СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

1.1 Сущность добровольного медицинского страхования

1.2 История становления системы добровольного медицинского страхования в России

1.3 Система добровольного медицинского страхования за рубежом

Выводы по Главе I

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

2.1 Обобщение опыта деятельности страховых компаний, работающих на рынке добровольного медицинского страхования

2.2 Результаты эмпирического исследования

2.3 Перспективы развития системы добровольного медицинского страхования

Выводы по Главе II

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

ПРИЛОЖЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ

Добровольное медицинское страхование - это форма медицинского страхования на случай потери здоровья, которая обеспечивает возможность полного или частичного возмещения расходов на медицинское обслуживание. Социально-экономическое значение добровольного медицинского страхования заключается в дополнении гарантий по медицинскому обслуживанию, предоставляемых населению бесплатно через системы бюджетного финансирования медицинских учреждений и обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование приобретает все большее значение в развитии частной медицины. Однако проникновение данного вида страхования в жизнь все еще не достаточно велико.

В связи с этим объектом исследования выступает система добровольного медицинского страхования.

Предметом исследования являются программы добровольного медицинского страхования.

Целью исследования является определение особенностей современной системы добровольного медицинского страхования.

Для достижения поставленной цели необходимо выполнить ряд задач:

- изучить научную литературу по данной проблеме;

- изучить историю становления системы добровольного медицинского страхования в России;

- рассмотреть особенности добровольного медицинского страхования за рубежом;

- обобщить опыт страховых организаций, работающих с программами добровольного медицинского страхования;

- разработать анкету и провести эмпирическое исследование по данной проблеме;

- определить перспективы развития системы добровольного медицинского страхования.

Гипотеза: развитие системы добровольного медицинского страхования возможно при соблюдении следующих условий:

1. страховые компании будут проводить мероприятия по информированию населения о сущности добровольного медицинского страхования и его преимуществах;
2. будут созданы новые страховые продукты в рамках добровольного медицинского страхования.

К методам, с помощью которых будет проводиться настоящее исследование, относятся анализ научной литературы, анкетирование, обобщение опыта, беседа.

Практическая значимость работы заключается в том, что результаты могут быть использованы в деятельности страховых компаний, работающих по программам добровольного медицинского страхования.

База исследования: исследование проводилось на улицах города и на предприятиях с различными формами собственности.

В структуру работы входят: введение, две главы, выводы по главам, заключение, список литературы и приложение.

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

1.1 Сущность добровольного медицинского страхования

Страховое дело — важный экономический институт, который существовал в разных экономических формациях, один из развивающихся видов бизнеса. Страхование призвано удовлетворить насущную и фундаментальную потребность человека — потребность безопасности. Повышение роли страхования в современной экономике, с одной стороны, и возрастающая дифференциация правовых норм регулирования жизни общества и хозяйственной деятельности людей, с другой, определили формирование страхового права как специфической части правовой системы государства и комплексной отрасли законодательства (43).

Ограниченность базовой программы обязательного медицинского страхования, отсутствие мотивации у медицинских работников, недоступность современной клинической и лабораторной базы в условиях ухудшения финансирования здравоохранения привели к обострению проблем, связанных с получением квалифицированной медицинской помощи. В связи с этим единственно возможной системой предоставления медицинских услуг на качественном уровне остается система добровольного медицинского страхования.

Конституция РФ в статье 41 провозглашает право на охрану здоровья и медицинскую помощь, ставя его в один ряд с такими социальными правами, как право на пенсионное и социальное обеспечение, право на жилище, право на охрану материнства и детства. Экономические гарантии сами представляют собой систему, центральное место в которой занимают государственное (бюджетное) финансирование, обязательное медицинское страхование (ОМС) и добровольное медицинское страхование (ДМС). Добровольное медицинское страхование занимает достойное место среди экономических гарантий права на охрану здоровья и является одной из наиболее действенных среди них.

С экономической точки зрения добровольное медицинское страхование представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая, т.е. страхового случая – (в ДМС) обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью.

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования (32, с. 54).

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Правила добровольного медицинского страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с положениями Закона РФ от 27.11.92 г. № 4015-1 "О страховании". Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования.

В соответствии с договором добровольного медицинского страхования страховая организация (либо её представитель – страховой агент) выдают каждому застрахованному человеку страховой полис добровольного медицинского страхования, в котором указано:

– наименование страховой программы добровольного медицинского страхования, выбранной страхователем при заключении договора ДМС (например, "амбулаторно-поликлиническое медицинское обслуживание", "стационарное медицинское обслуживание", "комплексное медицинское обслуживание", "стоматологическое обслуживание" и пр.) – страховая программа добровольного медицинского страхования содержит перечень медицинских услуг, которые застрахованное лицо может получить при необходимости. Подробная характеристика страховой программы добровольного медицинского страхования с перечнем медицинских услуг содержится в так называемых "Правилах ДМС", разработанных каждой страховой компанией самостоятельно, согласованных с Федеральной службой страхового надзора РФ и в обязательном порядке прилагаемых к договору добровольного медицинского страхования;

– перечень медицинских и сервисных учреждений, в которые при необходимости может обратиться застрахованный человек. Со всеми указанными медицинскими учреждениями страховой компанией были заключены договоры финансирования, предусматривающие приём медицинским учреждением пациентов с полисами добровольного медицинского страхования данной страховой компании и последующую оплату страховой компанией оказанных медицинских услуг. К договорам финансирования прилагаются прейскуранты с договорными ценами на медицинские услуги. На практике застрахованный человек обращается не напрямую в медицинское учреждение, а в сервисную компанию либо к врачам-организаторам страховой компании, и уже они организуют оказание медицинской помощи: договариваются о времени приёма пациента, проведении диагностических исследований, доставке пациента в медицинское учреждение и т.п.;

– страховая сумма – максимальная совокупная стоимость медицинских услуг, которые по данному страховому полису ДМС может получить данный застрахованный человек (44).

В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. При признании судом страхователя в период действия договора добровольного медицинского страхования недееспособным полностью или частично его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием (32, с. 71) .

Медицинскими учреждениями в системе ДМС являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления (13, с. 17).

