

УДК 368:61

DOI [10.17150/2072-0904.2015.6\(3\).9](https://doi.org/10.17150/2072-0904.2015.6(3).9)

Ю. В. Бондарь

*Байкальский государственный университет
экономики и права,
г. Иркутск, Российская Федерация*

О СОДЕРЖАНИИ ВНУТРЕННИХ И ВНЕШНИХ ПРОБЛЕМ В РАЗВИТИИ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ

Аннотация. Медицинское страхование, основанное на страховых принципах, играет важную роль в финансировании здравоохранения как в сочетании с бюджетным финансированием, так и самостоятельно. В России медицинское страхование реализуется в обязательной и добровольной формах. В статье рассматриваются проблемы в реализации добровольного медицинского страхования на современном этапе в России. Выделенные проблемы систематизированы в две группы. В первую (внешнюю) группу включены проблемы, опосредованные внешними факторами, такими как рост стоимости страхования; слабые экономические стимулы для страхователей; отсутствие необходимой инфраструктуры в регионах РФ. Во вторую (внутреннюю) группу входят проблемы, присущие механизму реализации добровольного медицинского страхования: распространение псевдостраховых инструментов; антиселекция рисков при добровольном медицинском страховании физических лиц; завышение медицинскими учреждениями объемов медицинской помощи.

Ключевые слова. Страхование; добровольное медицинское страхование; проблемы добровольного медицинского страхования; антиселекция рисков; онкострахование; медицинская помощь.

Информация о статье. Дата поступления 25 февраля 2015 г.; дата принятия к печати 6 апреля 2015 г.; дата онлайн-размещения 5 мая 2015 г.

Yu. V. Bondar

*Baikal State University of Economics and Law,
Irkutsk, Russian Federation*

ON CONTENT OF INTERNAL AND EXTERNAL PROBLEMS IN DEVELOPMENT OF VOLUNTARY MEDICAL INSURANCE IN RUSSIA

Abstract. The medical insurance based on insurance principles, plays a crucial role in health care financing, both in a combination with budgetary financing and independently. In Russia, medical insurance is implemented in the mandatory and voluntary forms. The article considers problems in implementing voluntary medical insurance at the present stage in Russia. The identified problems are systematized in two groups. The first (external) group includes the problems mediated by external factors, such as growth of insurance cost; poor economic incentives for insurers; absence of necessary infrastructure in the regions of the Russian Federations. The second «internal» group includes the problems inherent in the implementation mechanism for voluntary medical insurance: distribution of pseudo-insurance tools; risk anti-selection in voluntary medical insurance of individuals; overstatement of medical aid size by medical institutions.

Keywords: Insurance; voluntary medical insurance; problems of voluntary medical insurance; anti-selection of risks; cancer insurance; medical aid.

Article info. Received February 25, 2015; accepted April 6, 2015; available online May 5, 2015.

Прежде чем перейти к непосредственному рассмотрению проблем, присущих добровольному медицинскому страхованию (ДМС) в настоящее время в России, представим основные показатели, характеризующие место ДМС на российском страховом рынке за 2012–2014 гг. (табл. 1–2).

Таблица 1

**Страховые премии
по добровольному медицинскому страхованию
в структуре страхового рынка России в 2012–2014 гг., тыс. р.**

Вид страхования	2012	Темп роста, %	2013	Темп роста, %	2014	Темп роста, %
Добровольное	662 255 180	119,8	739 132 283	111,6	808 922 844	109,4
Обязательное (кроме ОМС)	150 231 838	135,9	162 056 559	107,9	175 205 921	108,1
Личное (кроме страхования жизни)	183 973 569	126,4	208 731 987	113,5	219 578 042	105,2
ДМС	108 947 459	112,3	114 966 171	105,5	124 074 582	107,9
<i>Всего</i>	<i>812 469 018</i>	<i>122,4</i>	<i>904 863 559</i>	<i>111,3</i>	<i>987 772 587</i>	<i>109,2</i>

Составлено по данным Центрального Банка РФ. URL : http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrId=insurance_industry.

