с которыми сталкиваются клиенты страховых компаний, международный опыт, выявленные факторы развития рынка и мнения специалистов в этом вопросе были предложены следующие рекомендации:

* **Развитие телемедицины.**

В процессе анализа было выявлено, что одна из основных жалоб сотрудников получающих или имеющих возможность оформить полис ДМС от работодателя – это проблема с объемом, качеством и территориальным расположением клиник, доступных по полису ДМС. Кроме того, зачастую застрахованные лица сталкиваются с проблемой оперативной записи на прием к специалисту и низким уровнем сервиса. Согласно полученным данным, зачастую это является причиной отказа от оформления страховки. Данная проблема может быть решена с помощью использования технологий телемедицины. Этот механизм позволит пользователям записываться на прием онлайн, оформлять полисы ДМС онлайн и решать спорные вопросы через приложение или онлайн-чат, что упростит взаимодействие застрахованного с медицинской организацией через страховую компанию, позволит оперативно решать возникающие вопросы и, как следствие, повысит лояльность клиентов. Кроме того, такая система предоставляет возможность перехода на электронные полисы ДМС и сокращение бумажной волокиты в страховой компании. Для большего удобства клиента в мобильное приложение можно включить такие функции, как найти врача в ближайшем районе, получить онлайн-консультацию, оформить другой страховой продукт. Возможность получения медицинских консультаций из дома, сократит количество жалоб на неудобное расположение клиник и в целом упростит процесс взаимодействия клиента с медицинской организацией.

* **Персонализация программ ДМС с помощью технологий глубокого анализа клиентов.**

В процессе анализа было выявлено, что одна из основных жалоб сотрудников получающих или имеющих возможность оформить полис ДМС от работодателя – это проблема с объемом медицинских услуг, качеством и территориальным расположением клиник, доступных по полису ДМС. Данная проблема порождает эффект неэффективности полиса для застрахованного лица. Как следствие, сотрудники либо его не используют, либо отказываются от его оформления. Использование технологий глубокого анализа клиента – получение данных из мобильных приложений, голосовых помощников, поисковых систем, мессенджеров и проведение поведенческой, финансовой и ценностной аналитики позволит страховщикам разрабатывать продукты, максимально удовлетворяющие требованиям клиентов. С помощью данной технологии, на основе аналитических данных появится возможность автоматически разрабатывать индивидуальные маршруты клиента по медицинским организациям и специалистам, даже в условиях заключения коллективных договоров с крупными компаниями. Персонализация перечня медицинских услуг даст возможность создавать высоко востребованные продукты, точно подходящие конкретному клиенту. При этом важное значение для страховых компаний будет иметь ранний прогноз диагноза у застрахованных, который гарантирует максимальную эффективность страховки.

* **Введение микроплатежей.**

Также согласно полученным результатам анализа, многие сотрудники оценивают стоимость полиса ДМС слишком высокой. По этой причине они отказываются от его приобретения. Данную проблему можно частично решить, разбив страховую премию на несколько микроплатежей. Так доступность полиса повысится и спрос на него возрастет.

* **Активное использование носимых технологий таких как фитнес-браслетов, умных часов и смартфонов, которые контролируют физическую активность пользователя.**

В условиях распространения среди организаций сокращения бюджета на ДМС за счет введения моделей софинансирования корпоративной страховки сотрудниками, повышается риск неблагоприятного отбора за счет того, что полис оформляют только те работники, чей риск заболеть выше. Использование предложенной технологии позволит страховщикам с одной стороны, проанализировать свои риски, а с другой, мотивировать клиентов лучше следить за своим здоровьем. Для получения доступа к этим данным можно предоставлять корпоративные скидки организациям на коллективное страхование, а они в свою очередь должны будут мотивировать сотрудников предоставлять необходимую информацию. Такая практика успешно реализуется в США.

* **Применение блокчейна, искусственного и машинного интеллекта для учета и обработки данных, оценки страховых случаев, работы с претензиями и выявления мошенничества.**

Использование данных технологий позволит страховщикам автоматизировать и оптимизировать большинство процессов в компании. При этом, в страховании даже небольшой сдвиг к автоматизации ведет к существенной экономии времени и средств, а за счет этого можно сокращать страховую премию, которая в процессе анализа большинством респондентов была оценена как слишком высокая. Кроме того, это позволит сократить вероятность ошибки, потери информации и увеличит скорость решения возникающих у клиента, вопросов. Согласно данным, полученным в результате проведенного анализа, для корпоративных клиентов очень важны репутация страховой компании и прошлый опыт взаимодействия с ней, соответственно данное решение позволит повысить лояльность к страховщику.

* **Разработка и использование чат-ботов, голосовых помощников.**

Согласно результатам анализа, данное решение необходимо для страховых компаний, так как многие клиенты оказались недовольны оперативностью решения проблем, у многих возникали трудности с возможностью дозвониться в страховую компанию, многие долго получают ответы на свои вопросы. Предложенное решение позволит улучшить процесс взаимодействия с клиентами и обеспечить им постоянную информационную поддержку.

* **Использование блокчейна для объединения информации и обмена точными данными между страховщиками, врачами, лечебными учреждениями, налоговой и прочими регуляторами.**

На данный момент, в процессе получения услуг по полису ДМС застрахованные сталкиваются с множеством проблем, включая такие, как отказ медицинской организации оказывать услуги по ДМС, хотя они прописаны в договоре, отказ страховой организации оплачивать полученные застрахованным медицинские услуги и т.д. Как правило решение этих вопросов требует от застрахованного много временных и моральных сил, в таких условиях клиенту проще оплатить услугу самостоятельно, и в последствии, отказаться от страховки по ДМС. Объединение и обмен информации между участниками страхового дела позволит значительно повысить скорость решения этих вопросов и сократит риск ошибки. Сокращение риска ошибок, ускорение процесса оформления необходимых документов, удобство для клиента и экономия на издержках позволят компаниям повысит спрос на свои продукты.

* **Роботизация труда.**

В процессе анализа позиции страховщиков, было выявлено, что многие страховые компании не справляются с потоком новых клиентов, особенно когда коллективную страховку оформляют крупные организации. Обработка такого большого документооборота требует много времени, сил и финансов. Страховщики сталкиваются с выбором: расширить штат сотрудников или же провести автоматизацию и оптимизацию и роботизировать определенные процессы. На мой взгляд, роботизация труда необходима, она позволит компаниям сэкономить издержки, увеличить скорость работы и минимизировать риск ошибок.