Страхователь имеет право на:

– участие во всех видах медицинского страхования;

– свободный выбор страховой организации;

– осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;

– возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при ДМС в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных выше, имеет право на:

– уменьшение размера страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости работников предприятия или его снижении в течение трех лет;

– привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

– вносить страховые взносы в порядке, установленном договором добровольного медицинского страхования;

– в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

– предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Фонды добровольного медицинского страхования формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемых от страховых взносов. Они предназначены для финансирования страховой организацией медицинских и иных услуг, оказываемых по данному виду страхования.

ДМС осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на ДМС устанавливаются по соглашению сторон. Страховым взносом является плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором ДМС. Тарифы на медицинские и иные услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и предприятием, организацией, учреждением или лицом, предоставляющим эти услуги. Страховой тариф представляет собой ставку страхового взноса с единицы страховой суммы или объекта страхования. Тарифы должны обеспечивать рентабельность медицинских учреждений и современный уровень медицинской помощи (16, с. 25).

С 1 января 1993 года юридическим лицам, направляющим средства из прибыли на добровольное медицинское страхование работников предприятия, членов их семей, лиц, ушедших на пенсию с данного предприятия, представляются налоговые льготы в размере до 10% от суммы, направленной из прибыли на эти цели.

Основными признаками обязательного страхования в соответствии с главой 48 ГК РФ ч.2 являются:

– обязанность страхования вытекает из закона,

– объектами страхования является личное и имущественное страхование, страхование гражданской ответственности,

– обязанность страховать может быть возложена на указанных в законе лиц в случае возникновения страхового риска, то есть в случае причинения вреда жизни, здоровью или имуществу других определенных в законе лиц, или нарушения договоров с другими лицами.

Медицинское страхование не соответствует этим признакам, кроме первого, который относится к ОМС. Во-первых, объектом медицинского страхования является поддержание здоровья граждан путем оказания медицинской помощи за счет средств медицинского страхования. Во-вторых, заключение договора страхования не предполагает наличие страхового риска, а страховая выплата осуществляется не при наступлении страхового случая. Более того, оказание медицинской помощи предполагает и проведение профилактических мер. Все эти особенности характерны как для обязательного, так и для добровольного медицинского страхования, так как объектом добровольного медицинского страхования также является поддержание здоровья граждан, но путем оказания дополнительной медицинской помощи (дополнительных медицинских услуг), сверх установленной программами обязательного медицинского страхования. В этом случае вызывает сомнение данное в ст.3 действующего закона о медицинском страховании определение объекта добровольного медицинского страхования, так как говорить о страховом риске и о страховом случае для добровольного медицинского страхования, на наш взгляд, также неправомерно, как и для обязательного медицинского страхования (14, с. 83).

Теперь перейдем к рассмотрению особенностей, свойственных именно добровольному медицинскому страхованию, то есть основных отличий его от обязательного медицинского страхования. Отличия обязательного и добровольного медицинского страхования состоят в следующем:

- во-первых, обязанность страхования при обязательном медицинском страховании вытекает из закона, а при добровольном медицинском страховании – основана только на договорных отношениях, что, однако, не исключает необходимости осуществления обязательного медицинского страхования путем заключения договора страхования страхователем со страховщиком.

- во-вторых, главное различие между обязательным и добровольным медицинским страхованием лежит в сфере отношений, возникающих между их субъектами при предоставлении медицинской помощи за счет страховых средств. Если обязательное медицинское страхование осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, то добровольное медицинское страхование реализуется лишь в целях обеспечения социальных интересов граждан (индивидуальных или коллективных) и работодателей.

- в-третьих, из предыдущего отличия вытекает, в частности, и различие в том, кто является страхователями при обязательном и добровольном медицинском страховании: при обязательном медицинском страховании – это органы исполнительной власти и работодатели, при добровольном медицинском страховании – граждане и работодатели.

- в-четвертых, отношения по добровольному медицинскому страхованию также, как и обязательному медицинскому страхованию, относятся к социальному страхованию, преследующему цель организации и финансирования предоставления застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества, но по программам добровольного медицинского страхования (21, с. 40).

Однако добровольное медицинское страхование, в отличие от обязательного медицинского страхования, не относится к государственному социальному страхованию. Во-первых, вследствие различия в реализуемых ими социальных интересах. Во-вторых, вследствие различия форм собственности и организационно-правовых форм страховых организаций, осуществляющих социальное страхование. При этом имеется в виду, что социальное страхование может быть не только государственным, но и муниципальным, а учитывая различия в его внутренней организации – также профессиональным (по профессионально-отраслевому признаку) и международным.

Однако классификация социального страхования по признаку форм собственности и различий в его внутренней организации (государственное, муниципальное, профессиональное, международное) не совпадает с классификацией по формам социального страхования – обязательное и добровольное. Таким образом, обязательное медицинское страхование и добровольное медицинское страхование отличаются друг от друга по вышеназванным видам классификации (25, с. 89).

- в-пятых, вследствие вышесказанного, преследуя общие цели и имея общий объект страхования – обязательное и добровольное медицинское страхование существенно различаются по субъектам страхования – у них различные не только страхователи, но и страховщики. У добровольного медицинского страхования – это негосударственные организации, имеющие любую организационно-правовую форму, у обязательного медицинского страхования – государственные организации (41).

- в-шестых, обязательное и добровольное медицинское страхование также отличаются по источникам поступления средств. Финансовые средства системы обязательного медицинского страхования формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, органов государственного управления соответствующего уровня. Размер взносов на обязательное медицинское страхование для предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда. Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.

В отличие от добровольного медицинского страхования при обязательном медицинском страховании срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов, и страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

Базовая программа ОМС определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, представляющая перечень медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории. При добровольном медицинском страховании перечень услуг и другие условия определяются договором страхователя и страховщика (35, с.28).

Кроме того, тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются на территориальном уровне соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между страховой медицинской организацией и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

Система контроля качества при ОМС определяется соглашением сторон, при ведущей роли государственных органов управления, а при ДМС устанавливается договором. Помимо этого, может быть перечислено много отличий, например, по механизмам правового регулирования, но нами были указаны самые основные.