Таблица 2

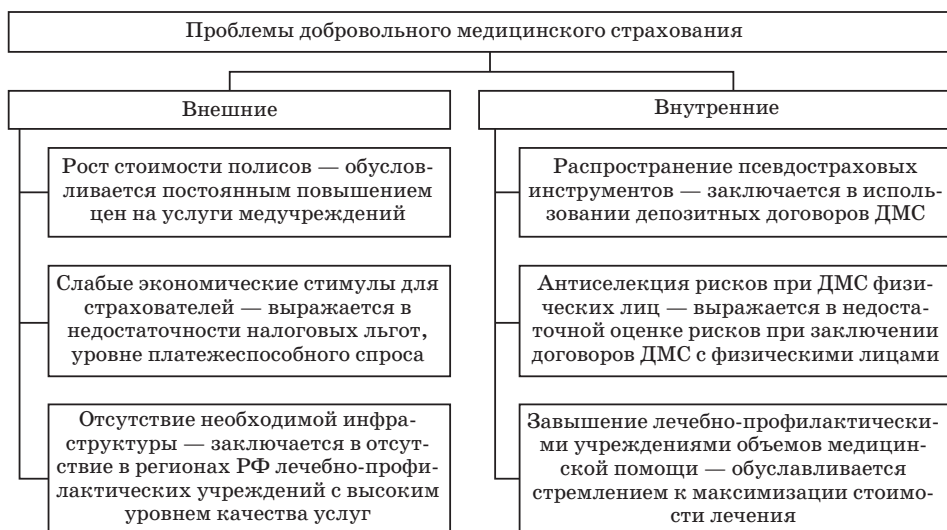
**Страховые выплаты
по добровольному медицинскому страхованию
в структуре страхового рынка России, тыс. р.**

Вид страхования	2012	Темп роста, %	2013	Темп роста, %	2014	Темп роста, %
Добровольное	294 688 604	122,6	325 998 999	110,6	363 075 991	111,4
Обязательное (кроме ОМС)	76 093 349	121,4	94 515 647	124,2	108 486 253	114,8
Личное (кроме страхования жизни)	92 353 725	113,7	103 138 430	111,7	110 493 429	107,1
ДМС	81 999 181	111,9	89 941 540	109,7	95 219 627	105,9
<i>Всего</i>	<i>370 781 953</i>	<i>122,3</i>	<i>420 769 030</i>	<i>113,5</i>	<i>472 268 587</i>	<i>112,2</i>

Составлено по данным Центрального Банка РФ. URL : http://www.cbr.ru/sbrfr/?PrId=insurance_industry.

Данные по страховым премиям и выплатам по страховому рынку за 2012–2014 гг. позволяют говорить о том, что ДМС имеет высокую концентрацию на российском страховом рынке. Однако в 2013–2014 гг. наблюдается снижение темпа роста страховых премий и выплат по ДМС, что объясняется различными проблемами в реализации данного вида страхования, рассмотрению которых посвящена данная статья.

Анализ проблем, выделяемых в развитии современного ДМС экспертами страхового рынка и являющихся предметом обсуждения в научной литературе, позволил нам сгруппировать их в два основных блока [5, с. 101–104; 7, с. 347–349; 10]: первый (внешний) — объединяет группу проблем, вызванных внешними факторами, которые сдерживают развитие ДМС в России; второй (внутренний) — включает внутренние проблемы, присущие самому ДМС (рис.).



Проблемы добровольного медицинского страхования в России

Перейдем к детальному рассмотрению обозначенных проблем ДМС.

1. *Рост стоимости полисов ДМС* — в данном случае наблюдается тенденция постоянного роста. Во-первых, систематическое повышение квалификации врачей, появление новых наукоемких технологий, методик лечения, лекарств — с каждым годом увеличивает стоимость медицинских услуг. Во-вторых, кризисные явления, происходящие в настоящее время в экономике страны, в частности, произошедшая девальвация рубля. Причем, если ранее рост тарифов на ДМС составлял ежегодно порядка 5–7 %, то к началу 2015 г. крупнейшие страховые компании повысили свои тарифы по ДМС до 20 %¹. Такое резкое увеличение цен объясняется тем, что в структуре стоимости медицинских услуг определенную долю занимают расходы на медицинские препараты, оборудование и расходные материалы, многие из которых закупаются за рубежом. Более того, в условиях кризиса лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) стараются оказать своим пациентам как можно больше медицинских услуг, тем самым получив от них, а следовательно, и их страховщиков (если у клиента есть полис ДМС) как можно большую финансовую отдачу. В-третьих, рост числа заболеваний граждан и, как следствие, рост числа обращений к врачам. Эта проблема имеет, скорее, психологический аспект, так как именно в кризисные годы люди начинают больше переживать по различным аспектам своей жизни, в том числе и за свое здоровье.

