УДК 368.04

ОСОБЕННОСТИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

© Е.Г. Копалкина
Иркутский национальный исследовательский технический университет
Российская Федерация, 664074, г. Иркутск, ул. Лермонтова, 83.

Аннотация. В статье раскрываются отличия добровольного медицинского страхования (ДМС) от обязательного медицинского страхования (ОМС), преимущества добровольного медицинского страхования (ДМС) для медперсонала, лечебных учреждений, застрахованных лиц, основные проблемы, современное состояние и факторы развития добровольного медицинского страхования в нашей стране. Приводятся отличия страхового договора от смежных видов договоров. Представлены результаты исследований на определение целевой группы потребителей услуг для ориентации страховщиков при продвижении добровольного медицинского страхования среди населения. Определены положительные тенденции развития института добровольного медицинского страхования.
Ключевые слова: медицинское страхование, добровольное медицинское страхование (ДМС), обязательное медицинское страхование (ОМС), страхователь, страховщик, страховой договор, Россия.

Формат цитирования: Копалкина Е.Г. Особенности добровольного медицинского страхования в России // Социальная компетентность. 2017. Т. 2. № 4. С. 102–110.

FEATURES OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN RUSSIA

E.G. Kopalkina
Irkutsk National Research Technical University
83 Lermontov Str., Irkutsk, 664074, Irkutsk, Russian Federation.

Abstract. The article elaborates the differences between voluntary medical insurance (DMS) and compulsory medical insurance (OMS), the benefits of voluntary medical insurance (VMI) for medical personnel, medical institutions, insured persons, the main problems, the current state and factors of the development of voluntary medical insurance in our country. It considers the differences between the insurance contract and the related types of contracts. The author provides the results of research aimed at identifying a target group of services consumers for insurers' orientation when promoting voluntary health insurance among the population.
Keywords: medical insurance, voluntary medical insurance (VMI), compulsory medical insurance (MHI), policyholder, insurer, insurance contract, Russia

For citation: Kopalkina E.G. Features of voluntary medical insurance in Russia // Social competence, 2017, vol. 2, no. 4, pp. 102–110. (In Russian)

Система медицинского страхования в России состоит из *обязательного медицинского страхования* (ОМС) *и добровольного медицинского страхования (ДМС)*. На сегодняшний день ОМС и ДМС развиваются и функционируют параллельно, дополняя друг друга. «Среди положительных и тенденций в развитии страхования следует отметить, что государственное и частное медицинское страхование не конфликтуют между собой, а скорее дополняют друг друга. При этом ОМС обеспечивает гарантируемый минимум бесплатных медицинских услуг, а ДМС – сверх данного минимума, что помогает существенно увеличить список доступных медицинских услуг» [1, с. 201].

В нашей стране функционирует *бюджетно-страховая модель* финансирования государственной системы здравоохранения, в основе которой находятся средства бюджетной системы РФ и средства фондов ОМС. Источниками ОМС являются отчисления работодателей, государственные средства через Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, прямые платежи из региональных бюджетов в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ). *Источниками ДМС являются финансовые средства работодателей и граждан*.

Важнейшее различие между ОМС и ДМС заключается в том, что ОМС осуществляется на основе законодательства, а

ДМС – на основе страхового договора между страховщиком (гражданином, работодателем) и страховой компанией.

Анализ современного состояния института медицинского страхования показывает, что формирование *новой системы* медицинского страхования является важнейшей задачей российского общества. Важность медицинского обеспечения состоит в социальной, экономической и моральной ответственности государства перед гражданами, поскольку здоровье нации является необходимым базовым условием экономического развития страны и социального благополучия общества.

В нашей стране Федеральный закон «О медицинском страховании граждан в РФ» вышел 28 июня 1991 года (*на сегодняшний день утратил силу*). Он ввел *обязательное медицинское страхование* с целью обеспечения граждан равными правами для получения медицинских услуг, предусмотренных Программой государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. *С 1 января 2011 года* вступил в силу новый Федеральный закон – «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ, основными положениями которого являются:

– выбор *гражданином (*а не работодателем) страховой компании, а для застрахованных граждан – замена страховой медицинской организации;

– выбор гражданином *медицинского учреждения и конкретного врача*;

– введение полиса единого образца, который действует на всей территории нашей страны, и не требует замены при смене своей страховой организации;

– разработка и введение базовой программы ОМС, согласно которой предусматривается список минимума медицинских услуг, минимальный объём оказания медицинской помощи, страховые случаи и способы компенсации за оказание медицинской помощи гражданам по ОМС.