* **Разработка программ, сочетающих в себе ОМС и ДМС.**

Анализ международного опыта, показывает, что такие программы активно используются во многих странах и являются одним из важных направлений развития сферы ДМС. Так, сочетание программ ДМС и ОМС позволит страховщикам сократить стоимость своей страховки за счет оптимизации программы и включения в нее только тех услуг, которые клиент не готов получать по ОМС. Данное решение позволит повысить спрос на ДМС от корпоративных клиентов за счет повышения доступности медицинской страховки.

* **Разработка программ лекарственного страхования.**

В процессе анализа международного опыта, различных международных исследований и позиции страховщиков было выявлено, что одним из факторов роста рынка ДМС является количество медицинских услуг, не включенных в полис ОМС. На данный момент ОМС в России не покрывает расходы на лекарственные препараты. Разработка программ ДМС, охватывающих это направление, позволит значительно повысить спрос на страховые продукты, так как стоимость лекарственных препаратов достаточно высокая, а необходимость их приобретения с различной периодичностью возникает у каждого человека. Кроме того, данная практика успешно реализуется во многих странах.

* **Разработка адаптивных программ для людей пожилого возраста.**

Согласно проведенному исследованию, с возрастом респонденты более склонны к приобретению корпоративной страховки ДМС. Данную тенденцию следует использовать и разрабатывать различные страховые продукты для людей пожилого возраста. Ожидается, что спрос на них будет очень высокий. Также следует проводить различные маркетинговые мероприятия, направленные на привлечение данного сегмента клиентов в страховые компании.

* **Разработка адаптивных программ для женщин.**

Согласно проведенному анализу женщины более склонны к приобретению страхового полиса. Данную тенденцию следует также использовать и разрабатывать различные страховые продукты удовлетворяющие потребности женщин в медицинском страховании. Ожидается, что спрос на них будет очень высокий. Также следует проводить различные маркетинговые мероприятия, направленные на привлечение данного сегмента клиентов в страховые компании.

* **Активное привлечение международных компаний к оформлению корпоративного ДМС.**

Еще одним направлением развития корпоративного рынка ДМС Санкт-Петербурга является разработка программ и активное привлечение через различные маркетинговые мероприятия международные организации в страховые компании для оформления коллективной страховки по ДМС. Согласно проведенному анализу, международные компании более склонны к предоставлению полисов ДМС своим сотрудникам. Во-первых, это может быть связано с тем, что во многих странах медицинское страхование работников – это широко распространенная практика. Во-вторых, как правило, международные компании имеют большие доходы и способны в качестве конкурентного преимущества на рынке труда предлагать медицинскую страховку, привлекая высококвалифицированных специалистов.

* **Разработка программ для малого бизнеса.**

В процессе проведенных исследований было выявлено, что в основном ДМС для своих работников приобретают крупные компании. Данный факт связан с тем, что крупные организации могут влиять на страховые компании и получать медицинскую страховку для своих работников на более выгодных условиях. Малые предприятия не в состоянии оплачивать дорогостоящие страховки для своих сотрудников. Необходимо разработать адаптивные программы на выгодных условиях, чтобы привлечь данный сегмент потребителей в страховые компании.

## 4.3 Рекомендации по развитию добровольного медицинского страхования для работодателей

Компании, оформляющие полисы ДМС для своих сотрудников, играют важную роль в развитии рынка ДМС. Для них разработан набор конкретных рекомендаций, способствующих повышению эффективности затрат на медицинскую страховку, и как следствие повышение мотивации сотрудников и их производительности труда за счет доступа к качественной медицине.

Основываясь на проблемах, с которыми сталкиваются корпоративные клиенты страховых компаний, сотрудники организаций, международный опыт, выявленные факторы развития рынка и мнения специалистов в этом вопросе, были предложены следующие рекомендации:

* **Включение телемедицины в пакеты ДМС для своих сотрудников.**

По результатам проведенного анализа было выявлено, что большинство сотрудников получающих или имеющих возможность оформить полис ДМС через работодателя недовольны объемом и территориальным расположением клиник. Кроме того, они сталкиваются с проблемой оперативной записи на прием к специалисту и низким уровнем сервиса. В результате предоставляемая корпоративная страховка ДМС становится бесполезной для сотрудника, не оказывая никакого влияния на его лояльность компании и мотивацию усерднее работать. В таких условиях все расходы на корпоративный ДМС теряют свою ценность, не оказывая нужного эффекта. Одним из способов решения данной проблемы является включение телемедицины в корпоративные полисы ДМС. Доступность данной функции позволит застрахованным сотрудникам записываться на прием онлайн, оформлять полисы ДМС онлайн, получать онлайн-консультации от лечащих врачей и решать спорные вопросы через приложение или онлайн-чат, что упростит взаимодействие застрахованного с медицинской организацией и страховой компанией. Возможность получения медицинских консультаций из дома, сократит количество жалоб на неудобное расположение клиник и в целом упростит процесс взаимодействия клиента с медицинской организацией. В результате ценность корпоративного полиса ДМС для сотрудников возрастет, и мотивация на качественную работу увеличится. Кроме того, активное использования полиса ДМС, доступ к более качественной медицине окажет положительный эффект на здоровье сотрудников, что в последующем приведет к сокращению больничных листов и повышению работоспособности сотрудников.

* **Взаимодействие со страховщиками, активно использующими технологии в своей деятельности.**

В условиях активного развития технологий, тенденции среди страховых компаний к автоматизации и оптимизации всех протекающих процессов, работодателям следует проводить тщательную оценку страховщиков и заключать контракты с высокотехнологичными страховыми компаниями. В страховании любой сдвиг к автоматизации и оптимизации ведет к значительному сокращению издержек и исключению возможности ошибки. Согласно проведенному анализу, многие работодатели стремятся сохранить или даже сократить свои издержки на ДМС без потери его качества, что становится возможным при использовании в страховой компании технологий. Кроме того, согласно опросу, среди сотрудников организаций, наблюдается много жалоб на длительность оформления необходимых документов; возникновение неприятных ситуаций, при которых медицинские организации отказываются оказывать услугу по ДМС, хотя она прописана в договоре; сложности с коммуникацией со страховой компанией и т.д. Все это порождает неудовлетворенность сотрудниками полисами ДМС и отказ от их использования даже при наличии. В результате компания не получает нужного эффекта от предоставления сотрудникам ДМС и впустую расходует свой бюджет.