Кроме того, многие медицинские учреждения, относящиеся к категории премиум, из-за высокого спроса на их услуги, а также их малого количества не в состоянии удовлетворить потребности всех потенциальных клиентов. В целях ограничения клиентской базы такие ЛПУ периодически поднимают цены на свои услуги, причем страховщики не имеют достаточных возможностей влиять на этот процесс. В такой ситуации страховщики, находящиеся в условиях жесткой конкуренции, вынуждены максимально снижать издержки, что в итоге отражается и на качестве (в сторону ухудшения) заключаемых договоров страхования.

¹ URL : <http://www.gazeta.ru/business/2015/01/27/6388145.shtm>.

2. *Слабые экономические стимулы для страхователей.* В отношении основных потребителей данных услуг (юридических лиц) это выражается в низкой доле расходов на ДМС от фонда оплаты труда, которая учитывается при снижении налогооблагаемой базы по уплате налога на прибыль, составляющей сегодня 6 %. Данная норма действует с 2009 г. и закреплена в Налоговом кодексе РФ (п. 16 ст. 255), где указано, что к расходам на оплату труда в целях налогообложения прибыли относятся суммы платежей (взносов) работодателей по договорам добровольного страхования, заключенным в пользу работников со страховыми организациями, имеющими лицензии, выданные в соответствии с законодательством РФ, на ведение соответствующих видов деятельности в РФ, в частности по договорам добровольного личного страхования работников, заключаемым на срок не менее 1 года и предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников. Как было отмечено, взносы по договорам добровольного личного страхования, предусматривающим оплату страховщиками медицинских расходов застрахованных работников, включаются в состав расходов в размере, не превышающем 6 % от суммы расходов на оплату труда. Наряду со взносами по ДМС, в качестве расходов на оплату труда с 1 января 2010 г. признаются также затраты работодателей на оплату медицинских услуг, оказываемых сотрудниками. Договор с медицинской организацией должен быть заключен на срок не менее 1 года, а сама организация должна иметь лицензию на осуществление медицинской деятельности. Общий лимит для признания данных расходов (взносов по договорам ДМС и непосредственной оплаты услуг медицинским учреждениям) остался таким же — не более 6 % от суммы расходов на оплату труда. Добавим также, что в соответствии со ст. 213 Налогового кодекса РФ в налоговую базу по НДФЛ включаются суммы доходов в виде страховых выплат, но на договоры добровольного страхования, которыми предусмотрены выплаты на случай смерти, причинения вреда здоровью и (или) возмещения медицинских расходов, это правило не распространяется (п. 3 ст. 213).

Отметим, что до 2009 г. взносы по договорам ДМС включались в состав расходов в размере, не превышающем 3 % от суммы расходов на оплату труда. Интересен тот факт, что некоторые эксперты называли такое налоговое ограничение, введенное с 1 января 2002 г., снижением уровня необлагаемого налогом взноса на ДМС для корпоративных клиентов, показывая, что 3 %-ная доля от фонда оплаты труда в абсолютном выражении меньше, чем существовавшая ранее льгота, равная 1 % от объема реализуемой продукции [3, с. 17].

Действие данного фактора проявлялось в том, что корпоративные клиенты снижали размер взносов по ДМС, приобретая менее качественные программы, страховали только руководящий состав коллектива, при этом нередко используя псевдостраховые продукты, в частности, депозитное страхование. Повышение лимита с 3 до 6 % в 2009 г., несомненно, явилось позитивным фактором и сгладило отмеченную ситуацию.

Реализация законодательных инициатив по увеличению доли расходов на ДМС сотрудников, относящейся на себестоимость продукции, безусловно, способствует повышению привлекательности данных услуг для юридических лиц. Однако необходимо учитывать, что введение ограничения в 3 % в 2002 г. было направлено на снижение схемных операций с использованием ДМС, которое закрепили в Налоговом кодексе РФ наряду с ограничением минимального срока действия договора ДМС. Таким образом, учитывая более чем 20-летний опыт и особенности реализации ДМС в России, целесообразно осуществлять введение дополнительных налоговых преференций совместно с разработкой и внедрением механизмов ограничения депозитных договоров страхования.