На основе данных положений многими авторами подчеркиваются *положительные моменты* в медицинском страховании для страховщиков:

– *снятие излишних административных барьеров для работодателей*, во-первых, нет необходимости работодателям заключать договоры со страховыми медицинскими организациями, во-вторых, нет необходимости в регистрации в территориальном фонде медицинского страхования (теперь учет плательщиков страховых взносов осуществляется Пенсионным фондом РФ);

– создание *единой базы данных* застрахованных граждан теперь позволяет получать медицинскую помощь в любом регионе России;

– введение *нескольких источников* финансирования лечебного учреждения: бюджет и система ОМС;

– произведение оплаты за счёт средств ОМС осуществляется за *фактически* оказанные медицинские услуги;

– *выравнивание территориальной доступности* и условий получения медицинской помощи за счет выделения субвенций Федерального фонда медицинского страхования более слабым регионам.

Данные улучшения направлены на решение проблем в области медицинского страхования в нашей стране, но тем не менее социальная эффективность ОМС имеет ограниченный характер, ведь население пока еще не удовлетворено в полной мере качеством и доступностью медицинской помощи. Принятый Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании граждан» признает необходимость модернизации ОМС, но кардинально и несущественно меняет современного положения в медицинском обеспечении населения. Система медицинского страхования в нашей стране практически не учитывает положительный опыт и те наработки, которые имеются в западных моделях медицинского страхования.

В связи с отсутствием конкуренции между страховыми медицинскими организациями и между медицинскими учреждениями пациенты остаются *отчужденными субъектами ОМС*, так как решения в области медицинской помощи за них принимают страховщики, страхователи, исполнители медицинских услуг. Также выбор страховых организаций на монополистическом или олигополистическом рынке большинства территорий страны не стимулирует к более качественному обслуживанию населения. В целом можно сказать, что органи-

зация обязательного медицинского страхования в России такова, что населению зачастую приходится оплачивать даже те услуги, которые включены в Программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

Дефицит специалистов вынуждает людей обращаться в негосударственные медицинские учреждения и центры, и роль страховщика в таком случае для пациента сводится лишь к выдаче полисов ОМС. Так как никаких страховых функций страховые медицинские организации не осуществляют то, по сути, они являются региональной сетью Территориальных фондов ОМС по выдаче полисов и финансированию медицинских учреждений. В системе медицинского обслуживания обязательное медицинское страхование остается непонятной населению структурой.

Изучая современное состояние ОМС и ДМС в России, исследователи выделяют в качестве основной – *проблему нечеткого разделения систем ОМС и ДМС*, отмечая, что они «порой не имеют четких границ и частично конкурируют», что их сочетание «происходит в значительной степени стихийно». *Основными факторами, вызывающими трудности в разграничении ОМС и ДМС,* являются:

1) оказание медицинских услуг по ДМС в общем потоке больных (в стенах одних и тех же лечебных учреждений, одним и тем же лечебным персоналом, с использованием тех же ресурсов медицинской организации);

2) рост государственных расходов на медицинское обслуживание населения, введение новых пилотных программ, программ модернизации отечественного здравоохранения ведет к расширению сферы услуг по ОМС и, соответственно, требует постоянного пересмотра медицинских услуг по ДМС, в том числе в сторону сервисных услуг;

3) отсутствие нормативной базы, регулирующей формы и ценообразование в системе ДМС, что ведет к недостаточному уровню развития страховой инфраструктуры (в основном развитие коллективного страхования, и ограничение индивидуального страхования вследствие низкого платёжеспособного спроса населения);

4) отсутствие в малых городах на рынке ДМС конкурентной среды в предоставлении отдельных «узких» медицинских услуг, что приводит к завышению стоимости данных услуг по ДМС исполнителями, пользуясь своим монополизмом на территории.

В добровольном медицинском страховании выделяются два вида: *коллективное и индивидуальное*. При *коллективном* ДМС страховые полисы приобретает работодатель, при *индивидуальном* ДМС – сам пациент. *Объектом* ДМС является страховой риск, который связан с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. *Основными элементами системы* ДМС являются: 1) страховщик (страховая медицинская компания), 2) страхователь (юридическое или физическое лицо), 3) исполнитель медицинских услуг (учреждение здравоохранения), 4) договорные отношения между ними.