Если говорить о сочетании двух видов медицинского страхования, необходимо отметить, что в российской действительности процесс сочетания обязательного и добровольного медицинского страхования происходит в значительной степени стихийно. Недостаточность медицинской помощи, получаемой в общественном секторе здравоохранения, заставляет пациентов искать пути получения недостающих медицинских услуг за счет личных доходов или средств работодателей (15, с. 46). При этом подобными возможностями в значительно меньшей степени могут пользоваться граждане, относящиеся к категории социально незащищенных – хронические больные и малообеспеченные. А ведь именно они и нуждаются в большем объеме медицинской помощи. При недостаточности медицинской помощи для этой категории потребность в ней увеличивается. В результате усиливается диспропорция между объемами необходимого и доступного этим гражданам медицинского обслуживания.

1.2 История становления системы добровольного медицинского страхования в России

Впервые о добровольном медицинском страховании заговорили в 90-е годы к исходу горбачевской перестройки, когда окончательно стало ясно, что государство не в состоянии исполнять свои обязательства по финансированию здравоохранения. Надвигалась экономическая катастрофа, которая все более сказывалась на реализации государством социальных функций. В этих условиях было решено обратиться к опыту других стран, где национальные системы здравоохранения имели различные источники финансирования, дополняющие друг друга. Организаторы здравоохранения, экономисты и законодатель одинаково понимали необходимость реформ в отрасли, в первую очередь, – пересмотра концепции финансового обеспечения здравоохранения.

Иными словами, добровольное медицинское страхование – такое, каким оно является сегодня – появилось лишь два десятилетия назад. Но это лишь конечный результат эволюции медицинского страхования, которая длилась на протяжении многих десятилетий. Рассмотрим этапы развития медицинского страхования, начало которому было положено еще в первой половине XIX века (26, с. 40).

Прообраз того, что сегодня принято называть "страхование сотрудников", впервые появился в 1827 году в Санкт-Петербурге. В то время рабочие отдельных предприятий выразили инициативу по созданию общества взаимопомощи. Его бюджет формировали регулярные взносы участников, в то время как владельцы заводов оставались в стороне. Рабочий получал денежную компенсацию, если с ним происходил несчастный случай, повлекший за собой временную или постоянную потерю трудоспособности. В случае гибели, выплаты шли в пользу семьи участника общества. Этот принцип лег в основу первых больничных касс, которые появились лишь во второй половине XIX века (18, с. 55).

Началом следующего этапа развития медицинского страхования считается 1842 год, когда в крупных периодических изданиях было напечатано объявление, которое обязывало всех граждан, принадлежавших к 4 и 5 разрядам (землекопы, дворники, лакеи, печники и т.д.) заплатить по 60 копеек. Взамен они получали право проходить лечение в городских больницах в течение одного года. К слову, делать регулярные взносы за приказчиков, поваров, буфетчиков и садовников должны были их наниматели.

Как это часто бывает в России, такая форма медицинского страхования возникла из-за нежелания отдельного ведомства тратить средства на лечение малоимущих слоев населения. В то время такая обязанность лежала на полицейском министерстве, которое хотело сложить с себя дополнительную ответственность. Впрочем, это длилась недолго: уже скоро стало понятно, что символические 60 копеек с человека даже частично не покрывают фактические расходы на лечение. Поэтому в период правления Александра II тарифы были подняты до 1 рубля. Еще 1 рубль за каждого работника должны были внести наниматели (45).

Не менее интересен и другой факт: с 1870 взнос должны были выплачивать абсолютно все граждане, вне зависимости от социального положения и достатка. В том числе, это дворяне и купцы, которые никогда не лечились в городских больницах, а наблюдались у частных докторов. Таким образом, появилось обязательное медицинское страхование – минимально необходимый перечень медицинских услуг, которыми мог воспользоваться абсолютно каждый. Если не рассматривать подробности, то именно такие черты присущи медицинскому страхованию и по сегодняшний день. К слову, указ предусматривал категории граждан, которые пользовались льготами – это члены императорской семьи, чиновники, военные, дети до 15 лет, а также работники дипломатических миссий и торговых представительств.

Переломным моментом в практике медицинского страхования принято считать 1861 год, когда вступил в действие первый нормативный акт, устанавливающий стандарты обязательного страхования для казенных горных заводов. Он потребовал учреждения при заводах вспомогательных касс. Они занимались выдачей пособий по временной нетрудоспособности, вызванной несчастными случаями, а также выплатой пенсий и компенсаций семьям рабочих в случае гибели кормильцев. Спустя некоторое время появилось дополнение, предписывающее управляющим основывать на предприятиях больницы.

Медицинское страхование вышло на новый виток развития уже через 9 лет: в 1912 году III Государственная Дума одобрила закон "О страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев". По сути, этот документ стал преемником закона от 1903 года, но он кардинально отличался от него по содержанию. Помимо выплаты пособий по утрате трудоспособности или смерти, законодательный акт обязал предпринимателей оплачивать медицинские услуги, оказываемые участникам вспомогательных касс. В том числе – скорую медицинскую помощь, амбулаторное лечение, пребывание на стационаре, а также родовспоможение. Самое интересное, что по набору услуг такое страхование сотрудников во многом напоминает базовые программы современного добровольного медицинского страхования. С принятием закона больничные кассы появились во многих регионах страны, а в Санкт-Петербурге количество обращавшихся за медицинской помощью в течение года достигало 8 % от общего числа рабочих (27, с. 41).

Но уже через пять лет этот этап эволюции закончился: события 1917 года кардинально изменили подход к медицинскому страхованию. Более того, из нормативных актов надолго исчез сам термин "страхование": его сменило выражение "социальное обеспечение", гораздо больше соответствующее мировоззрению того времени. Со становлением советской власти медицинское обслуживание стало одинаково доступным для всех слоев населения, а расходы на него полностью взяло на себя государство. Но сегодня можно отметить и обратную сторону такого подхода – низкое качество обслуживания, а также недостаточные объемы финансирования медицинских учреждений, которое осуществлялось по остаточному принципу.

Добровольное медицинское страхование в России получило право на существование лишь в 1991 году, с вступлением в действие Закона "О медицинском страховании граждан в РСФСР". Но в самом начале добровольное медицинское страхование было крайне неэффективным: размер выплат по страховому случаю не превышал суммы страхового взноса, а неизрасходованные на лечение средства возвращались за вычетом комиссии страховщика. Такая ситуация устраивала предпринимателей, использовавших добровольное медицинское страхование для сокрытия от налоговых органов части зарплаты работников. В дальнейшем на рынке появляется все больше программ добровольного медицинского страхования, предусматривающих размер страхового покрытия, превышающий сумму первоначального взноса.