3. *Отсутствие необходимой инфраструктуры*, заключающееся в нехватке в регионах медицинских организаций, оказывающих услуги высокого качества. Наибольшая доля таких медицинских учреждений приходится в г. Москва и г. Санкт-Петербург. Соответственно, что и спрос на ДМС в регионах значительно ниже из-за отсутствия необходимой материально-технической базы, медуслуг высокого качества и достойного сервиса.

Острота проблемы состоит в том, что в условиях отсутствия требуемой для реализации ДМС соответствующих медицинских учреждений, в регионах страны используются ресурсы системы обязательного медицинского страхования (ОМС), т. е. программы ДМС покрывают имущественные интересы застрахованных лиц, связанные с необходимостью получения медицинских услуг, включенных в программу ОМС. Отличие состоит только в том, что при ДМС медицинские услуги предоставляются на более комфортных для клиентов условиях (отсутствие очередей, отдельная палата и т. д.).

Справедливости ради стоит отметить, что недостаток ресурсов государственных и муниципальных медучреждений преодолевается путем развития сети частных ЛПУ, в основном по инициативе и под контролем страховых компаний. По пути создания собственных клиник пошли ряд крупнейших отечественных страховщиков, таких как «Росгосстрах», «Ингосстрах», «ВСК», «Альфа Страхование» и др.

Очевидно, что для страховщиков собственные медицинские учреждения дают возможность получать прибыль от оказанной медицинской услуги, а также возможность регулировать страховые процессы. Это связано с тем, что в собственном ЛПУ исчезает проблема завышения счетов за оказанные медицинские услуги, и, главное, у страховой организации появляется возможность контролировать цены на медицинские услуги. Немаловажно и то, что развитие частного сектора медицинских услуг независимо от того, принадлежат ли конкретные медицинские организации страховщикам или нет, способствует легализации скрытой медицины, сокращению неофициальных платных медуслуг.

Если обратиться к зарубежному опыту, то там можно увидеть тесную интеграцию медицинских учреждений и страховщиков. Положительные результаты такой интеграции выражаются прежде всего в регулировании страховщиками цен на медицинские услуги, четко отлаженном информационном сообщении, а также в унификации процессов предоставления медицинской помощи [4, с. 97–98; 8; 9, с. 24].

По своей сути ДМС должно обеспечивать оплату той части медицинской услуги, которая превышает нормативы, предусмотренные ОМС. Именно тогда начинает соблюдаться принцип бесплатности медицинской помощи, оказанной в рамках системы ОМС, и ее дополнение механизмами ДМС. Поэтому частные медицинские организации, претендующие на участие в системе ОМС, должны в качестве замены платных медицинских услуг использовать программы ДМС.

Интересен тот факт, что Министерство здравоохранения РФ предлагает внедрить в России новую систему организации медицинской помощи под рабочим названием ОМС+. В ее рамках любой гражданин, имеющий бесплатный полис ОМС, может за дополнительную плату получить медицинские услуги, не предусмотренные системой государственных гарантий¹. Для получения ДМС необходимо будет приобрести дополнительный страховой медицинский полис ОМС+. Предполагается, что застрахованным гражданам по такой системе может быть предоставлен налоговый вычет. На стоимость полиса будет влиять

¹ URL : <http://www.rosmedstrah.ru/news.php?id=1018>.

наличие у гражданина своевременно пройденной диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, наличие (отсутствие) вредных привычек. По мнению авторов данной инициативы, полис ОМС+ позволит легализовать теневые соплатежи населения работникам медучреждений. Это предложение содержится в проекте Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015–2030 гг., подготовленном Минздравом РФ.

Далее перейдем к последовательному рассмотрению проблем в развитии ДМС, обозначенных в качестве внутренних, присущих механизму его реализации.