В юридической литературе до сих пор отсутствует понятийное определение договора добровольного медицинского страхования. Так, в статье Л.В. Герасименко раскрывается анализ соотношения страхового договора со смежными видами договоров, и делается вывод о самостоятельности договора добровольного медицинского страхования. Л.В. Герасименко выделены следующие основные юридические (общеправовые и специальные) признаки, которые определяют особенности данного вида договора [2, с. 82–83]: 1) *взаимность* договора страхования, согласно которой договор является взаимно обязывающим, взаимосогласованным и выражает взаимное волеизъявление страховщика и страховой компании; 2) *возмездность*, которая обеспечивает реализацию тех функций, которые призвано выполнять страхование; 3) *целевое* назначение страхования; 4) *непредсказуемость (случайность) событий,* составляющих страховой случай. В случае наступления события (которое должно быть обязательно согласовано сторонами), составляющего страховой случай, осуществляется медицинское страхование; 5) *рисковый характер* страхового договора. Это условие и особенность является определяющим для страхования, поскольку подчеркивает обязанность страховщика реализовать страховой интерес, но не обязанность страхователя выплачивать страховую пре-

мию; 6) *вступление договора* медицинского страхования в силу с *момента уплаты страховой премии или первого ее взноса*; 7) договор добровольного медицинского страхования относится к числу *условных сделок*, так как страхователь вправе требовать от страховщика возмещения убытков (уплаты страховой суммы) только с момента наступления страхового случая; 8) *срочность* договора страхования; 9) в условиях значительного дефицита кадров в медицинских организациях муниципальной сети оплата медицинских услуг по ДМС является механизмом компенсации низкой заработной платы медицинских работников.

Страхователи при ДМС, то есть те юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования, *имеют право:*

– *свободно выбирать* страховую медицинскую организацию,

– *осуществлять контроль* за выполнением условий договора медицинского страхования,

– *расширить перечень медицинских услуг* или увеличить уровень страхового обеспечения, заключив дополнительное соглашение к договору страхования и уплатив при этом дополнительный страховой взнос (в период срока действия договора добровольного медицинского страхования),

– обращаться за лечебно-профилактической помощью в любое учреждение здравоохранения и к любому врачу специалисту, *с которым подписан договор со страховой медицинской организацией*.

Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по решению сторон. *Тарифы на медицинские и иные услуги* при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься медицинским страхованием, выдаваемой в установленном порядке Федеральной службой страхового надзора. Страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в соответствии с ГК РФ и Законом РФ от 27.11.1992 № 4015-1 (ред. от 26.07.2017) *«Об организации страхового дела в Российской Федерации»*. В статье Л.В. Труфановой, Е.А. Кирьяновой подробно представлены крупнейшие страховые компании за 2016 год – СОГАЗ, РЕСО-гарантия, Альянс Жизнь, АЛЬФА-страхование, РОСГОССТРАХ, ИНГОССТРАХ, Группа РЕНЕССАНС Страхование, ЖАСО, ВТБ Страхование [3, с. 51].

На данный момент ДМС существует в двух вариантах, которые схематически можно представить следующим образом [4, с. 292]:

1) страхователь (работодатель) – страховщик (страховая медицинская организация) – исполнитель и предпочтительный поставщик медицинских услуг (учреждение здравоохранения). Данный вариант отношений в России развит гораздо в большей мере. По статистике, сегодня почти 85 % всех взносов по ДМС уплачивается работодателями по корпоративным договорам страхования, то есть основным клиентом страховщика по ДМС пока является организация;

2) страхователь (гражданин) – страховщик (страховая медицинская организация) – исполнитель и предпочтительный поставщик медицинских услуг (учреждение здравоохранения). ДМС граждан развито не так сильно, прежде всего, из-за высокой стоимости услуги для населения. Дело в том, что с организациями страховщики работают по другим тарифам, поскольку за счет большого количества застрахованных убыточность корпоративных договоров значительно ниже, чем индивидуальных.