Коренной перелом произошел в 1995 году, когда требования к компаниям, осуществляющим страхование сотрудников по программам добровольного медицинского страхования, значительно ужесточились. В частности, Федеральная служба России по надзору за страховой деятельностью полностью запретила практику возврата неиспользованных средств для того, чтобы лишить бизнесменов возможности избежать налогового бремени. С этого момента добровольное медицинское страхование вступило в современную фазу развития. Со временем на рынке стало появляться все больше страховых компаний, предлагающих своим клиентам различные программы добровольного медицинского страхования. Кроме того, существенно расширился спектр услуг, которые предлагает добровольное медицинское страхование, и выросла популярность таких продуктов у граждан и юридических лиц.

Подводя итог, необходимо еще раз упомянуть о том, что в России добровольное медицинское страхование как экономическая и правовая категория и вид страховой деятельности возникло в 1991 г. с принятием Закона РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР". Предусмотренная законом страховая модель коренным образом отличалась от существовавших на тот момент разновидностей личного страхования. Речь шла о качественно новом для нашей правовой системы правоотношении. Новизна была в объекте возникающего при ДМС страхового правоотношения. По-новому выглядел и его субъектный состав. Личное страхование, в том числе страхование здоровья, распространенное в советский период, предусматривало при наступлении страхового случая (болезни или другого вреда здоровью) выплаты непосредственно застрахованному. Цель такого страхования – сгладить возможные финансовые потери застрахованного, понесенные им в результате повреждения здоровья. Объектом страхования выступали в данном случае имущественные интересы застрахованного лица. Наиболее распространенной была "простая" структура страхового правоотношения, включающая в качестве субъектов страховщика и страхователя, причем страхователь обычно персонально совпадал с застрахованным (29, с. 35).

Действующий в настоящее время закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в качестве объекта добровольного медицинского страхования определяет риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом в законе указывается, что добровольное медицинское страхование "обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования".

Объектами добровольного медицинского страхования выступают две группы страховых рисков:

1) возникновение расходов на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации, уходу;

2) потеря дохода в связи с невозможностью осуществления трудовой деятельности как во время заболевания, так и после – при наступлении инвалидности.

Законодательство РФ ограничило объект медицинского страхования только возмещением затрат на медицинское обслуживание.

Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. Добровольное медицинское страхование предусматривало качественно новый и до того неизвестный отечественной страховой практике вид страхового правоотношения. Объектом его должны были выступать имущественные интересы третьих лиц, а не самого застрахованного. Понятие объекта раскрывалось в законе как "затраты но оказание медицинской помощи". Субъектный состав правоотношения усложнялся, кроме страховщика, страхователя и застрахованного лица в него вводилось медицинское учреждение как лицо, непосредственно оказывающее медицинскую помощь (46).

Но нельзя не отметить, что добровольное медицинское страхование в России еще не достигло уровня европейских стран, и этот сегмент страховых услуг сохраняет в себе огромный потенциал для дальнейшего развития.

1.3 Система добровольного медицинского страхования за рубежом

Наиболее развита система ДМС в США, где она вошла в период расцвета еще в далекие 30-е годы. Всего в США сегодня медицинским страхованием занимается более полутора тысяч компаний, а системой ДМС охвачено более 160 миллионов человек, то есть почти 70 % всего населения Штатов. ДМС дает до трети финансирования американского здравоохранения, считающегося самым затратным в мире. Более трех четвертей объема ДМС в Америке составляет групповое (корпоративное) страхование, которое осуществляют фирмы в отношении своих работников (46).

В США медицинское страхование добровольное и почти полностью осуществляется работодателями. Страхование от болезней — наиболее распространенный вид страхования по месту работы, однако наниматели вовсе не обязаны его предоставлять. Не все американские служащие получают такую страховку. Все же в наиболее крупных компаниях медицинское страхование является почти неотъемлемым условием.

Существует много видов медицинского страхования. Наиболее распространенным является так называемое компенсационное страхование, или страхование "платы за услуги". При этой форме страхования работодатель выплачивает страховой компании страховую премию за каждого работника, обеспеченного соответствующим полисом. Затем страховая компания оплачивает чеки, представленные больницей или другим медицинским учреждением либо врачом. Таким образом, оплачиваются услуги, входящие в страховой план. Обычно страховая компания покрывает 80 % расходов на лечение, за остальное должен платить сам застрахованный (47).

Существует альтернатива — страхование так называемых управляемых услуг. Число американцев, охваченных этим видом страхования, быстро увеличивается. В данном случае страховая компания заключает контракты с врачами, другими медицинскими работниками, а также c учреждениями, включая больницы, на оказание всех услуг, предусмотренных этим видом страхования. Обычно медицинские учреждения получают фиксированную сумму, которая выплачивается заранее за каждого застрахованного.

Различия между двумя описанными видами страхования очень существенны. При страховании "платы за услуги" оплачивается стоимость услуг, которые фактически предоставляются пациентам. При страховании "управляемых услуг" медицинские учреждения получают только фиксированную сумму из расчета на каждого застрахованного пациента независимо от объема оказанных услуг. Таким образом, в первом случае работники системы здравоохранения заинтересованы в привлечении клиентов и предоставлении им разнообразных услуг, тогда как во втором — они скорее откажутся от назначения пациентам дополнительных процедур, по крайней мере, вряд ли назначат их больше, чем необходимо (33, с. 49).

В Америке страховая медицина с ее добровольным медицинским страхованием стоит на страже здоровья своих клиентов, гарантируя не только оплату предоставленного медицинского сервиса, но и качественное лечение традиционными лекарственными средствами. Ни одна страховая компания не оплатит стоимость лечения с применением гипноза, иглоукалывания, гомеопатических или фитопрепаратов. С точки зрения страховой медицины такая терапия является нетрадиционной и эффект от ее применения спорный.

Медицинское страхование в США имеет еще одну особенность. Существует определенный кредит доверия лекарственным препаратам, назначаемых врачом. Но если результат от их применения недостаточен и заболевание медленно, но неуклонно прогрессирует, следующий единственно правильный этап лечения для клиентов страховой компании — не назначение лекарств, а хирургическое лечение. США занимают первое место по количеству операций аортокоронарного шунтирования (23, с. 68).