1. *Распространение псевдостраховых инструментов.* Отметим, что формально «депозитные» договоры ДМС ничем не отличаются от классических — «рисковых» договоров страхования. В подобных договорах ДМС указанная страховая сумма превосходит размер страховой премии, однако максимальный размер страховых выплат не превышает страховой премии, так как определенные механизмы позволяют страховщику ограничивать размер страховых выплат рамками страховой премии, уменьшенной на размер расходов на ведение дела. Это, например, установление лимитов ответственности по некоторым программам страхования, входящим в состав договора ДМС; расширение страхового покрытия определенной рискованной частью, которая прописана в договоре, но не будет использоваться страхователем (по негласной договоренности страховщика и страхователя).

Добавим, что в российском страховом законодательстве не предусмотрено никаких ограничений по заключению «депозитных» договоров ДМС. Страховая премия, являясь частью страховой суммы, не может быть больше последней — этот основополагающий принцип страхования в данном случае не нарушен. И это единственное реально существующее ограничение, которое с учетом действия описанных механизмов может быть преодолено.

Еще одно, вытекающее из отмеченного, обстоятельство: в официально публикуемой статистической информации отсутствуют сведения об объемах «депозитных» договоров на рынке ДМС. Однако можно предположить, что их доля весьма существенна, поскольку такая схема работы в равной степени выгодна и страхователю, и страховщику, первый из которых гарантированно получит необходимый объем медицинской помощи, а второй с максимальной вероятностью определяет финансовый результат деятельности по ДМС. Кроме того, «рисковые» договоры ДМС, предполагающие возможность существенного превышения фактической убыточности над плановой, вынуждают страховщиков в значительной степени сужать входящие в их состав страховые программы. Например, стоматологическая помощь по таким договорам, как правило, предполагает покрытие только случаев экстренной хирургии, исключая протезирование и другие дорогостоящие процедуры; в рамках «рисковых» договоров в большинстве случаев не предусматриваются профилактические осмотры, санаторно-курортное, реабилитационно-восстановительное лечение и другие аналогичные медицинские услуги.

Таким образом, привлекательность «депозитных» договоров ДМС, а также их востребованность на рынке медицинского страхования очевидна.

Альтернативой таким договорам ДМС должны стать реальные «рисковые» договоры, основанные на детальном актуарном обосновании страховых тарифов в отношении различных групп и категорий населения, оценке состояния здоровья застрахованных, применении профилактических мер. Важным в развитии таких договоров является установление в качестве их параметров собственного участия застрахованных лиц в покрытии убытков (оплате медицинских расходов) на основе введения франшиз и лимитов ответственно-

сти страховщика. Это позволит ограничить злоупотребления застрахованных лиц в получении медицинской помощи, поскольку она будет затрагивать их собственные имущественные интересы. Причем впервые этот аспект получил практическую реализацию в условиях предыдущего кризиса (2008–2009). Как отмечает Е. В. Андреева, «Что касается повышения роли франшизы, то это, безусловно, положительное влияние кризиса, так как применение франшизы, особенно в массовых видах страхования, снижает расходы на ведение дела и повышает эффективность страхования, способствует оптимальной защите рисков» [2].

Интересно, что существует иная (скорее негативная) точка зрения на необходимость применения франшиз в ДМС. В частности, А. С. Адонин в своей статье «Страхование здоровья как перспективный вид страхования в России» отмечает: «Не совсем корректно, что страховщики (в том числе через работодателей) предлагают при некоторых заболеваниях использовать услуги общераспространенного ОМС и экономить на ДМС за счет “безусловной” франшизы (на нее же рассчитывают люди, не имеющие достатка приобрести хороший полис ДМС» [1, с. 289]. Мы же присоединимся ко мнению О. И. Русаковой и Э. А. Беженцевой, которые в качестве одного из направлений взаимодействия здравоохранения и медицинского страхования выделяют ДМС, при этом страхователь оплачивает часть стоимости медицинских услуг, что, в свою очередь, определяет более ответственное отношение застрахованных к потреблению медицинской помощи, повышает осведомленность о ее стоимости [5, с. 101].

Выравниванию ситуации, на наш взгляд, может способствовать либо инициатива страховщиков, либо желание и понимание клиентов по заключению «рисковых» договоров ДМС. Очевидно, что при грамотном управлении медицинскими рисками персонала предприятия, «рисковые» договоры могут оказаться более эффективными для страхователя. Однако, как отмечают специалисты, тарифы по такому договору очень высоки — для физических лиц до 75 % от страховой суммы, а для коллективного ДМС, где происходит дополнительная диверсификация риска, до 30 % [6, с. 466].