Медицинскую помощь в системе добровольного медицинского страхования, оказывают медицинские организации любой формы собственности, аккредитованные в установленном порядке и имеющие лицензии. Это могут быть как лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, так и лица, осуществляющие медицинскую деятельность индивидуально, либо коллективно. С юридической точки зрения, для учреждения здраво-

охранения добровольное медицинское страхование (ДМС) – это покупка его услуг юридическими лицами по договорам с ними. То есть это предпринимательская деятельность некоммерческой организации – муниципального учреждения здравоохранения.

Среди преимуществ добровольного медицинского страхования для российской системы здравоохранения можно отметить следующие моменты:

– ДМС удовлетворяет потребности платежеспособных граждан и работников платежеспособных предприятий, что позволяет государству направлять свои, как правило, весьма ограниченные финансовые ресурсы на предоставление медицинской помощи социально-незащищенным слоям населения;

– ДМС мобилизует, капитализирует личные средства (сбережения) граждан для инфраструктуры государственного и муниципального здравоохранения, что, в свою очередь, способствует внедрению новых технологий и повышению эффективности медицинской помощи, экономическому росту учреждений здравоохранения;

– ДМС позволяет более качественно планировать объемы и сроки финансирования учреждений здравоохранения на будущий период, так как обращения граждан в медицинские учреждения становятся более равномерными в связи с отсутствием зависимости получения медицинских услуг и наличием личных сбережений, которые граждане готовы потратить на данные услуги.

Основное преимущество добровольного медицинского страхования для медицинских учреждений и медперсонала – медицинские работники имеют право оказывать услуги по ДМС в основное рабочее время, т. е. без увеличения длительности рабочей смены, за счет этого могут получать более высокую заработную плату.

Среди преимуществ добровольного медицинского страхования для самих застрахованных:

– расширение потребительского выбора;

– отсутствие необходимости поиска производителей той или иной медицинской услуги и необходимости оплачивать ее из собственных средств;

– наличие более высокого сервиса в подразделениях, работающих в системе добровольного медицинского страхования;

– проведение сплошным методом экспертизы страховыми медицинскими организациями случаев лечения по ДМС (особенно в условиях стационара);

– повышение гарантий более высокого качества медицинской помощи.

В целом можно сказать, что ДМС должно являться одной из форм социальной защиты интересов населения в охране здоровья, обеспечивающей поддержание здоровья граждан путем оказания дополнительных медицинских услуг сверх базовой программы ОМС на добровольных началах.

Основным фактором развития ДМС является спрос населения на получение более качественных и дополнительных медицинских услуг, сверх того объема, который гарантирован в рамках обязательных страховых программ. Примечательны в этой связи работы исследователя *А.А. Трегубовой,* поскольку представляют собой попытки определить *целевую группу потребителей услуг* для ориентации страховщиков как основы при продвижении добровольного медицинского страхования среди населения. К основным детерминантам спроса на медицинские услуги *исследователем с помощью дискриминантного анализа* были отнесены: недавняя госпитализация, самооценка индивидом здоровья как плохого, наличие у него проблем со здоровьем, хронических заболеваний, профессиональная принадлежность к конторским служащим, профессионалам со средним специальным образованием, пол индивида, самооценка здоровья, длительность рабочей недели. *К основным характеристикам потенциальных потребителей услуг* ДМС, которые необходимо учитывать при продвижении этого страхового продукта, могут быть отнесены объективные и субъективные оценки состояния здоровья индивида, его профессиональная принадлежность, занятость, уровень образования [5, с. 82].

На сегодняшний день многими авторами отмечается *низкий спрос со* стороны частных клиентов, который обусловлен *низкими доходами* населения и высокой стоимостью полиса ДМС. Рентабельность

розничного ДМС находится на низком уровне, что приводит к установлению более высоких цен для частных клиентов, чем для корпоративных. Так как спрос отдельных клиентов невелик, то и предложение страховщиков соответствующее. Для физических лиц также существуют налоговые льготы – это налоговые вычеты на медицинское обслуживание и взносы по ДМС, однако об этом мало кто знает, существуют сложности с оформлением вычета, а получить его можно только после покупки полиса ДМС.

Одним из ограничителей роста развития добровольного медицинского страхования выступает *планка платежеспособного спроса*. По данным социологического исследования, проведенного исследователем А.М. Баженовым, те, кто готов приобрести полис ДМС, в среднем согласны за год потратить на него *в два раза меньше*, чем расходует на медицинское обслуживание на самом деле [6, с. 60].

