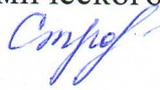


Министерство образования и науки Российской Федерации  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САРАТОВСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.Г.ЧЕРНЫШЕВСКОГО»

Кафедра финансов и кредита

**Медицинское страхование РФ: содержание, формы, направления  
развития**

**АВТОРЕФЕРАТ БАКАЛАВРСКОЙ РАБОТЫ**

Студентки 5 курса 562 группы  
направления (специальности) 38.03.01 Экономика  
профиль «Финансы и кредит» экономического факультета.  
Строкиной Тамары Эльшановны 

Научный руководитель

Доцент кафедры финансов и кредита, к.э.н.  Н.Ф.Данилова

Заведующий кафедрой финансов и кредита, к.э.н., доцент  О.С.Балаш

Саратов 2017 год

**Актуальность тема.** Организация медицинского обслуживания во многом зависит от финансовых ресурсов которыми оно располагает. Финансирование медицинского обслуживания населения включает три самостоятельных системы: государственную, страховую и частную. Особое значение в обеспечении доступа к медицинским услугам отводится медицинскому страхованию. Это особая форма охраны здоровья населения, через оказание медицинской помощи за счет системы накопления финансовых средств и использовании их при финансировании профилактических мероприятий. Актуальным является рассмотрение разницы между платной и бесплатной медициной.

Современное финансирование оказания медицинских услуг означает переход от затратного метода финансирования из бюджета как было в советское время к реальным расходам в сфере оказания медицинских услуг. Это дает возможность реального сопоставления состояния здоровья и затрат на его охрану. Причем потребность в оказании медицинской помощи и ее получение не должно зависеть от того, кто производит затраты.

Современное медицинское страхование строится на наличии собственных фондов, в состав которых входит федеральный фонд медицинского страхования и территориальные фонды. Кроме того, медицинское страхование финансируется за счет платежей работодателей. Эффективность работы всей структуры медицинского страхования зависит от способности к саморегулированию и учету потребностей в оказании медицинских услуг на современном этапе.

**Обзор научной литературы.** Теоретической основой исследования послужили в основном труды отечественных ученых, посвященные проблемам медицинского страхования, использованы литературные источники (монографии, периодические издания), материалы научно-практических конференций. В конце XX века детальная разработка теории финансов и проблем медицинского страхования получила развитие в трудах

таких ученых, как Кадыров Ф.Н., Филатов В.Н., Хайруллина И.С.[27]. Имеется достаточная правовая база по данной проблеме, как на федеральном [1-13], так и на региональном уровне [14-17,19]. По Саратовской области были приняты Законы о принятии бюджета ТФОМС и его исполнении за рассматриваемый период 2011-2015гг.[814.15.16]. Кроме того приняты Постановления Правительства Саратовской области по вопросам образования ТФОМС Саратовской области и др[17,18,19].

**Цель исследования** - рассмотрение понятия медицинского социального страхования, его сущности и системы в России, а так же раскрытие перспективы его развития. Достижение поставленной цели требует решения **ряда задач**:

- рассмотрение сущности, необходимости и принципов медицинского страхования;
- изучить историю становления и законодательные основы развития медицинского страхования в РФ;
- показать отличие в организации финансирования обязательного и добровольного медицинского страхования ;
- проанализировать особенности финансирования ТФОМС Саратовской области;
- рассмотреть проблемы и определить перспективы развития медицинского страхования в России.

**Объектом** исследования является ТФОМС Саратовской области.

**Предмет** исследования процесс осуществления и особенности финансирования медицинского страхования в Российской Федерации.

**Структура работы.** Выпускная квалификационная работа состоит из введения, трех глав и заключения. Первая глава посвящена теоретическим основам понятия медицинское страхование. Вторая глава носит практический характер и направлена на анализ основных форм медицинского страхования. Это позволило в третьей главе определить особенности

финансирования ТФОМС Саратовской области и выявить проблемы и пути их решения по данному направлению исследования.

### **Основное содержание работы**

Каждый гражданин России имеет право на медицинское обслуживание и помощь. Это право закреплено Конституцией.

Основными субъектами медицинского страхования являются :

1. Застрахованные граждане Российской Федерации а также и иностранные граждане, проживающие на территории России.

