

**Список литературы:**

- [1] <http://www.nalog.ru> Федеральная налоговая служба  
[2] <http://www.minfin.ru> Министерство финансов РФ  
[3] <http://www.gks.ru> Федеральная служба государственной статистики

*Н.А. Маркова, М.А. Малочкина, А.А. Селезенева, Д.В. Смирнова*  
*ФБОУ ВПО «ВГАВТ»*

## **ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО И ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РОССИИ**

В статье рассмотрено современное состояние обязательного и добровольного медицинского страхования в России; определены перспективы их развития.

С начала 2011 года система ОМС направлена на оказание медицинской помощи населению свыше 490 млрд.руб., до конца года ожидается, что сумма составит 547 млрд. руб. Аналогичный показатель за 2010 год составлял 525 млрд. руб. Увеличение денежных средств, реализованное в 2011 году, и еще более значимое увеличение, запланированное на 2013 год, достигается за счет следующих факторов. Во-первых, вступает в силу новый порядок законодательного регулирования платежей на неработающее население, ожидаемый общий эффект от которого – приток порядка 300 млрд. руб. дополнительно в систему. Во-вторых, имеет значение принятое решение об увеличении ставки, по которой денежные средства зачисляются в систему ОМС, с 3,1 % до 5,1 %. Это очень существенное увеличение денежных средств, и сегодня эти средства уже расходуются на программы модернизации (то есть на закупку нового оборудования медучреждений, ремонт и т.д.) Увеличение ставки, в совокупности с увеличением платежа по неработающему населению, даст к 2015 году примерно 1 трлн.406 млрд. объема средств в систему ОМС.

Важное обстоятельство – уменьшение числа страховых медицинских организаций, в том числе, вследствие новых требований к размеру уставного капитала. На 1 января 2011 года в системе ОМС работало 95 страховых медицинских организаций, к настоящему времени продолжают работать 89 страховых компаний (для сравнения, на конец 2009 года их было 107). Сокращение их числа – позитивная тенденция, поскольку происходит укрупнение страховых организаций. Более 70 % граждан застрахованы по ОМС в 10 крупнейших компаниях. Системе ОМС не нужны маленькие компании, работающие в рамках не то что одного субъекта РФ, а подчас в рамках одного населенного пункта. Поэтому, когда был поставлен вопрос о повышении требований к уставным капиталам, было бы неправильно и несправедливо, если бы те компании, которые страхуют квартиры, машины и т.п., увеличили капиталы, а тех, кто страхует здоровье – нет. Недопустимо, чтобы к тем, кто несет ответственность за самое ценное – за здоровье – требования были ниже. И даже если в результате в каком-то субъекте РФ будет присутствовать 3–4 филиала крупных компаний, этого, в принципе, вполне достаточно для решения необходимых задач.

Ключевая новация 2011 года в ОМС – реально заработало право выбора застрахованными гражданами врачей и страховых организаций. Формально право выбора страховой компании у гражданина было и до принятия нового закона, но реально выбор за работающими гражданами осуществлял работодатель, а за неработающими – соответствующий орган исполнительной власти субъекта Федерации. И никакого интереса бороться за клиента, за конкретного застрахованного у страховых компаний не прояв-

лялось – они боролись за то, чтобы получить доступ в кабинет руководителя организации-работодателя или руководителя местного органа власти. Согласно новому закону, выбор осуществляет только гражданин, это его исключительное право. Это возвращает страховую компанию от работы с руководителем к работе непосредственно с человеком. Список страховых организаций, работающих на территории данного региона, размещается на сайте территориального фонда ОМС. Кроме того, гражданин теперь вправе осуществлять и выбор медицинской организации. Все это будет способствовать развитию конкуренции между медучреждениями и повышению качества медицинской помощи.