2. Антиселекция рисков. Еще одна, выделенная нами проблема — проблема антиселекции рисков при ДМС за счет средств физических лиц.

Так, страховщики не безосновательно отмечают, что большинство физических лиц рассматривают ДМС как покупку «абонемент» на лечение и готовы самостоятельно приобрести медицинскую страховку только тогда, когда возникает необходимость в получении медицинской помощи.

Следствием этого является антиселекция (ухудшающийся отбор) рисков, когда в портфель страховщиков попадают заведомо убыточные договоры. Естественной реакцией страховых компаний является рост цен на полисы ДМС для физических лиц, существенное занижение объемов медицинских услуг, предусмотренных программами страхования, что приводит к невыгодным для страхователя условиям. Другим вариантом реакции страховщиков на такую ситуацию является то, что многие программы, предлагаемые физическим лицам, на самом деле являются формой прикрепления к определенному медицинскому учреждению и во многом схожи с депозитными договорами ДМС.

Самым очевидным решением данной проблемы является проведение предстраховой экспертизы — медицинского освидетельствования, изучения истории болезни застрахованного, что позволит в большей степени индивидуализировать тарифы по ДМС для физических лиц. Эффективны и другие пути решения проблемы антиселекции рисков по ДМС физических лиц. Это включение в условия договоров ДМС собственного участия застрахованных в оплате медицинских услуг (франшизы, лимиты ответственности), об этом уже

было сказано выше. Кроме того, возможен вариант долгосрочного сотрудничества с физическими лицами, предусматривающие постепенное расширение объемов страхового покрытия, снижение франшизы, ежегодное увеличение лимитов ответственности. Такие предложения, на наш взгляд, могут быть интересны клиентам молодого возраста, с лучшими показателями здоровья. При этом наибольший эффект таких предложений страховщиков будет достигаться при их сочетании с проведением предстраховой экспертизы.

3. *Завышение медицинскими организациями объемом медицинской помощи.* В завершение рассмотрения проблем в реализации ДМС необходимо отметить, что часть из них вызвана деятельностью медицинских организаций. Так, нами выделяется проблема необоснованного расширения объема медицинских услуг. К сожалению, лечебные учреждения широко практикуют не обоснованное медицинскими показаниями расширение объемов диагностических исследований и применение дорогостоящих методик лечения.

Выделяя данную проблему, считаем необходимым подчеркнуть, что с учетом специфики медицинских услуг факторы обоснованности их оказания являются во многом субъективными и зависят от целого ряда условий. Схожие проблемы имеют место во многих развитых странах. Возможный путь решения данной проблемы состоит в унификации процедур оказания медицинской помощи.

По мнению специалистов «Эксперт РА», чтобы не допустить стагнации рынка медицинского страхования, страховщики должны разрабатывать и предлагать клиентам новые продукты, которые станут драйверами роста рынка в будущем. В условиях высокой стоимости лечения критических заболеваний потенциальный спрос на такие программы ДМС очень высок. Кроме того, с развитием программ, включающих критические заболевания, вырастет и доля физических лиц по взносам в ДМС (в связи с отсутствием ухудшающего отбора стоимость продукта сопоставима для корпоративных клиентов и клиентов-физических лиц)¹. В качестве примера реализации одной из подобных программ ДМС можно привести программу онкострахования, которую разработала страховая компания «Метлайф». В частности, генеральный директор этой компании А. Зарецкий отмечает: «...в условиях кризиса растет спрос на специальную страховую защиту: при постановке диагноза по критическим заболеваниям обычно прекращается действие полиса ДМС. Онкозаболевания всегда требуют серьезных финансовых затрат на лечение. Это оказывается тяжелым бременем для семей»². Предполагается, что новая программа будет реализовываться во всех регионах России. Она предусматривает денежные выплаты при диагностировании онкозаболеваний у женщин от 18 до 65 лет, в программу можно войти до 55 лет. Страховая сумма достигает до 1 млн р. При этом, программы страхования онкозаболеваний в РФ существуют, но носят единичный характер. Например, в качестве дополнительной опции к полису ДМС ее использует «ВТБ Страхование»³.