2. Страхователь - юридическое или физическое лицо, обеспечивающее платежи в фонд медицинского страхования. Если это неработающие граждане, то страхователем являются официальные органы государственной власти соответствующего уровня. Для работающего населения страхователь –это та организация где трудится данное страхуемое лицо.

3. Страховщик (страховая медицинская организация)- юридическое лицо, которое страхует граждан в сфере предоставления медицинских услуг, является создателем, а также пользователем денежного фонда.

4. Медицинские учреждения оказывает медицинские услуги в соответствии с заключенным договором и программой ОМС.

Объекты обязательного медицинского страхования - медицинские услуги, предусмотренные программами ОМС.

*Задачи* медицинского страхования — гарантия гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и проведение профилактических мероприятий

Особую важность имеет определение источников финансирования медицинской деятельности, а также учет современных требований к медицинскому персоналу через совершенствование механизма оплаты их труда

Существование медицинского страхования позволяет застраховать будущий ущерб и расходы , который страхователь может понести в связи с

болезнью. Поэтому есть смысл выделить риски, от которых медицинское страхование избавляет граждан. Это такие риски, как невозможность получения трудового дохода во время временной нетрудоспособности, и затраты на лечение и реабилитацию.

Все это позволило выработать ряд принципов в сфере медицинского страхования.

1. Всеобщий охват со стороны медицинского страхования всеми видами медицинских услуг населения страны
2. Равная доступность в получении высококвалифицированной медицинской помощи населением страны.
3. Сокращение срока пребывания на стационарном лечении
4. Наличие страхового полиса гарантирует гражданам получения необходимой медицинской помощи на всей территории страны
5. Неограниченная медицинская помощь на условиях добровольного медицинского страхования.

История развития страховой медицины насчитывает не один век и началась в конце XIX века с появления страховых больничных касс в Англии и Германии. В своем развитии медицина в нашей стране была обязана дотациям из казны российского государства и денежным вливаниям шедшим из губерний и уездов. В 1912 году принятие закона о введении обязательного страхования от несчастных случаев и болезней работающих носил ограниченный характер. Они не оказывали медицинскую помощь, а лишь выдавали пособия по болезни, увечьям, родам. смерти. После революции 1917 года началась реализация программы по вопросам социального страхования, которая продолжается и по сегодняшний день

Модернизация системы медицинского обслуживания требует совершенствования и его финансового обеспечения, т.е. использование не только государственных финансовых ресурсов, но и финансовых средств населения. В этой связи особо выделяется такая модель развития здравоохранения в нашей стране как модель медицинского страхования.

В России сформировалась целая система учреждений по оказанию медицинской помощи разной целевой направленности и системы финансирования. Источниками финансирования может быть государство (федеральный уровень) и муниципальные (региональные, местные) органы и учреждения, организации ОМС. Речь идет о такого рода учреждениях как лечебно-профилактических, противоэпидемических, реабилитационных медицинских мер.

Центральным звеном, определяющим большую часть финансовых ресурсов здравоохранения, является страховая медицина., которая состоит из фондов обязательного медицинского страхования. Анализируя структуру внебюджетных фондов, следует различать Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее ФФОМС) территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее ТФОМС).

За счет средств ОМС, прежде всего, обеспечивается финансирование медицинских услуг, за которыми обратились граждане не зависимо от каких-либо условий к получению медицинской помощи. Существует необходимостью аккумуляирования финансовых ресурсов ФФОМС для обеспечения стабильности функционирования всей системы здравоохранения. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования полностью зависят от средств отчисленных страхователями на обязательное медицинское страхование. Роль центральной финансирующей организации в страховой медицине выполняют территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС). Это экономически самостоятельные некоммерческие структуры .