* **В условиях роста популярности сбора данных о застрахованных лицах среди страховщиков, можно мотивировать своих сотрудников носить фитнес-браслеты и получать скидки на корпоративное ДМС.**

Среди страховщиков появляется тенденция сбора данных о застрахованных лицах с помощью носимых технологий, таких как фитнес браслетов, умных часов, смартфонов. Мотивация сотрудников предоставлять эти данные страховой компании позволит получать корпоративные скидки на оформления полиса, что позволит сократить расходы на ДМС и повысит доступность коллективной страховки для компании.

* **Постоянный мониторинг отзывов сотрудников о предоставляемых программах ДМС.**

Для компаний, предоставляющих корпоративные полисы ДМС своим сотрудникам очень важно собирать и оценивать обратную связь от работников. Так, согласно проведенному анализу в СПбГУ, большинство сотрудников информировано о возможности приобретения полиса ДМС, однако они его не оформляют в связи с тем, что условия доступных программ их полностью не удовлетворяют. В таком случае полезность от предоставления корпоративной страховки СПбГУ минимальна и существует необходимость в пересмотре условий программ в соответствии с пожеланиями сотрудников. Кроме того, анализ организаций Санкт-Петербурга показал, что во многих компаниях сотрудники жалуются на отсутствия необходимых услуг, доступных по полису ДМС и небольшой набор клиник. Также, компаниям следует пересмотреть оформляемые планы ДМС для сотрудников и сделать их максимально полезными для них.

# Заключение

В данной выпускной квалификационной работе рассмотрена ситуация на рынке корпоративного ДМС Санкт-Петербурга, выявлены проблемы, с которыми сталкиваются заинтересованные лица, а также основные факторы оказывающие, влияние на его развитие. На основе полученных данных, разработаны рекомендации.

Основная цель ВКР - разработать рекомендации по развитию рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге. Для достижения поставленной цели была рассмотрена нормативно-правовая база ДМС, проведен анализ международного опыта развития систем ДМС в разных странах, проведен обзор международных исследований, рассматривающих факторы развития рынка ДМС и выявлены факторы развития рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге.

Основная задача моей исследовательской работы – выявить главные факторы, влияющие на развитие рынка корпоративного ДМС Санкт-Петербурга. Для этого:

* Во-первых, проведено глубинное интервью с начальником управления урегулирования убытков личного страхования компании СОГАЗ, с целью выявления позиции страховщиков в системе корпоративного ДМС. В результате проведенного интервью, определены основные барьеры на рынке ДМС и факторы его развития по мнению страховщиков.
* Во-вторых, проведен анализ макроэкономических и демографических показателей Санкт-Петербурга, построена регрессионная модель их влияния на развитие ДМС в Санкт-Петербурге. В результате проведенной работы, выявлены наиболее значимые факторы;
* В-третьих, проведен анализ отношения сотрудников к корпоративному ДМС в Санкт-Петербурге. Для этого изучены отзывы на портале Агентство страховых новостей (АСН) и на основе изученной информации в процессе анализа международного опыта применения страховой медицины, существующих исследований в области ДМС и позиции страховщиков в системе ДМС разработан опрос для сотрудников Санкт-Петербургского Государственного Университета (СПбГУ), по результатам которого построена регрессионная модель и выявлены факторы, влияющие на спрос на ДМС со стороны сотрудников организаций. Кроме того, определены основные проблемы, с которыми сталкиваются застрахованные сотрудники при взаимодействии с медицинскими организациями и страховыми компаниями;
* Далее проведен анализ компаний Санкт-Петербурга. Для этого разработан опрос руководителей организаций Санкт-Петербурга на основе изученной информации в процессе анализа международного опыта применения страховой медицины, существующих исследований в области ДМС и позиции страховщиков в системе ДМС. Результаты опроса обработаны и собраны в таблицу, построена регрессионная модель. Определены факторы, влияющие на спрос на ДМС со стороны работодателей и выявлены тенденции развития корпоративного ДМС.

В результате исследования разработаны рекомендации по развитию рынка корпоративного ДМС в Санкт-Петербурге для различных заинтересованных сторон, включая:

* рекомендации по развитию ДМС для органов государственной власти на федеральном и региональном уровнях;
* рекомендации по развитию ДМС для страховых компаний;
* рекомендации по развитию ДМС для работодателей.