В заключение отметим, что в нынешних кризисных условиях развитие ДМС, на наш взгляд, необходимо связывать с нивелированием влияния перекрученных отрицательных моментов. При этом акцент следует сделать на следующие мероприятия:

- систематизация и тарификация медицинской помощи;
- частичное участие застрахованных в оплате медицинской помощи (применение франшиз и лимитов ответственности);

¹ URL : <http://www.raexpert.ru/project/medicine/2014/resume/>.

² URL : <http://www.finmarket.ru>.

³ URL : <http://www.vtbins.ru>.

- постепенное расширение объемов страхового покрытия, снижение франшизы, ежегодное увеличение лимитов ответственности (при долгосрочном сотрудничестве страховщика и страхователя);
- обязательное проведение предстраховой экспертизы страховщиком при заключении договора ДМС со страхователем — физическим лицом;
- постепенное расширение страховых программ ДМС, куда должно войти покрытие по заболеваниям, которые в настоящее время являются исключениями по полисам ДМС, например, по диабету или, как было отмечено, онкологическим заболеваниям.

Список использованной литературы

1. Адонин А. С. Страхование здоровья как перспективный вид страхования в России / А. С. Адонин // Страховые интересы современного общества и их обеспечение : материалы XIV Междунар. науч.-практ. конф. — Саратов : Изд-во Саратов. гос. ун-та им. Н. Г. Чернышевского, 2013. — С. 285–290. — URL : <http://elibrary.ru/download/34600808.pdf>.
2. Андреева Е. В. Перспективы развития региональных страховых рынков с учетом последствий мирового финансового кризиса / Е. В. Андреева // Известия государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права) (электронный журнал). — 2010. — № 6. — URL : <http://eizvestia.isea.ru/reader/article.aspx?id=13940>.
3. Баранов И. Н. Роль страховых медицинских организаций в реформировании системы здравоохранения Санкт-Петербурга / И. Н. Баранов, Т. М. Скляр // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. — 2003. — № 3. — С. 17.
4. Бондарь Ю. В. Проблемы реформирования системы медицинского страхования в США / Ю. В. Бондарь // Экономический кризис и возможные пути его преодоления : материалы междунар. науч.-практ. конф. Иркутск, 22–24 марта 2010 г. / под ред. В. И. Самарухи, Ж.-П. Гишара. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2010. — С. 97–104.
5. Русакова О. И. Медицинское страхование : учеб. пособие / О. И. Русакова, Э. А. Беженцева. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2014. — 132 с.
6. Страхование : учеб. для бакалавров / под ред. Л. А. Орланюк-Малицкой, С. Ю. Яновой. — 2-е изд., перераб. и доп. — М. : Юрайт, 2012. — 869 с.
7. Тимонина Е. Н. Проблема выбора: обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование или услуги частных клиник / Е. Н. Тимонина // Страховые интересы современного общества и их обеспечение : материалы XIV Междунар. науч.-практ. конф. — Саратов : Изд-во Саратов. гос. ун-та им. Н. Г. Чернышевского, 2013. — С. 346–249.
8. Херцлингер Р. Ключ к интеграции медицинских информационных систем / Р. Херцлингер, М. Селтцер, М. Гейнор. — URL : <http://www.osp.ru/medit/2014/04/13040510.html>.
9. Шейман И. М. Конкурентная модель обязательного медицинского страхования: опыт Нидерландов и его значение для России / И. М. Шейман // Экономика здравоохранения. — 2006. — № 3/4. — С. 22–29.
10. Юргенс И. Ю. Страховой рынок в 2014 году: вызовы и перспективы / И. Ю. Юргенс. — URL : <http://www.insur-info.ru/analysis/953/>.

References

1. Adonin A. S. Health insurance as a promising type of insurance in Russia. *Strakhovyye interesy sovremennoy obshchestva i ikh obespechenie. Materialy XIV Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii* [Insurance interests of modern society and their provision. Materials of XIV International Science and Practice Conference]. Saratov State University Publ., 2013, pp. 285–290. Available at: <http://elibrary.ru/download/34600808.pdf>. (In Russian).
2. Andreyeva E. V. Prospects of developing regional insurance markets in view of consequences of global financial crisis. *Izvestiya Irkutskoy gosudarstvennoy ekonomicheskoy akademii (Baykalskiy gosudarstvennyy universitet ekonomiki i prava) = Izvestiya of Ir-*

Irkutsk State Economics Academy (Baikal State University of Economics and Law), 2010, no. 6. Available at: <http://eizvestia.isea.ru/reader/article.aspx?id=13940>. (In Russian).