Сейчас медицинские организации нередко проявляют недовольство контрольной деятельностью со стороны страховых компаний и требуют убрать из практики проверки и штрафы за различные нарушения, которые теми применяются к медучреждениям. В действующей системе законом закреплено право страховых медицинских организаций осуществлять контрольные функции, в отношении как качества медицинской помощи, так и тех расчетов, которые осуществляет медучреждение. Аналогичное право имеют и территориальные фонды ОМС. В типовых договорах, которые заключаются между страховыми компаниями и медицинскими организациями заложен ряд стандартных требований к медицинским организациям. В случае невыполнения этих стандартов и оказания ненадлежащей медицинской помощи к медучреждению применяются экономические санкции (штрафы).

В 2011 году начата выдача полисов нового образца и открыт эксперимент по переводу системы на применение «электронных полисов». Речь не идет о глобальной замене бланков полисов сразу для всего населения, но на новорожденных, лиц, сменивших фамилию, или застрахованных, поменявших страховую компанию, с мая 2011 года уже выдаются полисы нового образца. Поскольку Россия готовится к переходу на универсальную электронную карту гражданина, те полисы, которые выдаются сегодня, носят временный характер. Когда начнется выдача универсальных электронных карт, параллельно с ней полис ОМС применяться не будет, а в состав универсальной карты будет входить приложение, работающее как полис ОМС. ФОМС приступил к выдаче полисов нового образца (на бумажном носителе, а не в виде пластиковой карты, выпуск которой привел бы к напрасной трате дополнительных средств) уже сегодня по двум причинам. Во-первых, нужно упорядочивать информационную систему и формировать единую базу застрахованных, чтобы у нас не возникло «непонятное» количество застрахованных и один и тот же человек не был бы застрахован в разных страховых компаниях (число застрахованных, значившихся в старой системе, оказалось на 700 тыс. чел. больше, чем население РФ). Во-вторых, необходимо защитить интересы человека при его обращении в медицинскую организацию в случае возникновения различных вопросов, для этого нужно, чтобы в системе хранилась необходимая информация. Но главное, в тех субъектах, где в небольшом количестве выдается новый полис, появляется экспериментальная возможность опробовать технологию и подготовить систему к переходу потом на универсальную электронную карту, поскольку она потребует несколько иной инфраструктуры.

Что касается стратегического вопроса о том, нужны ли страховые организации в этой системе, он не перестает подниматься с первого дня существования ОМС в России. Страховые организации нужны. При разработке новых законов было принято решение оставить их в системе потому, что если выполняемые страховыми компаниями функции (расчеты с медицинскими организациями, контроль качества, экспертиза, выдача полисов и пр.) у них отнимают, их надо кому-то передать. Если их начнет осуществлять территориальный фонд, являющийся все же государственным учреждением, он не сможет обеспечить застрахованному лицу улучшение услуги через конкуренцию.

Необходимо создать систему стимулов, которые заставят страховые компании бороться и за застрахованного (пациента), и за качество предоставляемых ему меди-

цинских услуг. Потому и было принято решение в текущем году и ближайшие годы не ломать сложившуюся практику, не исключать страховые компании, а совершенствовать их работу.

ДМС востребовано, в основном, корпоративными клиентами. На них приходится около 93% взносов, собранных по программам ДМС. Это можно объяснить, с одной стороны, ростом социальной ответственности бизнеса, когда страхование сотрудников становится неотъемлемой частью компенсационного пакета, а с другой – желанием страховых компаний работать с корпоративными клиентами, так как при страховании коллективов риски равномерно распределяются среди всех сотрудников. Именно в сфере корпоративного страхования был предпринят один из немногих шагов по стимулированию рынка ДМС – увеличение нормы отнесения премий по ДМС на себестоимость с 3% до 6% от фонда оплаты труда. В наибольшей степени в 2010 г. эта мера была востребована компаниями малого и среднего бизнеса. Низкий спрос со стороны частных клиентов обусловлен низкими доходами населения и высокой стоимостью полиса ДМС. Объем рынка розничного ДМС за 2010 г. составляет 6,8%. 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 в размере 120 тыс. руб. Однако об этом мало кто знает, существуют сложности с оформлением вычета, а получить его можно только после покупки полиса ДМС. За 2010 г. прирост взносов по ДМС составил 14,2%. Это оживление произошло за счет роста урезанных во время кризиса бюджетов компаний на социальное обеспечение своих сотрудников, а также возвращения старых клиентов, временно отказавшихся от ДМС в финансово нестабильный период. Кроме этого, росту премий способствовало повышение тарифов страховщиками в связи с ростом цен на услуги ЛПУ. О притоке новых корпоративных клиентов говорить не приходится.