Другим фактором, также *препятствующим развитию* системы добровольного медицинского страхования в России, является широкое распространение *«неформальных платежей»* (НП – оплата деньгами, производимая «в руки» медицинским работникам) как *«теневой» способ* проявления благодарности со стороны пациентов за получение медицинских услуг. Также под «неформальными платежами» понимаются расходы пациентов, связанные с приобретением лекарств и медицинских материалов для проведения амбулаторного или стационарного лечения.

Особенностью их является (в отличие от вознаграждения от пациента за медицинскую услугу, которое является добровольным актом со стороны пациента) то, что неформальные» платежи» являются *результатом целенаправленных действий со стороны врача*, который напрямую или опосредованно вынуждает пациента или его родственников к *оплате тем или иным способом бесплатных* медицинских услуг. И.П Артюхов., К.А. Сенченко, А.Ю. Виноградов справедливо отмечают, что «в условиях существования развитых практик НП медицинские работники *предпочитают продолжать* использовать помещения и оборудование государственных медицинских учреждений для извлечения личных доходов, *нежели предпринимать усилия* по открытию и развитию легальных частных медицинских практик» [7, с. 86].

Помимо вышеназванных факторов, определяющих особенности развития системы ДМС в России, В.В. Назарова называет также следующие [8, с. 169]:

– страховые компании превращаются в мощный инструмент финансирования лечебных учреждений, что приводит к созданию собственной медицинской инфраструктуры;

– низкая конкуренция на рынке лечебных учреждений приводит к росту цен на медицинские услуги, при этом прослеживается дефицит медицинских учреждений среднего класса;

– конфликт интересов страховых компаний и лечебных учреждений, вследствие завышения стоимости и количества оказанных услуг со стороны медицинский учреждений;

– в общей структуре ДМС преобладает доля лиц, имеющих высокий риск заболеваемости;

– недостаточный уровень культуры ДМС и недоверие к системе страхования;

– сохранение низкой удовлетворенности качеством оказания медицинской помощи в рамках ДМС;

– общей для всех участников медицинского страхования является проблема отсутствия единых законодательно установленных стандартом качества медицинской помощи.

В этом ее поддерживает исследователи И.С. Черепанова, А.М. Говоров [9, с. 50], которые конкретизируют, что несовершенство законодательной базы проявляется также в отсутствии специального федерального закона о ДМС, несоответствии между имеющимися законодательными документами – Федеральными законами РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» и «Об организации страхового дела». А низкая страховая культура населения проявляется также в том, что граждане приобретают полисы ДМС не для того, чтобы обезопасить себя от непредвиденных затрат в случае наступления страхового случая, а чтобы «полечиться» за счет страховой компании. Это вынуждает большинство страховых компаний ограничивать или полностью исключать из своего страхового портфеля по ДМС страхователей —

физических лиц.

Несмотря на существующие проблемы в системе ДМС, исследователями [8, с. 168–169], раскрываются следующие *положительные тенденции развития* добровольного медицинского страхования в России за последние годы:

– *рост спроса на медицинские* услуги, обусловленный как объективными (рост заболеваний среди населения), так и субъективными (стремление получить более качественную медицинскую помощь) факторами;

– *ухудшения в государственной, формально бесплатной медицине*, финансирование которой осуществляется через систему ОМС;

– *невозможность практической реализации реформирования системы ОМС*, недостаточность ее финансового обеспечения, приводящая к необходимости доплат, обуславливает восприятие потребителем системы ДМС как альтернативы платных услуг. ДМС является более выгодным способом получения услуг, так как включает в себя контроль качества лечения и объема оказанных услуг со стороны страховой компании и возможность получить услуги на сумму, превышающую оплаченную;

– *постепенно меняется восприятие страховщика* как посредника, основной задачей которого является осуществление платежей. Страховая компания начинает восприниматься как партнер, способствующий улучшению работы медицинского учреждения;

– *рост социальной ответственности бизнеса* – страхование сотрудников становится неотъемлемой частью компенсационного пакета в большом числе компаний. Стимулирование роста объемов ДМС связано с желанием потребителей, имеющих полис ДМС по месту работы, сохранить его при смене работы.