Местные органы власти являются страхователями неработающей части населения, проживающей на данной территории. Финансирование идет из средств местного бюджета, ТФОМС аккумулирует финансовые средства на выполнение своей основной функции – финансирование обязательного медицинского страхования. Основой взаимоотношений страхователей и

страховой медицинской организации являются страховые взносы. Они должны покрывать затраты, связанные с программами ОМС, позволять достижение рентабельности самой СМО в лице страховых медицинских организаций, которые в свою очередь должны иметь лицензию и заключенные договора ОМС в соответствии с дифференцированными подушевыми нормативами. Являясь некоммерческими организациями, ФФОМС и ТФОМС не облагаются налогами по доходам от основной деятельности

Основой взаимоотношений страхователей и страховой медицинской организации являются страховые взносы. Они должны покрывать затраты, связанные с программами ОМС, позволять достижение рентабельности самой СМО. Начиная с 2011 года, произошло изменение ставок страховых взносов. С 2013 года и по настоящее время фиксируются страховые взносы только в ФФОМС в размере 5,1%, а суммарные взносы существуют на уровне 30,0%. Данные изменения произошли вследствие принятия Федерального закона от 28 ноября 2015г.

После перехода Российского здравоохранения на рыночные отношения, стало актуальным развитие частной медицины, медицинских учреждений общественных организаций и религиозных концессий.

Все финансовые ресурсы медицинского страхования состоят из двух составных частей: во-первых, централизованные источники, и, во вторых, децентрализованные источники финансирования. Денежные средства из централизованных источников - это средства и бюджетной системы России, из ФФОМС и ТФОМС или средства финансово-кредитных организаций. Они направляются на решение более масштабных социальных задач (Рисунок 1).

Средства из децентрализованных источников -это денежные ресурсы самого предприятия, средства ДМС, средства от оказания платных услуг, доходы от инвестиционной деятельности. Они направляются на нужды конкретного лечебно-профилактического учреждения.

Денежные средства ФФОМС являются федеральной собственностью, которые не подлежат их изъятию, использованию другими фондами.

В настоящее время структура обязательного медицинского страхования представлена Федеральным фондом ОМС, 86 территориальными ФОМС, из них 2 созданные в Крымском федеральном округе].

Анализируя данные, предоставляемые ФФОМС можно видеть рост показателей поступления страховых взносов и налогов, приходящихся на одного застрахованного. (Таблица 2) [50].

**Таблица 2 Динамика основных показателей развития ОМС в 2013-2014гг (млрд руб)**

	2013г	2014г	отклонение	
поступление страховых взносов и налогов на 1 застрахованного	7555	8492,8	+937,8	+12,4%
поступление страховых взносов и налогов на работающего	12332,3	12 989, 3	+657	+5,3%
поступление страховых взносов и налогов на неработающего	4 469	5 529,5	+1060,5	+23,7%
Доходы бюджетов ТФОМС	1228,1	1417,5	+189,4	+15,4%
Перечисления ТФОМС в СМО	1059,0	1217,3	+158,3	+13%

В 2014году поступление страховых взносов и налогов, приходящихся на одного застрахованного выросли по сравнению с 2013годом на 12,4%. Это объясняется ростом численности застрахованных в 2014году на 3,4 млн человек больше, чем в 2013году .В 2015 году на 12.4 млн человек. В том числе рост застрахованных из числа работающих составил 4,3 млн человек, а неработающих в 2015 году по сравнению с2013годом 2.9 млн человек.

Структура расходов средств обязательного медицинского страхования в 2014 году, идущих в страховые медицинские организации:

- 98,5% (1260,6 млрд руб) – расходы связанные с оказанием необходимой медицинской помощи;
- 1,4% (18,0 млрд руб) - формирование собственных средств СМО;
- 1,1 % (13,8 млрд руб) - на организационные расходы, связанные с ведением дел в СМО.

В 2015 году данная тенденция расходования денежных средств продолжилась. 98,6% (645,5 млрд рублей) составили расходы по оплате медицинской помощи застрахованным гражданам страны.

Анализ исполнения бюджета ФФОМС за 2014 и 2015 годы показал, что в 2014 году бюджет фонда был исполнен по доходам в полном объеме и составил 100,8%, аналогичная картина наблюдалась и по расходам - 102,3%. В 2015 году картина складывалась не совсем удачная. Так фактическое исполнение бюджета по доходам составило всего 97,1% к утвержденному бюджету, т.е. на сумму 1,573 трлн рублей. Исполнение бюджета по расходам – 98,6%, т.е. 1,638 трлн рублей [51].

Таким образом, бюджет фонда в 2015 году исполнен с дефицитом в размере 65 миллиардов рублей. Он был покрыт за счет внутренних источников финансирования, т.е. переходящих остатков денежных средств.