# Приложение

1. Приложение 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор** | **Вопрос** | **Варианты ответа** |
| Пол | Укажите Ваш пол | Женский  Мужской |
| Возраст | В графе ниже укажите Ваш возраст (число полных лет) |  |
| Семейное положение | Семейное положение (выберите подходящий для Вас вариант ответа) | Не состою в браке  Состою в браке |
| Образование | Образование (выберите подходящий для Вас вариант ответа) | Среднее  Высшее  Ученая степень |
| Уровень дохода | Оцените уровень дохода на одного члена Вашей семьи | Менее 12 000 рублей  От 12 000 до 25 000 рублей  От 25 000 до 50 000 рублей  Выше 50 000 рублей  (разделено на интервалы по данным Росстата “Распределение населения по величине среднедушевых денежных доходов”, в каждый из вышеизложенный интервал попадает 25% населения России) |
| Вредные привычки | Есть ли у Вас вредные привычки? | Да  Нет |
| Хронические заболевания | Есть ли у Вас хронические заболевания? | Да  Нет |
| Субъективная оценка | Как Вы оцениваете свое здоровье? | Отличное  Хорошее  Среднее  Плохое |
| Тип медицинской организации | В какую медицинскую организацию Вы обращаетесь чаще? | Государственная  Частная |
| Наличие | Есть ли у Вас полис ДМС? | Да  Нет |
| Осведомленность | Знаете ли Вы о том, что СПбГУ предоставляет возможность оформить ДМС для своих работников? | Да  Нет |
| Потребность | Хотите ли Вы иметь полис ДМС? | Да  Нет |
| Страховая компания | Полис какой страховой компании у Вас есть? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | Страховая компания "Росгосстрах"  Страховая компания "Гайде"  Страховая компания "КРК-Страхование"  Другое (укажите) |
| Программа | Какую программу ДМС в Вашей страховой компании Вы выбрали и почему? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| Количество посещений | Сколько раз с момента получения полиса (за год) Вы обращались за услугами медицинских центров в рамках программы ДМС? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | Не обращался  1-3 раза  3-6 раз  Более 6 раз |
| Специалисты | К каким медицинским специалистам Вы обращались в рамках ДМС? Необходимо указать направления специалистов (хирург, терапевт и тп.). Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| Клиники | Услугами каких клиник Вы пользовались в рамках программы ДМС? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| Насколько Вы удовлетворены следующими аспектами получения медицинских услуг в рамках ДМС? (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка). Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | | |
| Качество клиник | Оцените общее качество клиник в рамках программы ДМС | 5  4  3  2  1 |
| Профессионализм врачей | Оцените уровень профессионализма медицинских специалистов, к которым Вы обращались за помощью в рамках ДМС | 5  4  3  2  1 |
| Объем услуг | Оцените предоставляемый объем услуг по ДМС | 5  4  3  2  1 |
| Прием врачей | Оцените возможность оперативно попасть на прием по ДМС | 5  4  3  2  1 |
| Подход | Оцените индивидуальный подход к клиентам по ДМС | 5  4  3  2  1 |
| Программа ДМС | Довольны ли Вы своей программой ДМС? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | Да, полностью  Да, частично  Нет, из-за неудобного расположения клиник, входящих в программу  Нет, из-за недостаточной квалификации врачей  Нет, из-за того, что врачи навязывают платные услуги, не входящие в полис  Другое (укажите) |
| Оцените качество услуг, предоставляемых страховой компанией (5 баллов - максимальная оценка, 1 балл - минимальная оценка). Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | | |
| Связь с СК | Легко дозвониться в страховую компанию | 5  4  3  2  1 |
| Оперативность решения вопросов | Спорные вопросы решаются оперативно | 5  4  3  2  1 |
| Одобрение назначений СК | Все назначения врача были одобрены страховой компанией | 5  4  3  2  1 |
| Предложения | Напишите, пожалуйста, Ваше пожелание об улучшении программы ДМС. Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| Каких клиник не хватает в перечне | Какие клиники Вы предложили бы добавить в программу ДМС? Если нет полиса ДМС, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| СК на 2020-2021гг | Какую страховую компанию Вы выбрали для страхования по ДМС в 2020-2021 годах? Если не приобретали полис ДМС на 2020-2021 года, пожалуйста, пропустите этот вопрос. | Страховая компания "Росгосстрах"  Страховая компания "Гайде"  Страховая компания "Энергогарант"  Другое (укажите) |
| Полис на 2020-2021гг | Какую программу ДМС в Вашей страховой компании Вы выбрали на 2020-2021 года? Почему? Если не приобретали полис ДМС на 2020-2021 года, пожалуйста, пропустите этот вопрос. |  |
| Опыт использования ДМС | Если Вы раньше отказывались от продления договора по ДМС, то укажите, пожалуйста, причины |  |
| Если Вы перестали приобретать полис ДМС или приняли решение не покупать его, то согласны ли Вы с утверждениями: (5 - полностью согласен; 4 - частично согласен; 3 - трудно сказать, согласен или нет; 2 - скорее не согласен; 1 - категорически не согласен): | | |
| Польза полиса ДМС | Полис ДМС оказался практически бесполезен для меня | 5 - полностью согласен  4 - частично согласен  3 - трудно сказать, согласен или нет  2 - скорее не согласен  1 - категорически не согласен |
| Расходы на медицину при наличии ДМС | Полис ДМС не уменьшит мои расходы на медицину | 5 - полностью согласен  4 - частично согласен  3 - трудно сказать, согласен или нет  2 - скорее не согласен  1 - категорически не согласен |
| Стоимость полиса ДМС | Полис ДМС имеет слишком высокую стоимость | 5 - полностью согласен  4 - частично согласен  3 - трудно сказать, согласен или нет  2 - скорее не согласен  1 - категорически не согласен |
| Время на оформление ДМС | Я не оформляю полис ДМС, потому что это занимает слишком много времени | 5 - полностью согласен  4 - частично согласен  3 - трудно сказать, согласен или нет  2 - скорее не согласен  1 - категорически не согласен |
| ДМС от коллег | Я бы оформил(а) полис ДМС, если бы мне посоветовал его коллега | 5 - полностью согласен  4 - частично согласен  3 - трудно сказать, согласен или нет  2 - скорее не согласен  1 - категорически не согласен |
| Социальный пакет | Что бы Вы хотели добавить в социальный пакет сотрудника СПбГУ? |  |

1. Приложение 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Фактор** | **Вопрос** | **Варианты ответа** |
| Количество сотрудников | Сколько у Вас работает сотрудников? | 25  25-100  100-500  более 500 |
| Географическое местоположение | Основное количество сотрудников находится в: | Москва и область  Санкт-Петербург и Ленинградская область  Другое (укажите) |
| Сфера деятельности | Сфера деятельности компании | Финансы  Производство  Информационные технологии  Медицина и фармацевтика  Сфера услуг  Бюджетная сфера  Другое (укажите) |
| Тип компании | Ваша компания | Российская  Международная |
| Наличие ДМС | Укажите пожалуйста, предоставляет ли Ваша организация сотрудникам полис добровольного медицинского страхования (ДМС)? | Да, всем сотрудникам  Только тем сотрудникам, которые занимают определенную позицию в компании  Нет |
| Бюджет | Произошло ли у Вас изменение величины расходов на ДМС в 2020 году? | Расходы увеличились  Расходы уменьшились  Нет |
| Программа ДМС | Что входит в состав Вашей программы ДМС? | Поликлиника  Вызов врача на дом  Стоматология  Экстренная госпитализация  Плановая госпитализация  Страхование родственников за счет работодателя  Оплата покупки медикаментов  Страхование от критических заболеваний (например, онкологические)  Оплата санаторно-курортного лечения  Другое (укажите) |
| Уменьшение затрат на ДМС | Чувствуете ли Вы необходимость в уменьшении затрат компании на ДМС сотрудников? | Да  Нет |
| Варианты уменьшения | Какие варианты уменьшения расходов на ДМС Вы готовы внедрять или внедрили за последние 2 года? | Отказ от дорогостоящих клиник  Ограничение количества клиник  Варианты софинансирования, при которых часть расходов оплачивается за счет сотрудников  Отказ от госпитализации (экстренной или плановой)  Отказ от стоматологии  Оплата части дополнительных услуг (массаж, физиотерапия и прочее) за счет сотрудников  Страхование родственников за счет сотрудников  Другое (укажите) |
| Критерии выбора страховой компании (СК) | Критерии выбора страховой компании (расставьте по приоритету, начиная с самого главного) | Финансовая надежность  Известность бренда  Репутация (рекомендации, отзывы)  Предыдущий опыт  Стоимость полиса |
| Укажите важные для Вас критерии выбора страховой компании, которые не были указаны в предыдущем вопросе |  |
| Выбор СК | Подготовка процесса выбора страховой компании по ДМС осуществляется | Сотрудниками Вашей компании  С привлечением консультанта, страхового брокера или агента |
| Отзывы сотрудников | Как сотрудники компании оценивают качество обслуживания по ДМС? | Отлично  Хорошо  Среднее  Ниже среднего  Плохо |
| Жалобы сотрудников | Какие жалобы сотрудников на качество обслуживания по ДМС Вы встречали? |  |