В России при ограниченности бюджетных средств, выделяемых на охрану здоровья, и недостаточности средств обязательного медицинского страхования, *добровольное медицинское страхование «вытесняется» различными формами оказания населению платных медицинских услуг, зачастую, теневого характера*. В свете новых требований программы добровольного медицинского страхования, на взгляд исследователей В.О. Щепина, В.П. Милякова, Г.Р. Бульхиной, должны конкурировать не с системой обязательного медицинского страхования, а с платными медицинскими услугами [10, с. 48]. Вследствие этого, полноценное развитие ДМС возможно только при развитии сферы легитимных платных услуг в медицинских организациях. Однако наряду с коммерческим интересом по развитию программ ДМС должна преследоваться целевая направленность добровольного медицинского страхования, вытекающая из общей государственной политики по профилактике, по принятию превентивных мер в предотвращении заболеваний и формировании национальной идеи здорового образа жизни. Принцип страхования здоровья в перспективе должен стать определяющей чертой отечественного медицинского страхования.

Ограничивает масштабы сотрудничества страховых компаний и лечебных учреждений конфликт интересов, связанный со стремлением медиков завысить стоимость и количество оказанных услуг. Страховщики отмечают, что медицинские учреждения иногда повышают цены несколько раз в год, из-за чего страховые компании вынуждены брать на себя дополнительные расходы, так как договоры со страхователями заключаются без учета повышения цен. При этом, по свидетельству многих страховщиков, качество лечения не улучшается, а иногда, наоборот, наблюдается явный регресс. Более того, желающих застраховаться по ДМС стало так много, что ряд клиник отказывается работать со страховыми компаниями, предпочитая осуществлять расчеты с пациентами напрямую, считая, видимо, контроль со стороны страховщиков слишком обременительным.

Наиболее критичный среди факторов, тормозящих развитие рынка добровольного медицинского страхования, – фактор легитимности, иными словами, проблемы с налоговым законодательством в этой сфере.

Одним из наиболее действенных механизмов стимулирования развития ДМС могло бы стать увеличение размера вычета из налогооблагаемой базы при расчете налога на прибыль на сумму страховых взносов, уплаченных по договорам ДМС. Также среди перспективных инструментов

налогового стимулирования специалисты отмечают освобождение от налогообложения средств, направляемых страховыми организациями на формирование резерва предупредительных мероприятий по ДМС, и освобождение от налогообложения доходов, полученных гражданами в виде оплаты страховой компанией санаторно-курортных путевок. В то время как решение многих проблем, сдерживающих развитие ДМС, – вопрос длительного времени, приведение налогового законодательства в сфере медицинского страхования в соответствие с современными потребностями экономики позволило бы дать значительный импульс развитию ДМС в очень короткие сроки.

Краткий обзор состояния института ДМС показал, что данная сфера страхования требует изменений. Можно выделить три наиболее важных стратегии поддержки развития ДМС: 1) четкое разделение систем ОМС и ДМС; 2) обновление продуктовой линейки и стандартизация договоров ДМС; 3) упрощение применения налоговых льгот. Конечно, маловероятно, что это вопрос ближайшего будущего, но решение указанных проблем позволит дать значительный импульс развитию ДМС.

Библиографический список

1. Шарифьянова З.Ф., Минигазимова Л.Ф., Мухаметьянова Л.Р. Добровольное медицинское страхование (ДМС) и обязательное медицинское страхование (ОМС): сравнительный анализ // Инновационная наука. 2016. № 1–5 (17). С. 198–201.
2. Герасименко Л.В. Понятие и особенности договора добровольного медицинского страхования // Общество и право. 2010. № 2. С. 81–85.
3. Труфанова Л.В., Кирьянова Е.А. Актуальные проблемы развития добровольного медицинского страхования в России // Центральный научный вестник. 2017. Т. 2. № 21s (38s). С. 50–52.
4. Савинова Е.И. Правовое регулирование финансового обеспечения деятельности учреждений здравоохранения за счет средств добровольного медицинского страхования // Законность и правопорядок в современном обществе. 2011. № 4. С. 291–296.
5. Трегубова А.А. Определение целевой группы потребителей услуг добровольного медицинского страхования с помощью дискриминантного анализа // Учет и статистика. 2009. № 16. С. 77–82.
6. Баженов А.М. Добровольное медицинское страхование в России, состояние и пути развития // Сибирский медицинский журнал. 2008. Т. 77. № 2. С. 60–61.
7. Артюхов И.П., Сенченко К.А., Виноградов А.Ю. Отношение врачей к «неформальным» платежам // Сибирское медицинское обозрение. 2009. Т. 50. № 2. С. 85–88.
8. Назарова В.В. Определение факторов конкурентоспособности программ добровольного медицинского страхования // Актуальные проблемы современной науки. 2011. № 2–17. С. 163–171.
9. Черепанова И.С. Говоров А.М. Добровольное медицинское страхование в Российской Федерации: опыт развития и перспективы оказания качественных медицинских услуг // Вестник Росздравнадзора. 2010. № S1. С. 50–52.
10. Щепин В.О., Миляков В.П., Бульхина Г.Р. Перспективы добровольного медицинского страхования в свете новой законодательной базы российского здравоохранения // Российская академия медицинских наук. 2012. № 3. С. 48.