Один из основных принципов медицинского страхования — высокая эффективность медицинской помощи. Что касается затрат на лечение, то страховая компания покрывает расходы, связанные с применением единственно правильного способа лечения с высоким коэффициентом положительного результата. Конечно, стоимость операции на сердце очень высока, но меньше стоимости лекарственных препаратов, которые необходимо принимать достаточно длительное время. Да и эффект от консервативной терапии не всегда желаемый. Поэтому страховые компании предпочитают нести большие расходы, но один раз.

Американцы отличаются серьезным отношением к своему здоровью. С одной стороны, страховые компании ограждают своих клиентов от непрофессиональной медицинской помощи, с другой — американцы доверяют своим врачам и не покупают лекарства без рекомендации специалиста.

Что касается добровольного медицинского страхования в европейских странах, то здесь в большинстве случаев ДМС усиленно развивается как дополнение к государственному финансированию медицины, расширяя спектр лечебно-профилактических услуг и финансовые возможности здравоохранения. Например, в маленьком Израиле, славящемся высочайшим уровнем медицинского обслуживания, в системе ДМС действуют более 70 фирм (включая иностранные), при том, что половину всего этого рынка контролируют четыре наиболее крупные страховые компании. Системой ДМС охвачена почти пятая часть израильтян, которые пользуются услугами, не включенными в базовые программы обязательных страховых фондов, в том числе — сестринским и патронажным уходом (в основном для пожилых людей). Госкомиссия по анализу здравоохранения в Израиле считает, что роль ДМС в дальнейшем будет неуклонно расти. Аналогичные тенденции наблюдаются и в России в целом, и в нашем регионе, где действует сеть крупных страховых компаний (17, с. 46).

В Германии альтернативой (и дополнением) обязательному медицинскому страхованию является добровольное (частное) медицинское страхование, распространяющееся на граждан, которые в силу высоких доходов или профессиональной деятельности не подлежат обязательному медицинскому страхованию, а также на тех лиц, которые имеют средства и желание получать дополнительную альтернативную обязательному медицинскому страхованию помощь. Существование в стране двух различных форм страхования по болезни является позитивным фактором, стимулирующим конкуренцию на рынке медицинских услуг, что создает условия для более эффективного и динамичного развития существующей в Германии системы здравоохранения, улучшения предлагаемых услуг и инновационной активности. Основным фактором, определяющим различие между системами обязательного и частного медицинского страхования, является доход, размер которого, превышающий границу обязательного медицинского страхования (сегодня это 40,034 евро в год), является причиной обращения к услугам системы частного медицинского страхования. Как правило, участниками этой системы становятся предприниматели или представители свободных профессий, а также лица наемного труда, доходы которых превышают установленную законом границу. Вместе с тем добровольное (частное) медицинское страхование означает также и возможность получения дополнительной медицинской помощи сверх предусмотренной системой обязательного страхования, что актуально для всех категорий населения. Это важно в случае, если застрахованный в ОМС желает получить более расширенный комплект медицинских услуг. По статистическим данным, около 15 % населения застрахованы в системе добровольного медицинского страхования, 80 % — в системе ОМС, 3 % из которых одновременно пользуются дополнительными услугами из программ ДМС (41).

В отличие от обязательного добровольное медицинское страхование предлагает больший объем медицинских услуг. Например, в рамках ДМС существует свободный выбор стационара, а также улучшенные условия пребывания в нем, услуги личного врача, возмещение до 100 % расходов, связанных со стационарным лечением (в ОМС, как правило, часть издержек возмещается пациентом). По сравнению с ОМС, в котором размер взносов не зависит от степени вероятности наступления страхового случая, взносы в системе добровольного медицинского страхования формируются с учетом индивидуального риска. Частные страховые компании используют для этого большое количество различных региональных и профессиональных тарифов. Поскольку значительное влияние на размер страховых взносов оказывают возрастные характеристики, наиболее выгодными ставки в ДМС являются для людей молодого возраста. Следует отметить, что в последние годы объем расходов населения Германии в добровольном медицинском страховании постоянно увеличивается в среднем на 5 %. Существенным отличием от системы ОМС является то, что для каждой возрастной группы застрахованных в ДМС существует собственное финансирование своих расходов. В условиях общего усложнения демографической ситуации во всех европейских странах (увеличение числа пенсионеров по отношению к работающей части населения) такая система формирования страховых взносов не зависит от этой тенденции и в перспективе ДМС может быть одним из способов избежать накапливающихся финансовых затруднений в системе обязательного медицинского страхования (14, с. 82).

В качестве отличительных особенностей добровольного медицинского страхования можно назвать и более высокие размеры пособий по болезни (они страхуются отдельно), возмещение расходов на курортное лечение, возможность получения полной медицинской помощи за рубежом (поскольку не требуется заключения к основному дополнительного договора страхования), а также освобождение от уплаты взносов в случае необращения за медицинской помощью в течение от 1 до 6 месяцев (ОМС такой услуги не предусматривает). Преимуществом добровольного медицинского страхования является также то, что застрахованный может в широких рамках самостоятельно выбирать желаемый им объем медицинской помощи и услуг, а также их комбинации. Выбор того или иного комплекта медицинских услуг зависит от страховой программы (30, с. 43).

В отличие от обязательного в системе частного медицинского страхования заключение страхового договора происходит исключительно на добровольной основе, содержание которого (объем и качество медицинских услуг) оговаривается сторонами. Если в основе ОМС лежит принцип солидарности, то функционирование системы частного медицинского страхования основывается на принципе эквивалентного возмещения затрат, согласно которому размер взносов в страховой фонд соответствует оговоренному в договоре объему предоставляемых услуг, страховому риску, а также зависит от возраста, пола, состояния здоровья и прочих условий, определяющих размер страховки и суммы выплачиваемых взносов. В отличие от ОМС в системе частного страхования страхуемый, получая медицинское обслуживание, обязан оплатить его сам, после чего, предъявив оплаченный счет страховой компании, может получить соответствующую компенсацию расходов на лечение согласно договору страхования. Исключение существует для оплаты лечения в стационаре, расходы на которое могут оказаться обременительными для пациента. При наличии договоренности между страховой компанией и застрахованным эти расчеты могут быть оплачены без участия последнего.