# Список использованной литературы

1. В 2019 г. страховщики столкнулись с жестким демпингом на рынке ДМС [Электронный ресурс] // Страховой портал АСН – 2020. – URL: <http://www.asn-news.ru/news/72635> (дата обращения: 13.02.2020)
2. Вазян Ю. Страховая медицина: как не потерять деньги и получить необходимую медпомощь [Электронный ресурс] // Агентство экономической информации Прайм. – 2017 – URL: <https://1prime.ru/articles/20170517/827462582.html> (дата обращения: 13.02.2020).
3. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 2 от 26 января 1996г. №14-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 1996.
4. Детерминанты распространённости ДМС в Англии 1997-2000г.г. [Электронный источник] // Health Service REsearch – URL: https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/specialties/health-services-research.htm (дата обращения: 25.03.2020).
5. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации.
6. Каждый десятый россиянин не доверяет страховым компаниям [Электронный источник] // Ipsos Comcon – 2017. – URL: <https://www.ipsos.com/ru-ru/kazdyi-desatyi-rossianin-ne-doveraet-strahovym-kompaniam> (дата обращения: 25.03.2020).
7. Коллективный договор по ДМС: суть, особенности, преимущества [Электронный ресурс] // Гелакси страхование – 2015. – URL: https://galaxyinsurance.ru/poleznoe/blog/kollektivnyiy-dogovor-po-dms-sut-osobennosti-preimuschestva/ (дата обращения: 25.02.2020).
8. Лукьянова И.В. Спрос «новой экономики» и трансформация ДМС [Электронный источник] // Страхование сегодня – 2019. -URL: <https://www.insur-info.ru/analysis/1308/>(дата обращения: 25.03.2020).
9. Мотивация персонала 2018 [Электронный ресурс] // Kelly Service – 2018. – URL: <https://www.kellyservices.ru/ru/siteassets/ru/workforce-trends/new-folder/--2018.pdf> (дата обращения: 10.02.2020).
10. Официальный сайт Администрации Санкт-Петербурга URL: <https://www.gov.spb.ru>
11. Официальный сайт комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга URL: <http://zdrav.spb.ru/ru/>
12. Петостат URL: <http://petrostat.gks.ru>
13. Рейтинг стран по уровню медицины [Электронный ресурс] // Информационный портал NoNews – 2019. – URL: https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index (дата обращения: 6.03.2020).
14. Селезнева Е. Программы добровольного медицинского страхования повышают доступность медпомощи для тех, кто в ней не слишком нуждается [Электронный источник] // Центр комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ – 2016. – URL: https://iq.hse.ru/news/186718885.html (дата обращения: 26.03.20).
15. Скляр Т. М. Экономика и управление здравоохранением / Т.М. Скляр. – Санкт-Петербург: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2004.
16. Страховые организации // Pravo.studio URL: https://pravo.studio/osnovyi-finansov/strahovyie-organizatsii-34259.html (дата обращения: 10.02.2020).
17. Тими Е. Как ДМС сотрудников экономит налоги компании [Электронный ресурс] // Практическое налоговое планирование – 2015. – URL: http://www.nalogplan.ru/article/3836-kak-dms-sotrudnikov-ekonomit-nalogi-kompanii (дата обращения: 3.03.2020).
18. ТОП-10 стран с лучшей медициной [Электронный ресурс] // Портал Visasam.ru – 2020. – URL: https://visasam.ru/emigration/vybor/lucshaya-medicina-v-mire.html (дата обращения: 6.03.2020).
19. Трудовой кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 01.04.2019) // Собрание законодательства РФ. 2002. 7 января. № 1 (ч.1), ст. 3.
20. Усова, Ю. С. Организация ДМС сотрудников на предприятии: порядок оформления и возможные риски [Электронный ресурс] // Молодой ученый. — 2019. — № 15 (253). — С. 131-133. — URL: https://moluch.ru/archive/253/58030/ (дата обращения: 20.02.2020).
21. Федеральная служба государственной статистики URL: <https://www.gks.ru/>
22. Федеральный закон "О взаимном страховании" от 29.11.2007 N 286-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации.
23. Финансовое агентство Banki.ru [Электронный ресурс]: Добровольное медицинское страхование. – URL: <https://www.banki.ru/wikibank/dobrovolnoe_meditsinskoe_strahovanie/> (дата обращения 13.02.2020).
24. ЦБ РФ URL: <https://www.cbr.ru/>
25. Экономические основы и особенности финансирования ДМС // Страховой портал – URL: <https://insur-portal.ru/dms/finansirovanie-dms> (дата обращения: 23.10.2019).
26. Юсуфов М. М. Социальные составляющие частнопредпринимательской деятельности в здравоохранении (опыт США) [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА» – 2010. – URL: https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-sostavlyayuschie-chastnopredprinimatelskoy-deyatelnosti-v-zdravoohranenii-opyt-ssha (дата обращения 20.03.20).
27. J. Culyer, Alan Maynard, John Posnett. Competition in Health Care: Reforming the National Health. [Электронный доступ] // Google Книги – URL: https://books.google.ru/ (дата обращения: 25.03.2020).
28. ACPR (2010). Les chiffres du marché français de la banque et de l’assurance 2010 [Электронный ресурс] // Paris, Autorité de contrôle prudential – URL: http://www.acp.banque-france.fr/fileadmin/ user\_upload/acp/publications/rapports-annuels/2010-ACP-chiffres-du-marche-francais-banque-et-assurance.pdf (дата доступа: 10.03.2020).
29. Aron E., Frakt A. The Best Health Care System in the World: Which One Would You Pick? [Электронный ресурс] // The New York Times – 2017. – URL: https://www.nytimes.com/interactive/2017/09/18/upshot/best-health-care-system-country-bracket.html (дата обращения: 06.03.2020).