References

1. Sharifyanova Z.F, Minigazimova L.F, Mukhamet'yanova L.R. *Voluntary Medical Insurance (VMI) and Compulsory Medical Insurance (MHI): A Comparative Analysis*. *Innovatsionnaya nauka* [Innovative Science]. 2016, no. 1–5 (17), pp. 198–201. (In.Russian)
2. Gerasimenko L.V. *Concept and Features of the Contract of Voluntary Medical Insurance*. *Obschestvo i pravo* [Society and Law]. 2010, no. 2, pp. 81–85. (In.Russian)
3. Trufanova L.V, Kiryanova E.A. Topical Issues *of Development of Voluntary Medical Insurance in Russia*. *Tsentralnyiy nauchnyiy vestnik* [The Central Scientific Bulletin]. 2017, vol. 2, no. 21s (38s), pp. 50–52. (In.Russian)
4. Savinova E.I. *Legal Regulation of Financial Support for Health Care Institutions Covered by Funds of Voluntary Medical Insurance*. *Zakonnost i pravoporyadok v sovremennom obschestve*. [Law and Order in Modern Society]. 2011, no. 4, pp. 291–296. (In.Russian)
5. Tregubova A.A. *Determination of the Target Group of Consumers of Voluntary Health Insurance Services Using Discriminant Analysis*. *Uchet i statisti-*

ka. [Accounting and Statistics]. 2009, no. 16, pp. 77–82. (In.Russian)
6. Bazhenov A.M. *Voluntary Medical Insurance in Russia, Condition and Ways of Development*. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2008, vol. 77, no 2, pp. 60–61. (In.Russian)
7. Artyukhov IP, Senchenko KA, Vinogradov A.Yu. *Doctors' Attitude to "Informal" Payments*. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie* [Siberian Medical Review]. 2009, vol.50, no. 2, pp. 85–88. (In.Russian)
8. Nazarova V.V. *Determining the Factors of Competitiveness of Voluntary Health Insurance Programs*. *Aktualnyie problemyi sovremennoy nauki* [Topical Issues of Modern Science]. 2011, no. 2–17, pp. 163–171. (In.Russian)
9. Cherepanov I.S. Govorov A.M. *Voluntary Medical Insurance in the Russian Federation: Development and Prospects of High-Quality Healthcare Delivery*. *Bulletin of Roszdravnadzor* [Bulletin of Federal Service on Surveillance in Healthcare and Social Development of Russian Federation]. 2010, no. s1, pp. 50–52. (In.Russian)
10. Schepin V.O., Milyakov VP, Bulkhina G.R. *Prospects for Voluntary Medical Insurance in the Light of the New Legislative Framework of Russian Public Health*. *Rossiyskaya akademiya meditsinskih nauk* [Russian Academy of Medical Sciences]. 2012, no. 3, p. 48.

Сведения об авторе

Копалкина Евгения Геннадьевна, кандидат философских наук, доцент кафедры социологии и психологии Иркутского национального исследовательского технического университета, e-mail: kopalkina2017@list.ru

Author's Credentials

Kopalkina Evgenia Gennadievna, candidate of philosophical sciences, associate professor of sociology and psychology department of Irkutsk national research technical university, e-mail: kopalkina2017@list.ru

Критерии авторства

Копалкина Е.Г. провела исследование, оформила научные результаты и несет ответственность за плагиат.

Criteria for Authorship

Kopalkina E.G. has conducted research, formalized research results and bears responsibility for plagiarism.

Конфликт интересов

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of Interest

The author declares no conflict of interest.

Статья поступила 27.11.2017 г.

Received 11 November 2017