В отличие от ОМС в системе добровольного медицинского страхования страховые учреждения, осуществляющие страхование по болезни, не связаны договорными отношениями с другими участниками системы здравоохранения (врачами, союзами врачей, аптеками, больницами и др.). Оплату половины страховых взносов берет на себя работодатель, но лишь в том случае, если их общий размер не превышает объема страховки в рамках обязательного медицинского страхования. Страхование в ДМС для таких категорий населения, как безработные (если они были ранее застрахованы в ДМС) и студенты, отличается от общего порядка. Дело в том, что частичное финансирование их участия берет на себя соответствующее государственное учреждение (33, с. 49).

Если в ОМС существует возможность бесплатного страхования всех членов семьи при небольшом совокупном доходе, то в системе ДМС такая возможность отсутствует, поэтому независимо от уровня доходов все члены семьи вынуждены заключать отдельные договоры медицинского страхования.

Страховые компании, работающие на рынке частного медицинского страхования, непосредственно не ограничивают объем оказываемой медицинской помощи. Застрахованный должен сам следить за тем, чтобы необходимые ему медицинские услуги покрывались объемом страхования по договору, а значит, самостоятельно решать, какая форма лечения или обследования ему больше подходит. В целом, в отличие от ОМС, добровольное медицинское страхование предлагает более высокую степень самостоятельности пациента и одновременно большую его ответственность. Как и в обязательном медицинском страховании, в системе частного медицинского страхования государство законодательно устанавливает принципы его функционирования и стандарты, а также осуществляет контроль за его деятельностью.

Таким образом, действующая в Германии система добровольного медицинского страхования, выполняя те же функции, что и ОМС, является как альтернативой, так и существенным дополнением обязательного медицинского страхования. Имея различную организацию и принципы работы, каждая из систем вместе с тем направлена на решение одной задачи — оказание доступной, высококвалифицированной медицинской помощи всему населению страны, что могло бы стать положительным примером реализации и существования эффективной системы медицинского страхования в условиях структурной перестройки экономики и социальной сферы России.

Выводы по Главе I

1. Страховое дело — важный экономический институт, который существовал в разных экономических формациях, один из развивающихся видов бизнеса. Страхование призвано удовлетворить насущную и фундаментальную потребность человека — потребность безопасности.
2. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования. ДМС осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. В качестве субъектов ДМС выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.
3. Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.
4. Добровольное медицинское страхование в России получило право на существование лишь в 1991 году, с вступлением в действие Закона "О медицинском страховании граждан в РСФСР". Цель такого страхования – сгладить возможные финансовые потери застрахованного, понесенные им в результате повреждения здоровья. Объектом страхования выступали в данном случае имущественные интересы застрахованного лица.
5. Действующий в настоящее время закон РФ "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации" в качестве объекта ДМС определяет риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. При этом добровольное медицинское страхование "обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг и иных услуг сверх установленных программами обязательного страхования".
6. Наиболее развита система ДМС в США, где она вошла в период расцвета еще в далекие 30-е годы. Всего в США сегодня медицинским страхованием занимается более полутора тысяч компаний. В США медицинское страхование добровольное и почти полностью осуществляется работодателями. Страхование от болезней — наиболее распространенный вид страхования по месту работы. Один из основных принципов медицинского страхования — высокая эффективность медицинской помощи.
7. В большинстве европейских стран ДМС усиленно развивается как дополнение к государственному финансированию медицины, расширяя спектр лечебно-профилактических услуг и финансовые возможности здравоохранения. В Израиле в системе ДМС действуют более 70 фирм, системой ДМС охвачена почти пятая часть израильтян, которые пользуются услугами, не включенными в базовые программы обязательных страховых фондов, в том числе — сестринским и патронажным уходом.
8. В Германии добровольное (частное) медицинское страхование распространяется на граждан, которые в силу высоких доходов или профессиональной деятельности не подлежат обязательному медицинскому страхованию, а также на тех лиц, которые имеют средства и желание получать дополнительную альтернативную обязательному медицинскому страхованию помощь. Отличительная особенность ДМС - высокие размеры пособий по болезни, возмещение расходов на курортное лечение, возможность получения полной медицинской помощи за рубежом, а также освобождение от уплаты взносов в случае необращения за медицинской помощью в течение от 1 до 6 месяцев (ОМС такой услуги не предусматривает).

ГЛАВА II. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ПРОБЛЕМЫ

2.1 Обобщение опыта деятельности страховых компаний, работающих на рынке добровольного медицинского страхования

здравоохранение оплата медицинский страхование

Считается, что саму идею страхования придумали английские купцы, несущие убытки из-за ушедших в плавание и так и не вернувшихся кораблей. Купцы решили в случаях гибели и пропажи кораблей распределять понесенный ущерб поровну. Для этого производились отчисления в общий фонд – какая-то часть от участвующего в экспедиции имущества. Из этого фонда и оказывалась помощь.

Сегодня в условиях современной рыночной конкуренции страхование является одним из наиболее прибыльных занятий. Растет количество страховых компаний и клиентов этих компаний.

При этом медицинским страхованием занимаются преимущественно лидеры рынка ДМС – ведущие универсальные страховщики федерального уровня, на которых приходится более половины всех взносов в этом сегменте. Так, всего лишь около десятка компаний обеспечивают медицинской защитой персонал большинства крупных производственных комплексов России, заодно предоставляя услуги среднему и малому бизнесу, а также частным клиентам.

Среди компаний, работающих на рынке ДМС, можно условно выделить три группы, различающихся по стратегии привлечения клиентов (11, с. 89).