Концентрация рынка ДМС с каждым годом увеличивается. Если по итогам 2009 г. на 20 крупнейших страховщиков в сегменте ДМС приходилось 74% взносов, то по итогам 2010 г. этот показатель увеличился до 77,6%. Количество страховщиков, занимающихся ДМС, сократилось на 36. В 2009 г. страхованием ДМС занималось 390 страховых компаний, по итогам 2010 г. – 354. Сокращение числа компаний связано не с отказом от страхования ДМС универсальных страховщиков, а отзывом лицензий у небольших компаний, имеющих слабую репутацию и занимающихся «псевдострахованием». Рост концентрации происходил за счет перераспределения взносов в пользу более крупных и надежных компаний. По закону об ОМС, который вступил в силу 1 января 2011 г., страховые медицинские организации не могут заниматься ДМС. Сейчас обязательным медицинским страхованием занимаются 92 страховые организации, из них 55 заключают договоры и по ДМС. Поэтому общее количество страховщиков, занимающихся ДМС, сократится еще на 55 компаний, их останется 299 [2].

Так же как и во всей страховой отрасли, на рынке ДМС можно выделить двух-трех лидеров, доля которых в совокупных взносах существенно выше по сравнению с остальными страховщиками. Крупнейшим игроком на данном рынке является Группа компаний ОАО «СОГАЗ». Со значительным отрывом от лидера следуют компании ОАО «РОСНО», ОАО «ЖАСО», ОСаО «Ингосстрах», ОСаО «Ресо-Гарантия».

Часто развитию ДМС препятствуют и сами лечебные учреждения. Низкая конкуренция на рынке приводит к росту цен на медицинское обслуживание, при этом медучреждений, способных полноценно обслуживать такого рода программы, постоянно не хватает. Во многих, даже больших, городах существуют только несколько больниц или поликлиник, с которыми страховщики могли бы работать. Важной проблемой остается и распространенность «серой» медицины, препятствующей повышению культуры получения платных медицинских услуг.

Наконец, ограничивает масштабы сотрудничества страховых компаний и лечебных учреждений и 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 даже, 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.

Развитию ДМС в России, несмотря на его популярность, препятствуют следующие факторы:

- невысокие заработки населения и отсутствие среднего класса, приводящие к снижению спроса на добровольное медицинское страхование;
- рост цен на медицинские услуги и нехватка лечебно-профилактических учреждений, особенно в регионах;
- конфликт интересов медицинских учреждений, стремящихся повысить стоимость и качество медицинских услуг, и страховых компаний, несущих значительные убытки при постоянном повышении тарифов лечебными учреждениями;
- малая охваченность страховыми организациями указанного сегмента рынка в России.

Решением данных вопросов может стать долгосрочное добровольное медицинское страхование, которое является частным и наиболее сложным видом рыночного страхования. При его использовании и формировании тарифной политики необходимо учитывать территориальную дифференциацию населения, неоднородность условий проживания в федеральных округах страны, а также в отдельных регионах внутри округа. Ведущие отечественные страховые компании имеют обширную филиальную сеть, охватывающую многие регионы России. Поэтому задача определения оптимального тарифа для долгосрочного добровольного медицинского страхования является особенно актуальной.