30. ASSHM. International Conference on Advances in Social Science, Humanities, and Management [Электронный источник] // Atlantis Press – 2013. – URL: https://www.atlantis-press.com/proceedings/asshm-13 (дата обращения: 26.03.2020). 58
31. Besley, Hall, Preston. British Social Attitudes Survey [Электронный источник] // ICPSR – 1999. – URL: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/series/9/publications> (дата обращения: 25.03.2020).
32. Besley, Hall, Preston. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? [Электронный источник] // EconPapers – 1999. – URL: https://econpapers.repec.org/article/eeepubeco/v\_3a72\_3ay\_3a1999\_3ai\_3a2\_3ap\_3a155-181.htm (дата обращения: 25.03.2020).
33. Derek King. The Determinants of Private Medical Insurance Prevalence in England, 1997–2000. / Derek King, Elias Mossialos // Health Service Research. - 2012. – 195-212.
34. Drabinski T, Gorr C-D. GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme. [Электронный доступ] // Kiel, Instituts für MikrodatenAnalyse (IfMDA) – 2012. URL: <https://www.ifmda.de/> (дата обращения: 20.03.2020).
35. Emmerson, C., C. Frayne, and A. Goodman. 2001. ‘‘Should Private Medical InsuranceBe Subsidised?’’ Health Care UK Spring 2001: 49–65.
36. Expenditure on Health [Электронный ресурс] // World Health Organization (WHO). – 2020. – URL: https://apps.who.int/nha/database (дата обращения: 6.03.2020).
37. Federal Office of Public Health [Электронный ресурс]: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. – 2007. – URL: https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html (дата обращения: 9.03.2020).
38. G. Wallis. The determinants of demand for private medical insurance: evidence from the British household panel survey [Электронный источник] // Researchgate – URL: https://www.researchgate.net/publication/39066094\_The\_determinants\_of\_demand\_for\_private\_medical\_insurance\_evidence\_from\_the\_British\_household\_panel\_survey (дата обращения: 25.03.2020).
39. Garnero M. Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 [Электронный ресурс] // Etudes et résultats – No 789. – Paris, DREES. – URL: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ er789.pdf (дата обращения: 10.03.2020).
40. Insurance Sweden (2013) [Электронный ресурс]: Information regarding VHI coverage and premiums. – Stockholm, Insurance Sweden – 2013. – URL: http://www.svenskforsakring.se (дата обращения: 8.03.2020)
41. LaingBuisson URL: <https://www.laingbuisson.com/>
42. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Электронный ресурс] // DREES – 2011. – URL: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\_oc\_2011.pdf (дата обращения: 10.03.2020).
43. Macroeconomic drivers of private health insurance coverage. Deloitte Access Economics, 2011.
44. Manning & Marquis, 1996; Marquis & Long 1995. Health insurance: tradeoff between risk pooling and moral hazard [Электронный источник] // Journal of Health Economics – URL: https://www.journals.elsevier.com/journal-of-health-economics (дата обращения 26.02.2020).
45. Mathur T. Understanding perception and factors influencing private voluntary health insurance policy subscription in the Lucknow region [Электронный источник] // US National Library of Medicine National Institutes of Health – 2014. – URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322630/ (дата обращения: 27.03.2020).
46. PKV-Verband. Politischer Nackenschlag der Gesundheitsreform auch 2008 beim Netto-Neuzugang zu spüren. [Электронный ресурс] // Köln/Berlin, Presserklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung – 2009. – URL: https://www.pkv.de/presse/ (дата обращения 20.03.20).
47. PKV-Verband (2011). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. [Электронный ресурс] // Köln, Verband der privaten Krankenversicherung – 2011. – URL: https://www.pkv.de/presse/ (дата обращения: 20.03.20)
48. Private Medical Insurance in the United Kingdom / Thomas Foubister, Sarah Thomson, Elias Mossialos, Alistair McGuire. https://apps.who.int/iris/handle/10665/107741 (2.04.20)
49. Propper, Rees & Green. The Family Expenditure Survey [Электронный источник] // Researchgate – 2001. – URL: https://www.researchgate.net/publication/40758235\_The\_demand\_for\_private\_medical\_insurance\_in\_the\_UK\_A\_cohort\_analysis (дата обращения: 25.03.2020)
50. Radu S. Countries With the Most Well-Developed Public Health Care Systems [Электронный ресурс] // U.S.News & World Repor – 2020. – URL: https://www.usnews.com/news/best-countries/slideshows/countries-with-the-most-well-developed-public-health-care-system (дата обращения: 6.03.2020).
51. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. [Электронный ресурс]: // World Health Organization (WHO). – 2016. – URL: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf?ua=1 (дата обращения 20.03.2020).
52. Sarycheva T. The Conceptual Approach to Statistical Research of the Development of Voluntary Health Insurance in the Russian Federation [Электронный источник] // ResearchGate – 2015 – URL: https://www.researchgate.net/publication/282293446\_The\_Conceptual\_Approach\_to\_Statistical\_Research\_of\_the\_Development\_of\_Voluntary\_Health\_Insurance\_in\_the\_Russian\_Federation (дата обращения: 26.05.2020).