3. Baranov I. N., Sklyar T. M. Role of insurance medical organizations in reforming the healthcare system in Saint Petersburg. *Ekonomika i praktika obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya* = *Economy and practice of compulsory medical insurance*, 2003, no. 3, pp. 17. (In Russian).

4. Bondar' Yu. V. Problems of reforming the medical insurance system in the USA. In Samarukha V. I., GisharZh.-P. (eds). *Ekonomicheskii krizis i vozmozhnye puti ego preodoleniya. Materialy Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii, Irkutsk, Mart, 2010 g.* [Economic crisis and possible ways of overcoming it. Materials of International Science and Practice Conference, Irkutsk, March, 2010]. Irkutsk, Baikal State University Economics and Law Publ., 2010, pp. 97–104. (In Russian).

5. Rusakova O. I., Bezhentseva E. A. *Meditsinskoe strakhovanie* [Medical insurance]. Irkutsk, Baikal State University of Economics and Law Publ., 2014. 132 p.

6. Orlanyuk-Malitskaya L. A., Yanova S. Yu. (eds). *Strakhovanie* [Insurance]. 2nd ed. Moscow, Yurait Publ., 2012. 869 p.

7. Timonina E. N. The problem of choice: compulsory medical insurance, voluntary medical insurance or private clinic services. *Strakhovye interesy sovremennogo obshchestva i ikh obespechenie. Materialy XIV Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* [Insurance interests of the modern society and their provision. Materials of XIV International Science and Practice Conference]. Saratov State University Publ., 2013, pp. 346–249. (In Russian).

8. Khertslinger R., Seltser M., Geinor M. *Klyuch k integratsii meditsinskikh informatsionnykh sistem* [The key to integration of medical information systems]. Available at: <http://www.osp.ru/medit/2014/04/13040510.html>. (In Russian).

9. Sheiman I. M. Competitive model of compulsory medical insurance: Experience of the Netherlands and its significance for Russia. *Ekonomika zdravookhraneniya* = *Economy of Health Care*, 2006, no. 3/4, pp. 22–29. (In Russian).

10. Yurgens I. Yu. *Strakhovoi rynek v 2014 godu: vyzovy i perspektivy* [Insurance market in 2014: challenges and prospects]. Available at: <http://www.insurinfo.ru/analysis/953/>. (In Russian).

Информация об авторе

Бондарь Юлия Владимировна — кандидат экономических наук, старший преподаватель, кафедра страхования и управления рисками, Байкальский государственный университет экономики и права, 664003, г. Иркутск, ул. Ленина, 11, e-mail: bondar_1981@list.ru.

Author

Yuliya V. Bondar — PhD in Economics, Senior Lecturer, Chair of Insurance and Risk Management, Baikal State University of Economics and Law, 11 Lenin St., 664003, Irkutsk, Russian Federation; e-mail: bondar_1981@list.ru.

Библиографическое описание статьи

Бондарь Ю. В. О содержании внутренних и внешних проблем в развитии добровольного медицинского страхования в России / Ю. В. Бондарь // Известия Иркутской государственной экономической академии (Байкальский государственный университет экономики и права). — 2015. — Т. 6, № 3. — DOI: [10.17150/2072-0904.2015.6\(3\).9](https://doi.org/10.17150/2072-0904.2015.6(3).9).

Reference to article

Bondar Yu. V. On content of internal and external problems in development of voluntary medical insurance in Russia. *Izvestiya Irkutskoy gosudarstvennoy ekonomicheskoy akademii (Baykalskiy gosudarstvennyy universitet ekonomiki i prava)* = *Izvestiya of Irkutsk State Economics Academy (Baikal State University of Economics and Law)*, 2015, vol. 6, no. 3. DOI: [10.17150/2072-0904.2015.6\(3\).9](https://doi.org/10.17150/2072-0904.2015.6(3).9). (In Russian).