Назовем преимущества долгосрочного ДМС:

- заключение договоров долгосрочного медицинского страхования позволит российским страховщикам значительно увеличить объем страхового покрытия, с включением в него риска серьезных заболеваний, требующих длительного и дорогостоящего лечения. Это станет возможным, так как за длительный период времени страховая компания сможет создать значительные страховые резервы, средства из которых, без ущерба для финансового состояния компании, можно будет впоследствии направить на лечение застрахованного;
- введение долгосрочного медицинского страхования в систему личного страхования поможет решить проблему отсутствия массового продукта для частных лиц, являющуюся центральной проблемой российского рынка добровольного медицинского страхования;
- при заключении договоров долгосрочного медицинского страхования появится возможность включения в страховое покрытие такого социально важного риска, как медицинский уход за больными;
- долгосрочное ДМС позволит формировать страховые резервы с учетом усредненного индивидуального риска в течение жизни застрахованного в пересчете на ее предполагаемую продолжительность и с учетом формирования накопительного резерва. Тогда система долгосрочного добровольного медицинского страхования будет действовать по накопительному принципу в течение всей жизни застрахованного;

– долгосрочное добровольное медицинское страхование обеспечит снижение величины страховых взносов, что позволит сделать их доступнее для широкого круга населения.

России в последнее время и связи с активным развитием рынка ДМС страховые медицинские компании тоже стали предоставлять медицинскую помощь самостоятельно, либо приглашая необходимых специалистов, либо организуя собственные медицинские учреждения.

Другим способом снижения убыточности ДМС становится развитие такого вида страхования, который предусматривает оплату страховщиком всех необходимых застрахованному медицинским услуг в течение года с последующей (в конце календарного года) доплатой страхователем перерасхода аккумулированных средств страховых взносов по определенным видам лечения. В договор-страхования на таких условиях включают оплату стоматологической помощи, услуг врачей-специалистов, дорогостоящих диагностических обследований. Обычно такие условия предоставления медицинских услуг предлагаются в договорах коллективного медицинского страхования с участием работодателя.

Иногда страховщики в целях повышения привлекательности полисов ДМС включают в них условия осуществления страховой выплаты клиенту вперед, до наступления страхового события. Такая возможность предоставляется при направлении клиента на лечение в дорогостоящую частную клинику или за рубеж.

Страхование занимает в экономической системе место основного финансового механизма защиты общества от различного рода опасностей и рисков. Эффективные страховые отношения стимулируют деловую активность и уверенность субъектов рынка, улучшают инвестиционный климат, являются важными условиями стабильности и экономического роста в стране.

О своем здоровье следует заботиться и чем раньше, тем лучше. В странах с развитой рыночной экономикой медицинское страхование является один из важнейших элементов системы поддержания здоровья.

Медицинское страхование, или, точнее, страхование медицинских расходов, наряду с пенсионным, представляет важную составляющую социальной инфраструктуры любой развитой страны.

Медицинское страхование для частных лиц пока развито чрезвычайно слабо. Причин к тому достаточно. Это и невысокий в среднем уровень доходов населения, и менталитет россиян – до тех пор пока ничего не случится, ничего делать не будут.

Кроме того, часто люди, готовые платить за качественную медицинскую помощь, просто не имеют возможности ее получить, в частности, в регионах просто недостаточно медицинских учреждений, имеющих современное оборудование и передовые технологии.

Однако если люди участвуют в системе добровольного медицинского страхования, они получают значительную выгоду, которая заключается в следующем:

1. Резко увеличивается вероятность улучшения и стабилизации своего здоровья.
2. ДМС создаёт для сотрудника компании ощущения комфортных условий работы.
3. Полис ДМС, оплаченный работодателем, позволяет сотруднику серьезно экономить, что позволяет рассматривать полис как дополнительный заработок или премию. Например: стоимость полиса можно рассматривать как прибавку к зарплате, с которой не взимается подоходный налог.
4. Сотрудник компании имеет возможность воспользоваться медицинскими услугами не только в одном конкретном лечебном учреждении, а в сети медицинских и лечебно-оздоровительных учреждений, что экономит сотруднику время в пути и создаёт удобство при посещении.
5. Объём оказываемых услуг медицинскими центрами превосходит размер возможных оплат при обычном платном посещении больницы.

6. Достаточно высокий уровень качества медицинских услуг, т.к. ведётся жёсткий контроль качества лечения.