1. Страховые компании, являющиеся дочерними компаниями финансово-промышленных холдингов. Основная задача этих страховщиков – организация медицинского обслуживания материнской структуры и компаний, способных оказывать на нее влияние. Как правило, эти компании работают в регионах в соответствии с географией бизнеса учредителей. Накопив опыт работы с "родственными" компаниями-клиентами. Они начинают активно предлагать свои услуги их партнерам и иным предприятиям, работающим в соответствующих регионах. Зачастую в подобных случаях страхование осуществляется с полным или частичным учетом принципов возвратности. К числу таких компаний можно отнести большинство лидеров: Группа "СОГАЗ", ЖАСО, страховая группа "КапиталЪ", СКМ, "Согласие". Кроме того, свои сегменты рынка имеет "Энергогарант", традиционно страхующий региональные АО-энерго и близкие к электроэнергетике компании.
2. Компании, работающие в программе обязательного медицинского страхования (через специально созданные дочерни компании) и во многом на этом строящие свою маркетинговую политику. Известность людям, возможность координировать финансовые потоки, идущие по каналам обязательного и добровольного страхования, а также налаженные отношения со многими поликлиниками и больницами позволяют этим страховщикам занимать лидирующие позиции в ДМС. В первую очередь к числу этих компаний можно отнести РОСНО и "Спасские ворота". Однако совмещают деятельность ДМС и ОМС не только они. На таких принципах работают многие региональные страховщики.
3. Компании, ориентированные исключительно на рыночную клиентуру. Они работают только с теми клиентами, которых удалось привлечь различными маркетинговыми программами. В любой из компаний этой группы можно купить весь набор существующих на рынке страховых программ: амбулаторное лечение с прикреплением к любому из ведущих медицинских учреждений, стационарное лечение, "Скорая помощь", "Личный врач" и т.п. К числу таких страховщиков можно отнести ведущие российские универсальные страховые компании "Ингосстрах", "РЕСО-Гарантия", компании системы "Росгосстрах", "УралСиб", "Ренессанс Страхование". Активно работают на рынке массового ДМС Страховой дом ВСК и "АльфаСтрахование".

Специалисты считают, что российский рынок корпоративного добровольного медицинского страхования уже близок к насыщению. Как в компаниях с иностранными собственниками, так и на крупных российских предприятиях ДМС стало неотъемлемой частью социального пакета, инструментом мотивации и повышения лояльности персонала, методом управления финансами компании за счет сокращения больничных листов и минимизации налогообложения.

Российский рынок добровольного медицинского страхования прошел стадию экстенсивного развития, когда прирост взносов обеспечивался за счет привлечения новых предприятий, и основным критерием выбора страховщика считалась цена страховки. Следующий этап – интенсивное развитие рынка, которое предполагает конкуренцию за счет повышения качества обслуживания, усложнения и увеличения сервисной составляющей страховых продуктов, а также дальнейшую концентрацию рынка.

Темпы роста рынка добровольного медицинского страхования отстают от среднерыночных показателей. Среди основных проблем сектора ДМС можно назвать опережающий рост цен на рынке платных медицинских услуг, что в свою очередь сказывается на стоимости полисов ДМС и препятствует расширению этого вида страхования. В большей мере высокая стоимость полиса ДМС сдерживает развитие именно индивидуального страхования.

Еще одним фактором, сдерживающим развитие корпоративного ДМС, служит существующее ограничение по отнесению на себестоимость расходов на страхование сотрудников в размере не более 3% от фонда оплаты труда, тогда как стандартная программа ДМС предполагает большие затраты. Кроме этого работодатель помимо взносов на ДМС вынужден платить единый социальный налог, куда входят отчисления на ОМС, которым работники фактически не пользуются.

В настоящее время некоторые страховые компании, участвующие в реализации программ ОМС, пытаются проводить программы ДМС, называемые "ОМС с плюсом". Пациенты получают услуги на базе программы ОМС, т.е. программы государственных гарантий, утвержденной субъектом Федерации, но в более комфортных условиях. При этом страховая компания оплачивает и часть медицинских услуг, не входящих в стандарт лечения по программе государственных гарантий, а также качественные, часто импортные, лекарства или изделия медицинского назначения (например, протезы суставов, сосудов, клапанов сердца).

Из классических видов ДМС пользуется популярностью страхование на случай какого-либо заболевания. Это максимально дешевый вид страхования, доступный людям со средним доходом. При всем том традиция страховать здоровье и расходы на медицинское обслуживание у населения отсутствует. Для большинства граждан России ДМС в индивидуальном варианте недоступно из-за его высокой стоимости (12, с. 50).

Причины, объясняющие, почему страховым компаниям сегодня невыгодно проводить классическое ДМС, заключаются в следующем:

- неэффективность использования общественных фондов потребления, направляемых на здравоохранение, и прежде всего бюджетов различных уровней, отсутствие персонифицированного учета выделения и расходования средств или подушевого принципа финансирования программы государственных гарантий;

- высокая стоимость полиса ДМС в условиях, когда страхователь через ДМС заново вынужден оплачивать всю программу обязательного медицинского страхования по рыночным ценам без учета его участия путем налогов и взносов по обязательному медицинскому страхованию в формировании общественных фондов потребления, направляемых на здравоохранения;

- ограниченность возможностей у большинства лечебных учреждений достойно поощрять труд врачей и медицинского персонала, оказавшего услуги пациентам, застрахованным по ДМС;

- отсутствие у населения страховых традиций и культуры;

- отсутствие государственной поддержки ДМС в виде льгот по налогообложению, поскольку Налоговый кодекс позволяет до 20 тысяч рублей в течение года, израсходованных на оплату медицинских услуг и лекарств, использовать для уменьшения налогооблагаемой базы по налогу на физических лиц. В отношении средств, направленных на уплату страховых взносов, такой льготы нет.

Как уже говорилось, добровольное медицинское страхование (ДМС) призвано обеспечить получение гражданами дополнительных медицинских и иных услуг (сервисных) сверх установленных программой ОМС. Перечень этих медицинских и иных услуг содержится в программах ДМС, предлагаемых страховыми компаниями.

Рассмотрим опыт деятельности одной из страховых компаний, предлагающих населению услуги по ДМС.

ОАО СК "Сочи-гарант" занимается медицинским страхованием на территории Краснодарского края с 1992 года. За это время компанией накоплен колоссальный опыт взаимодействия с медицинскими учреждениями, что позволяет максимально оперативно и эффективно решать проблемы клиентов.

Деятельность данной компании на местном страховом рынке отмечена рядом наград. Так, в 2006 году результаты работы компании по созданию системы управления качеством в ДМС были отмечены Почётной грамотой губернатора Краснодарского края.

ОАО "Страховая компания "Сочи-гарант" с момента образования компании в 1992 году активно работает на страховом рынке Краснодарского края. Являясь акционерной компанией с участием государственного капитала Краснодарского края, действуя в соответствии с лицензией ФССН РФ, компания предлагает следующие страховые услуги: ДМС, автокаско, страхование имущества физических и юридических лиц (44).