1. По данным ЦБ РФ на 2019 год. (<https://www.cbr.ru/>). [↑](#footnote-ref-1)
2. По данным компании Kelly Service на 2018 г. (<https://www.kellyservices.ru/ru/siteassets/ru/workforce-trends/new-folder/--2018.pdf>). [↑](#footnote-ref-2)
3. По данным страхового портала АСН на 31 января 2020 г. (<http://www.asn-news.ru/news/72635>). [↑](#footnote-ref-3)
4. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-4)
5. Там же. [↑](#footnote-ref-5)
6. Там же. [↑](#footnote-ref-6)
7. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-7)
8. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 2 от 26 января 1996г. №14-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. [↑](#footnote-ref-8)
9. Страховые организации // Pravo.studio URL: <https://pravo.studio/osnovyi-finansov/strahovyie-organizatsii-34259.html> (дата обращения: 10.02.2020). [↑](#footnote-ref-9)
10. Федеральный закон "О взаимном страховании" от 29.11.2007 N 286-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-10)
11. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-11)
12. Там же. [↑](#footnote-ref-12)
13. Там же. [↑](#footnote-ref-13)
14. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-14)
15. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-15)
16. Вазян Ю. Страховая медицина: как не потерять деньги и получить необходимую медпомощь [Электронный ресурс] // Агентство экономической информации Прайм. – 2017 – URL: <https://1prime.ru/articles/20170517/827462582.html> (дата обращения: 13.02.2020). [↑](#footnote-ref-16)
17. Финансовое агентство Banki.ru [Электронный ресурс]: Добровольное медицинское страхование. – URL: <https://www.banki.ru/wikibank/dobrovolnoe_meditsinskoe_strahovanie/> (дата обращения 13.02.2020). [↑](#footnote-ref-17)
18. Гражданский кодекс Российской Федерации. Часть 2 от 26 января 1996г. №14-ФЗ // Собрание законодательства Российской Федерации. 1996. [↑](#footnote-ref-18)
19. Там же. [↑](#footnote-ref-19)
20. Закон Российской Федерации " «Об организации страхового дела в Российской Федерации»" от 27.11.1992 № 4015-1 // Собрание законодательства Российской Федерации. [↑](#footnote-ref-20)
21. Усова, Ю. С. Организация ДМС сотрудников на предприятии: порядок оформления и возможные риски [Электронный ресурс] // Молодой ученый. — 2019. — № 15 (253). — С. 131-133. — URL: https://moluch.ru/archive/253/58030/ (дата обращения: 20.02.2020). [↑](#footnote-ref-21)
22. Коллективный договор по ДМС: суть, особенности, преимущества [Электронный ресурс] // Гелакси страхование – 2015. – URL: <https://galaxyinsurance.ru/poleznoe/blog/kollektivnyiy-dogovor-po-dms-sut-osobennosti-preimuschestva/> (дата обращения: 25.02.2020). [↑](#footnote-ref-22)
23. (Трудовой кодекс Российской Федерации: Федеральный закон от 30.12.2001 № 197-ФЗ (ред. от 01.04.2019) // Собрание законодательства РФ. 2002. 7 января. № 1 (ч.1), ст. 3;). [↑](#footnote-ref-23)
24. Там же. [↑](#footnote-ref-24)
25. Тими Е. Как ДМС сотрудников экономит налоги компании [Электронный ресурс] // Практическое налоговое планирование – 2015. – URL: <http://www.nalogplan.ru/article/3836-kak-dms-sotrudnikov-ekonomit-nalogi-kompanii> (дата обращения: 3.03.2020). [↑](#footnote-ref-25)
26. Экономические основы и особенности финансирования ДМС // Страховой портал – URL: <https://insur-portal.ru/dms/finansirovanie-dms> (дата обращения: 23.10.2019). [↑](#footnote-ref-26)
27. Radu S. Countries With the Most Well-Developed Public Health Care Systems [Электронный ресурс] // U.S.News & World Repor – 2020. – URL: <https://www.usnews.com/news/best-countries/slideshows/countries-with-the-most-well-developed-public-health-care-system> (дата обращения: 6.03.2020). [↑](#footnote-ref-27)
28. Aron E., Frakt A. The Best Health Care System in the World: Which One Would You Pick? [Электронный ресурс] // The New York Times – 2017. – URL: <https://www.nytimes.com/interactive/2017/09/18/upshot/best-health-care-system-country-bracket.html> (дата обращения: 06.03.2020). [↑](#footnote-ref-28)
29. ТОП-10 стран с лучшей медициной [Электронный ресурс] // Портал Visasam.ru – 2020. – URL: <https://visasam.ru/emigration/vybor/lucshaya-medicina-v-mire.html> (дата обращения: 6.03.2020). [↑](#footnote-ref-29)
30. Рейтинг стран по уровню медицины [Электронный ресурс] // Информационный портал NoNews – 2019. – URL: <https://nonews.co/directory/lists/countries/health-care-index> (дата обращения: 6.03.2020). [↑](#footnote-ref-30)
31. Expenditure on Health [Электронный ресурс] // World Health Organization (WHO). – 2020. – URL: <https://apps.who.int/nha/database> (дата обращения: 6.03.2020). [↑](#footnote-ref-31)
32. Insurance Sweden (2013) [Электронный ресурс]: Information regarding VHI coverage and premiums. – Stockholm, Insurance Sweden – 2013. – URL: <http://www.svenskforsakring.se> (дата обращения: 8.03.2020) [↑](#footnote-ref-32)
33. Insurance Sweden (2013) [Электронный ресурс]: Information regarding VHI coverage and premiums. – Stockholm, Insurance Sweden – 2013. – URL: <http://www.svenskforsakring.se> (дата обращения: 8.03.2020) [↑](#footnote-ref-33)
34. Insurance Sweden (2013) [Электронный ресурс]: Information regarding VHI coverage and premiums. – Stockholm, Insurance Sweden – 2013. – URL: <http://www.svenskforsakring.se> (дата обращения: 8.03.2020) [↑](#footnote-ref-34)
35. По данным аналитической компании LaingBuisson на декабрь 2012г. (https://www.laingbuisson.com/). [↑](#footnote-ref-35)
36. Согласно данным Федерального управления здравоохранением Швейцарии (Federal Office of Public Health) на 2012г. (<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>). [↑](#footnote-ref-36)
37. Federal Office of Public Health [Электронный ресурс]: Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007. – 2007. – URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html> (дата обращения: 9.03.2020). [↑](#footnote-ref-37)
38. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. [Электронный ресурс]: // World Health Organization (WHO). – 2016. – URL: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf?ua=1> (дата обращения 20.03.2020). [↑](#footnote-ref-38)
39. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. [Электронный ресурс]: // World Health Organization (WHO). – 2016. – URL: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf?ua=1 (дата обращения 20.03.2020). [↑](#footnote-ref-39)
40. Garnero M. Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 [Электронный ресурс] // Etudes et résultats – No 789. – Paris, DREES. – URL: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/ er789.pdf (дата обращения: 10.03.2020). [↑](#footnote-ref-40)
41. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Электронный ресурс] // DREES – 2011. – URL: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\_oc\_2011.pdf (дата обращения: 10.03.2020). [↑](#footnote-ref-41)