Медицинское страхование может по праву считаться основой страхового рынка России. Его доля в общем сборе страховых взносов составляет около 34%. В основном это обязательное медицинское страхование, однако и добровольное медицинское страхование вносит свой вклад в развитие рынка. Ежегодный прирост объёмов ДМС оценивается в 25–30% и обеспечивается, прежде всего, за счёт корпоративных клиентов. Кроме того, компенсацию медицинских расходов обеспечивают полисы страхования от несчастных случаев и полисы страхования ответственности за причинение вреда третьим лицам. С учётом этих составляющих доля его в общем объёме сборов страховых премий, по оценкам, превышает 35%.

Важнейшей проблемой организации медицинского страхования являются тарифы на медицинские услуги. В соответствии с законом в разработке тарифов на медицинские услуги принимают участие фонды обязательного медицинского страхования, страховые медицинские организации, органы государственного управления, профессиональные медицинские ассоциации. Тарифы устанавливаются соглашением всех сторон.

Тарифы на медицинские услуги и иные услуги при добровольном медицинском страховании устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и учреждением или лицом, предоставляющим медицинские услуги.

Продолжается работа по совершенствованию методик ценообразования в здравоохранении. Эта проблема тесно связана с другим актуальным вопросом введения медицинского страхования – разработкой медико-экономических стандартов и контролем качества медицинского обслуживания.

Термин «контроль качества медицинского обслуживания» включает оценку качества и меры по его повышению (управление отчеством). Всемирная организация здравоохранения в одном из технических докладов Европейского регионального бюро предложила четыре группы критериев качества медицинского обслуживания: адекватность (соответствие потребностям потребителей и исполнителей), научно-технический уровень (в соответствии с современными медицинскими технологиями), эффективность (достижение запланированного результата), экономичность (соответствие результата затратам).

Следует отметить, что в контроле качества медицинского обслуживания существует три подхода: структурный, процессуальный, по конечному результату. В медицинском страховании структурный подход обеспечивается лицензированием и аккредитацией, а процессуальный и по конечному результату – экспертной оценкой. Введение медицинского страхования создает условия для вневедомственного контроля качества медицинских услуг, в котором будут принимать участие страховые медицинские организации, фонды обязательного медицинского страхования и их филиалы. Это не исключает необходимости совершенствования внутриведомственного контроля, наоборот, имея независимого контролера, учреждения и органы здравоохранения заинтересованы в повышении качества медицинских услуг для защиты своих экономических интересов.

Закон защищает интересы субъектов страхования, и в первую очередь потребителей медицинских услуг, граждан России. На страже интересов застрахованных стоят страховщики (страховые медицинские организации и фонды обязательного медицинского страхования). Медицинские учреждения в соответствии с законодательством Российской Федерации и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованным. В случае нарушения медицинскими учреждениями условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и в сроки, предусмотренные до-

говором между ними. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора.

В условиях дефицита и нестабильности финансирования здравоохранения страховщик, осуществляющий одновременно ОМС и ДМС, может подобрать удобную для клиента и выгодную для медицинского учреждения форму организации и оплаты лечения. Оптимальное сочетание возможностей систем ОМС и ДМС – прерогатива страховой организации. Еще одно преимущество присутствия страховых медицинских организаций в системе здравоохранения – возможность обеспечить дополнительный приток средств в лечебные учреждения как в форме оплаты медицинских услуг (оказанных в рамках системы ДМС), так и в форме привлечения инвестиционных ресурсов. Целевые инвестиции могут быть направлены на совершенствование материально – технической базы лечебно – профилактических учреждений (ЛПУ), закупку оборудования и медикаментов, внедрение прогрессивных технологий и т. п. Страховые организации как коммерческие структуры позволяют сделать систему ОМС более гибкой с точки зрения мотивации сотрудников, что способствует снижению социальной напряженности в сфере здравоохранения.

По мнению большинства специалистов, существующая система ОМС не справляется с решением возложенных на нее задач улучшения состояния здоровья нации. Необходимость формирования новой нормативной правовой базы в области обязательного медицинского страхования граждан России становится все более актуальной задачей. Принципы, положенные в основу ОМС, в условиях дефицита средств просто не срабатывают: у врачей нет стимулов оказывать качественную и эффективную медицинскую помощь; продолжаются неформальные платежи за медицинскую помощь; не обеспечиваются права граждан на выбор врача и лечашей организации в тех случаях, когда это действительно оправдано с медицинской и социальной точки зрения.

Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года, утверждённая распоряжением Правительства РФ от 17.11.2008 №1662-р, предусматривает, что система здравоохранения пока ещё не обеспечивает достаточность государственных гарантий медицинской помощи, её достаточность и высокое качество.

В РФ исполнение публичных обязательств государства по оказанию бесплатной медицинской помощи будет обеспечиваться, главным образом, значительным повышением государственных расходов на здравоохранение. Но и на современном этапе доля финансирования здравоохранения высока – в валовом внутреннем продукте она составила в 2008 г. 2,8%, а до 2020 г. предусмотрено увеличить долю государственных расходов на систему здравоохранения в валовом внутреннем продукте с 3,6% до не менее 5,2–5,5%. С увеличением в 2011 г. зачисления в доход бюджета Федерального фонда ОМС страховых взносов работодателей по ставке с 1,1% до 3,1% стоимость программы ОМС составила 840,6 млрд руб. (ФЗ №326 ст. 50)

Указанные средства будут формироваться в соответствии с ФЗ №212 за счет доходов, поступающих в бюджет Федерального фонда обязательного медицинского страхования от средств страховых взносов в размере два процентных пункта. Средства бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования планируется направлять на совершенствование оказания медицинской помощи, входящей в базовую программу обязательного медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, работающих в системе обязательного медицинского страхования, на следующие цели:

- 1) укрепление материально-технической базы государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, в том числе обеспечение завершения строительства ранее начатых объектов (техническая готовность указанных объектов на 1 января 2011 года должна составлять не менее 80 процентов фактически произведенных застройщиком затрат от сметной стоимости строительства объекта), текущий и капи-

тальный ремонт государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, приобретение медицинского оборудования;

2) внедрение современных информационных систем в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде;

3) внедрение стандартов медицинской помощи, повышение доступности амбулаторной медицинской помощи, в том числе предоставляемой врачами-специалистами.

Приоритетом программ модернизации здравоохранения установлено совершенствование оказания медицинской помощи при заболеваниях, являющихся причинами высокой смертности и определяющих высокий уровень потери трудового потенциала страны (заболевания системы кровообращения, онкологические заболевания, заболевания костно-мышечной системы и осложнения в ходе беременности, родов и в послеродовой период, медицинское сопровождение новорожденных, особенно с низкой и экстремально низкой массой тела, детские заболевания).

В целях обеспечения выполнения перечня поручений Президента РФ (от 06.12.2010 №Пр-3534) по реализации Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию РФ в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования предусмотрено не менее 25 процентов средств, совокупно выделяемых на модернизацию здравоохранения в период 2011–2012 годов (до 100 млрд руб.): на развитие медицинской помощи детям и новорожденным, в том числе на оснащение учреждений родовспоможения современным оборудованием для выхаживания новорожденных с низкой и экстремально низкой массой тела, развитие неонатальной хирургии, паллиативной помощи детям, а также на обеспечение проведения начиная с 2011 года углубленной диспансеризации подростков и снижения числа абортот.

В 2011–2012 годах также будут осуществлены мероприятия по реализации программ модернизации федеральных государственных учреждений, которые оказывают медицинскую помощь и полномочия собственника которых осуществляют Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральное медико-биологическое агентство. Финансовое обеспечение указанных программ предусматривается за счет средств бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на укрепление материально-технической базы учреждений здравоохранения и внедрение современных информационных систем в здравоохранение.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) демонстрирует в последнее время хорошие показатели развития. По сравнению с ОМС (обязательным медицинским страхованием), россияне, добровольно застраховавшие свое здоровье, имеют возможность получать врачебную помощь в большем объеме и лучшего качества. Добровольное медицинское страхование открывает перед гражданами новые возможности: бесплатный доступ к дорогостоящим видам обследования и лечения, богатый выбор физиотерапевтических процедур, консультации лучших специалистов, пребывание в стационарах повышенной комфортности.