Страховые взносы на ОМС в бюджет ФФОМС в 2015 году поступили в объеме более 1,5 триллиона рублей (97% к утвержденному бюджету), что на 26,2% больше, чем в 2014 году. При этом страховые взносы на ОМС работающего населения поступили в сумме 921,348 миллиарда рублей (рост на 24,5% к 2014 году), неработающего населения — 616,285 миллиарда рублей (рост на 28,9%).

Межбюджетные трансферты из федерального бюджета, поступившие в бюджет ФФОМС в 2015 году, составили 23,86 миллиарда рублей. Они в полном объеме направлены на компенсацию выпадающих доходов бюджета ФОМС в связи с установлением пониженных тарифов страховых взносов на ОМС для отдельных категорий страхователей. Дотация на сбалансированность, передаваемая федеральному бюджету из бюджета ФОМС, составила в 2015 году 92,122 миллиарда рублей (79,2% к плану).

На финансирование организации ОМС в регионах в 2015 году в бюджеты ТФОМС направлено субвенций в размере 1,427 триллиона рублей (100,9% от утвержденного объема), что выше на 21,6% уровня 2014 года.

Нормированный страховой запас ФФОМС в 2015 году сформирован на сумму 108,248 миллиарда рублей, при этом кассовые расходы нормированного страхового запаса фонда составили около 107 миллиардов рублей (99%).

Финансовые средства ТФОМС включает фонды и резервы финансовых ресурсов обязательного медицинского страхования по финансированию территориальной программы ОМС. Финансирование деятельности ТФОМС обеспечивается за счет страховых взносов, отчисляемых предприятиями, за счет платежей соответствующих бюджетов на ОМС неработающих и других источников

Пополнение бюджетов ТФОМС происходит, прежде всего, из средств субъектов РФ - это межбюджетные трансферты, если этого требует их дополнительное финансирование. В 2014 году они составили 146,9 млрд руб (10,4%) .

Из средств ФФОМС в 2014-2015 годах поступали субвенции, темпы роста которых в 2015 году юджетам ТФОМС на выполнение переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС составили 1,22% по РФ (по Саратовской области -1,23%). При этом, темпы роста финансовой обеспеченности средствами ОМС за счет субвенций в расчете на 1-го застрахованного составили 1.19% (по Саратовской области 1,24%).

Большинство застрахованных лиц (115,4 млн человек (79,9%) застраховано в настоящее время в 13 страховых медицинских организациях или их филиалах. Наиболее крупными являются группа компаний «Росгосстрах» (застраховано 20,8 млн человек, или 14,5%). Далее идут НПАО «МАКС -М» (13,9%), СК ПАО «РОСНО-М» - (12,1%).

Добровольное медицинское страхование (ДМС) используется населением нашей страны в качестве получения дополнительных медицинских услуг, если таковые не предоставлены программами системы ОМС. Принципиальное отличие платной и бесплатной медицины является

наличие разной цели. В первом случае – покрытие расходов, во втором – источник поступления денежных средств на оказание медицинской помощи

При формировании страховых фондов ДМС государство не принимает участия в отличие от ОМС. Это не единственное отличие ОМС и ДМС. (

Для осуществления добровольного медицинского страхования необходим договор между страхователем и страховщиком, между страхователем и страховой медицинской организацией.

Добровольное страхование по природе своей является коммерческим, личным страхованием

Добровольное медицинское страхование в 2016 году переживало небольшой рост спроса, что выразилось в увеличении заключенных договоров в 1 квартале 2016 года на 0,7% по сравнению с аналогичным периодом, однако росла и инфляционная составляющая, выразившаяся в росте стоимости договора ДМС на 1,3 тыс руб (с 27,5 тыс рублей до 28,8 тыс рублей). Сегмент ДМС за этот период показал годовой рост в 4,7%. Как свидетельствуют аналитики рынок добровольного медицинского страхования находится в стагнации после 2014 года, что выражается в прямой зависимости услуг ДМС от падения реального сектора экономики. После введения санкций и других внешних угроз в корпоративном секторе происходила экономия на издержках производства, что несомненно сказывалось и на сокращении заключенных договоров ДМС с юридическими лицами. Так в 2015 году их количество сократилось на 34,7% по сравнению с 2014 годом. Это наглядно можно видеть на рисунке 7.