42. ACPR (2010). Les chiffres du marché français de la banque et de l’assurance 2010 [Электронный ресурс] // Paris, Autorité de contrôle prudential – URL: http://www.acp.banque-france.fr/fileadmin/ user\_upload/acp/publications/rapports-annuels/2010-ACP-chiffres-du-marche-francais-banque-et-assurance.pdf (дата доступа: 10.03.2020). [↑](#footnote-ref-42)
43. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Электронный ресурс] // DREES – 2011. – URL: http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\_oc\_2011.pdf (дата обращения: 10.03.2020). [↑](#footnote-ref-43)
44. Sagan A., Thomson S. Voluntary health insurance in Europe. [Электронный ресурс]: // World Health Organization (WHO). – 2016. – URL: http://www.euro.who.int/\_\_data/assets/pdf\_file/0011/310799/Voluntary-health-insurance-Europe-country-experience.pdf?ua=1 (дата обращения 20.03.2020). [↑](#footnote-ref-44)
45. Drabinski T, Gorr C-D. GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme. [Электронный доступ] // Kiel, Instituts für MikrodatenAnalyse (IfMDA) – 2012. URL: <https://www.ifmda.de/> (дата обращения: 20.03.2020). [↑](#footnote-ref-45)
46. PKV-Verband. Politischer Nackenschlag der Gesundheitsreform auch 2008 beim Netto-Neuzugang zu spüren. [Электронный ресурс] // Köln/Berlin, Presserklärung des Verbandes der privaten Krankenversicherung – 2009. – URL: <https://www.pkv.de/presse/> (дата обращения 20.03.20). [↑](#footnote-ref-46)
47. PKV-Verband (2011). Zahlenbericht der Privaten Krankenversicherung 2010/2011. [Электронный ресурс] // Köln, Verband der privaten Krankenversicherung – 2011. – URL: <https://www.pkv.de/presse/> (дата обращения: 20.03.20) [↑](#footnote-ref-47)
48. Drabinski T, Gorr C-D. GKV/PKV-Systemgrenze: Bestandsaufnahme. [Электронный доступ] // Kiel, Instituts für MikrodatenAnalyse (IfMDA) – 2012. URL: https://www.ifmda.de/ (дата обращения: 20.03.2020). [↑](#footnote-ref-48)
49. Юсуфов М. М. Социальные составляющие частнопредпринимательской деятельности в здравоохранении (опыт США) [Электронный ресурс] // Научная электронная библиотека «КИБЕРЛЕНИНКА» – 2010. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnye-sostavlyayuschie-chastnopredprinimatelskoy-deyatelnosti-v-zdravoohranenii-opyt-ssha> (дата обращения 20.03.20). [↑](#footnote-ref-49)
50. A. J. Culyer, Alan Maynard, John Posnett. Competition in Health Care: Reforming the National Health. [Электронный доступ] // Google Книги – URL: <https://books.google.ru/> (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-50)
51. Propper, Rees & Green. The Family Expenditure Survey [Электронный источник] // Researchgate – 2001. – URL: <https://www.researchgate.net/publication/40758235_The_demand_for_private_medical_insurance_in_the_UK_A_cohort_analysis> (дата обращения: 25.03.2020) [↑](#footnote-ref-51)
52. Emmerson, C., C. Frayne, and A. Goodman. 2001. ‘‘Should Private Medical InsuranceBe Subsidised?’’ Health Care UK Spring 2001: 49–65. [↑](#footnote-ref-52)
53. G. Wallis. The determinants of demand for private medical insurance: evidence from the British household panel survey [Электронный источник] // Researchgate – URL: https://www.researchgate.net/publication/39066094\_The\_determinants\_of\_demand\_for\_private\_medical\_insurance\_evidence\_from\_the\_British\_household\_panel\_survey (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-53)
54. Besley, Hall, Preston. The demand for private health insurance: do waiting lists matter? [Электронный источник] // EconPapers – 1999. – URL: <https://econpapers.repec.org/article/eeepubeco/v_3a72_3ay_3a1999_3ai_3a2_3ap_3a155-181.htm> (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-54)
55. Besley, Hall, Preston. British Social Attitudes Survey [Электронный источник] // ICPSR – 1999. – URL: <https://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/series/9/publications> (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-55)
56. Emmerson, C., C. Frayne, and A. Goodman. 2001. ‘‘Should Private Medical InsuranceBe Subsidised?’’ Health Care UK Spring 2001: 49–65. [↑](#footnote-ref-56)
57. Manning & Marquis, 1996; Marquis & Long 1995. Health insurance: tradeoff between risk pooling and moral hazard [Электронный источник] // Journal of Health Economics – URL: <https://www.journals.elsevier.com/journal-of-health-economics> (дата обращения 26.02.2020). [↑](#footnote-ref-57)
58. Emmerson, C., C. Frayne, and A. Goodman. 2001. ‘‘Should Private Medical InsuranceBe Subsidised?’’ Health Care UK Spring 2001: 49–65. [↑](#footnote-ref-58)
59. Sarycheva T. The Conceptual Approach to Statistical Research of the Development of Voluntary Health Insurance in the Russian Federation [Электронный источник] // ResearchGate – 2015 – URL: <https://www.researchgate.net/publication/282293446_The_Conceptual_Approach_to_Statistical_Research_of_the_Development_of_Voluntary_Health_Insurance_in_the_Russian_Federation> (дата обращения: 26.05.2020). [↑](#footnote-ref-59)
60. ASSHM. International Conference on Advances in Social Science, Humanities, and Management [Электронный источник] // Atlantis Press – 2013. – URL: <https://www.atlantis-press.com/proceedings/asshm-13> (дата обращения: 26.03.2020). [↑](#footnote-ref-60)
61. Macroeconomic drivers of private health insurance coverage. Deloitte Access Economics, 2011. [↑](#footnote-ref-61)
62. Детерминанты распространённости ДМС в Англии 1997-2000г.г. [Электронный источник] // Health Service REsearch – URL: <https://www.nihr.ac.uk/explore-nihr/specialties/health-services-research.htm> (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-62)
63. Лукьянова И.В. Спрос «новой экономики» и трансформация ДМС [Электронный источник] // Страхование сегодня – 2019. -URL: <https://www.insur-info.ru/analysis/1308/>(дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-63)
64. Каждый десятый россиянин не доверяет страховым компаниям [Электронный источник] // Ipsos Comcon – 2017. – URL: <https://www.ipsos.com/ru-ru/kazdyi-desatyi-rossianin-ne-doveraet-strahovym-kompaniam> (дата обращения: 25.03.2020). [↑](#footnote-ref-64)
65. Селезнева Е. Программы добровольного медицинского страхования повышают доступность медпомощи для тех, кто в ней не слишком нуждается [Электронный источник] // Центр комплексных исследований социальной политики Института социальной политики НИУ ВШЭ – 2016. – URL: <https://iq.hse.ru/news/186718885.html> (дата обращения: 26.03.20). [↑](#footnote-ref-65)
66. Sagan A.,Thomson.S. Voluntary health insurance in Europe [Электронный источник] // European Observatory on Health Systems and Policies – 2016. – URL: <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory> (дата обращения: 25.03.20). [↑](#footnote-ref-66)
67. Mathur T. Understanding perception and factors influencing private voluntary health insurance policy subscription in the Lucknow region [Электронный источник] // US National Library of Medicine National Institutes of Health – 2014. – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4322630/> (дата обращения: 27.03.2020). [↑](#footnote-ref-67)
68. По данным ЦБ РФ на 2019 год. (<https://www.cbr.ru/>). [↑](#footnote-ref-68)