Существует обратная зависимость средней премии по договорам и количеством заключенных договоров. Благополучным был 2011 год, когда эти показатели показали взаимный рост (средняя премия выросла на 11,5%, рост количества продаж на 1,6%. В 2014 году продажи выросли на 7,2% и премии тоже выросли пусть не столь значительно (+0,6%). С 2015 года движение этих показателей было противоположным: рост премий на 14,2% вызвал падение заключенных договоров на 9%. 2016 год продолжал

оставаться неблагоприятным в плане роста премий, уровень выплат достигал 78%, рентабельность была минимальной. Как результат это приводит к увеличению концентрации рынка.

Положительный вклад в рост страхового рынка внесло добровольное медицинское страхование. Уже в 1 квартале 2016 года ДМС смогло в принципе практически достичь уровня аналогичного периода 2015года по доле страховых премий по ДМС в общей страховой премии 20,6 против 22,2%. А по такому показателю как выплаты по договорам страхования ДМС показать более высокие результаты (22 291,2 млн рублей в 1 квартале 2016 года и 21 518,4 млн рублей за аналогичный период 2015 года)

В секторе добровольного медицинского страхования в РФ вели деятельность 224 страховых компании (или 55% от всех действующих страховщиков).

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Саратовской области был образован согласно Постановлению администрации Саратовской области от 19 апреля 1993. Анализ объёмов поступивших денежных средств на обязательное медицинское страхование в бюджеты ТФОМС за 2012-2015годы показывает устойчивый рост доходов. Однако тенденция такова, что, несмотря на устойчивый рост всех доходов ТФОМС Саратовской области в абсолютном выражении, прирост их снизился в 2014году. Рост доходов ТФОМС Саратовской области имел следующую тенденцию:

- в 2013году рост составил 2 986 260,1 тыс рублей (или 17,6%),
- в 2014году рост составил 1 798 661,2 тыс рублей (или 9,6%),
- в 2015году рост составил 3 188 592 тыс рублей (или 14,5%).

Доля безвозмездных поступлений от общих поступлений в ТФОМС Саратовской области неуклонно увеличивалась. В их составе в 2015 году 21 637 628,9 тыс рублей или 98,67% приходится на средства бюджетов субъектов РФ, передаваемые бюджетам ТФОМС на обязательное медицинское страхование неработающего населения. За 2015год при плане

22 487 752 ,8 тыс рублей в бюджет фонда не перечислено 850 123,9 тыс рублей. Исполнение бюджета по указанному показателю за 2015 год составило 96,2%. Это свидетельствует о недостаточной финансовой дисциплине субъектов федерации к формированию бюджета ТФОМС.

Как положительный момент следует отметить, что средства ФФОМС, передаваемые бюджетам ТФОМС в 2015г. на выполнение территориальной программы поступили в полном объеме, причем за весь анализируемый период наблюдался их рост. В 2013году по сравнению с 2012 годом на 2 591 484, 8 тыс руб, в 2014 году по сравнению с 2013 годом на 1 719 309,8тыс рублей, в 2015 году по сравнению с 2014годом на 4 186 078,9 тыс рублей. Наибольший объем этих средств пришелся на 2015 год (98,67%), а наименьший - на 2013год (92,86).

За 2013-2015годы наблюдается устойчивая картина роста как доходов, так и расходов. Однако, согласно Закону Саратовской области, принимаемому каждый финансовый год «Об исполнения бюджета Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области»:

- В 2013 году наблюдался профицит в сумме 1 339 312,0 тыс. рублей.
- В 2014 году – дефицит составил 2 033 663, 9 тыс рублей.
- В 2015год также был дефицит в сумме 3 548,7 тыс. рублей.

Наихудший как видим в этом плане год был кризисный 2014году.

Устойчивом росте всех показателей расходной части бюджета ТФОМС Саратовской области за анализируемый период, что свидетельствует о достаточной сбалансированности бюджета и продуманной бюджетной политики Территориального фонда обязательного медицинского страхования Саратовской области.

Несомненно на финансовые показатели деятельности ТФОМС сказались кризисные явления в экономике и как видно в 2015г эта тенденция постепенно преодолевается, идет равномерное распределение бюджетных ассигнований бюджета ТФОМС Саратовской области, получаемых из других

бюджетов бюджетной системы РФ в виде безвозмездных поступлений. Так средства, получаемые из бюджета ФФОМС в 2015 году выросли на 8,07% (или на 4 185 778,9 тыс руб). В 2014 году по сравнению с 2013 годом на 11,1% (или на 1 719 309,8 тыс руб).

В 2014 и 2015 годах финансирование шло благодаря субвенциям, выделяемым ТФОМС на выполнение переданных органам государственной власти субъектов РФ полномочий РФ в сфере ОМС. В 2014 году они превысили 2013 год на 1 732 199,6 млн рублей, а в 2015 году по сравнению с 2014 годов выросли на 4 055 924 тыс рублей.

В структуре расходной части бюджета ТФОМС Саратовской области за 2012-2015 годы наибольшая часть расходов приходится на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования на территориях субъектов Российской Федерации. Они постоянно растут: так в 2013 году на 6 170,9 млн руб; в 2014 году на 5 308,2 млн руб; в 2015 году на 1 027,1 млн руб.

Очевидно, что основная часть расходов ТФОМС Саратовской области направляется непосредственно *на выполнение территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации на территории Саратовской области.* (67,6% в 2012 году; 9,3% в 2013 году; 99,4% в 2014 году; 98,8% в 2015 году).

#### *Проблемы медицинского страхования*

- Недостаточная разъяснительная работа среди населения о достоинствах этой системы страхования;
- Отсутствие в большинстве частных клиник предоставление услуг должного качества ;
- Недостаточно активная позиция малого и среднего бизнеса в заключении корпоративных договоров по ДМС.
- Трудности взаимоотношений субъектов рынка ДМС
- Трудности сегодняшнего дня: снижение доходов населения , не способствует вовлечению физических лиц на этот рынок.

- Несовершенство налогового законодательства в сфере ДМС

### **Заключение**

#### *Основные направления развития медицинского страхования;*

- Увеличение финансирования в целом всей отрасли здравоохранения., Планируется до 2020 года увеличить государственные расходы на эти цели до 4,8% ВВП, а частные расходы до 1,1-1,5% ВВП. Планируется сократить в два раза дифференциацию регионов по вопросам финансирования.
- Добиваться большей сбалансированности объемов медицинской помощи территориальной программы ОМС и ее финансовых средств. Этого можно достичь путем установления единого порядка выделения субвенций регионам как и з ФОМС, так и из федерального бюджета.
- Пересмотр способов оплаты труда медицинской помощи: отказ от сметного финансирования сети медицинских учреждений; введение предварительной оплаты согласованных (планируемых) видов и объемов медицинской помощи.
- Повышение эффективности государственного регулирования платных медицинских услуг. В нашей стране доля личных расходов на лечение высока и порой достигает 50% от общих расходов, тогда как за рубежом в странах с развитым общественным здравоохранением этот показатель 10-30%.
- Коммерческая форма ДМС часто доступна только обеспеченным гражданам нашей страны. Для демократизации этой формы страхования можно предложить развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг, в виде страхового взноса гражданами в страховой фонд по дополнительным программам медицинского страхования. Это должно затронуть такие виды услуг как стоматология, покупка лекарств, что даст возможность льготного лекарственного обеспечения.
- Сосредоточение до 80-90% государственных средств в системе ОМС и финансирование работы медицинских учреждений по результатам их работы.

Из бюджета целесообразно финансировать лишь наиболее дорогостоящие или социально значимые услуги. При этом предполагается, что к 2020 году доля амбулаторно-поликлинических услуг вырастет до 50% (в 2005 году она составляла 30%) ; дневных стационаров до 8% (против 3%); участковых служб до 65-70% (против 30%); а вот доля стационарной помощи сократится до 35% (против 60% в 2005 году).

Все эти направления могут иметь положительный эффект только в том случае, если гражданин четко будет понимать и ощущать, что ОМС улучшает состояние его здоровья, при этом не нужно платить за то, что платит государство, страховщик является надежным участником этих отношений, на которого можно положиться как на защитника своих интересов в спорах с медиками. Тогда можно будет смело констатировать, что медицинское страхование повышает эффективность здравоохранения.