До 2007 года компания осуществляла ОМС граждан на территориях восьми муниципальных образований Азово-Черноморского побережья Краснодарского края (города Сочи, Туапсе, Геленджик, Новороссийск, Анапа, Туапсинский, Темрюкский и Приморско-Ахтарский районы) с общей численностью населения 1 195 тыс. человек.

В 2008 году акционеры компании приняли решение переориентировать компанию на добровольные виды страхования и отказаться от ОМС. К имеющейся лицензии на ДМС компания дополнительно получила лицензию на прочие добровольные виды страхования: автокаско, имущество юридических лиц и граждан, страхование предпринимательских рисков. Кроме того, для удобства клиентов компания начала работать по агентским договорам по ОСАГО, сельскохозяйственному страхованию и пр.

Многолетний опыт работы, гибкая тарифная политика, договорные отношения с ведущими российскими перестраховщиками позволяют ОАО "СК "Сочи-гарант" реализовывать на территории Краснодарского края, Ростовской области и Республики Адыгея программы страхования высокой сложности с обеспечением индивидуального подхода к каждому клиенту. В планах компании на 2010-2011 год - развитие агентских и партнёрских каналов продаж.

Страховые резервы и собственные средства компания вкладывает исключительно на территории Краснодарского края, обеспечивая высокую сохранность, надёжность и доходность инвестиций, одновременно внося свой вклад в развитие кубанской экономики. Компания активно поддерживает мероприятия по развитию регионального финансового рынка, проводимые администрацией Краснодарского края, является одним из первых членов Ассоциации страховых компаний Краснодарского края, членом Торгово-промышленной палаты Краснодарского края.

ОАО СК "Сочи-гарант" в рамках программ ДМС предлагает следующие виды услуг (44):

– круглосуточная справочно-информационная (диспетчерская) служба;

– комплекс амбулаторно-поликлинических услуг, в том числе:

* посещение врача в удобное для пациента время;
* консультации врачебных специалистов на дому;
* выход врача в офис, организация всестороннего обследования;
* проведение полной диспансеризации, включая необходимые лабораторные и инструментальные исследования;
* профилактические мероприятия;

– неотложная медицинская помощь;

– организация стационарного лечения в палатах повышенной комфортности;

– весь спектр лечебной стоматологической помощи;

– реабилитационно-восстановительное лечение;

– организация медицинской помощи за пределами Краснодарского края.

Стоимость страхового полиса ДМС определяется выбранным клиентом самостоятельно набором медицинских услуг, а также перечнем медицинских учреждений, на базе которых эти услуги будут предоставляться.

Сегодня добровольное медицинское страхование - один из самых востребованных видов страховой защиты в России. Свидетельство этому - темпы роста отрасли, которые составляют около 20 % на протяжении уже нескольких лет. В частности, по итогам 2008 года общий объем взносов, собранных по ДМС российскими страховщиками, достиг 45,7 млрд руб. Совокупный объем выплат по итогам 2008 года составил 35,3 млрд. руб (42).

Одна из основных предпосылок активного развития ДМС - плачевное состояние государственной, формально бесплатной медицины, финансирование которой осуществляется через систему обязательного медицинского страхования. По мнению большинства специалистов, существующая система финансирования здравоохранения уже давно доказала свою несостоятельность, а основные принципы ОМС так и не заработали. По-прежнему граждане не могут выбрать страховую компанию и медицинское учреждение, в котором они хотели бы получать медицинскую помощь, действует разделение застрахованных по территориальному признаку, а о защите их прав никто и не вспоминает. Поэтому неудивительно, что люди, желающие получать качественную медицинскую помощь и имеющие для этого хотя бы минимальные возможности, предпочитают платные услуги. Один из распространенных вариантов получения платной медицинской помощи - непосредственная оплата лечения по факту оказания услуг. Однако добровольное медицинское страхование более выгодно за счет рисковой составляющей, позволяющей избежать непредвиденных расходов, и, что столь же важно, благодаря контролю качества лечения и объема оказанных услуг со стороны страховой компании (48). Следует также отметить, что государство в последнее время уделяет серьезное внимание совершенствованию системы здравоохранения - национальный проект "Здоровье" объявлен в качестве одного из приоритетных направлений развития страны на ближайшую перспективу. Но возникает вопрос, в какой мере его реализация затронет рыночный механизм финансирования отрасли - добровольное медицинское страхование.

Опыт развитых стран доказывает, что именно добровольное медицинское страхование - наиболее эффективный механизм финансирования медицины. Тем не менее, развитие ДМС в нашей стране, несмотря на большой потенциал его востребованности, наталкивается на преграды. Важнейшим сдерживающим фактором являются низкие доходы значительной части населения и запаздывание формирования среднего класса, приводящие к дефициту массового спроса на коммерческое медицинское страхование. Возможным вариантом решения данной проблемы в перспективе могли бы стать субсидии государства малоимущим гражданам для использования ими программ ДМС. В таком случае страховые компании могли бы стать мощным инструментом финансирования здравоохранения за счет создания собственной инфраструктуры или инвестиций в существующие лечебные учреждения. Часто развитию ДМС препятствуют и сами лечебные учреждения. Низкая конкуренция на рынке приводит к росту цен на медицинское обслуживание, при этом медицинских учреждений, способных полноценно обслуживать такого рода программы, постоянно не хватает. Во многих, даже больших, городах существуют лишь 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. Наиболее критичный среди факторов, тормозящих развитие рынка добровольного медицинского страхования - фактор легитимности, иными словами, проблемы с налоговым законодательством в этой сфере. По закону отчисления на ДМС, которые можно относить на себестоимость, не должны превышать 3 % от фонда оплаты труда предприятия. При этом в социальных пакетах крупных зарубежных компаний до 40% затрат на персонал относится к непрямым денежным выплатам, включающим и медицинское страхование, и пенсионный план, и страхование жизни.

2.2 Ход и результаты эмпирического исследования

Решение многочисленных проблем, накопившихся в сфере здравоохранения за годы реформ, требует проведения взвешенной и социально ответственной политики. Одним из ключевых направлений политики в сфере здравоохранения является совершенствование системы медицинского страхования, что требует укрепления финансовой базы медицинского страхования, в том числе за счет привлечения необходимых финансовых ресурсов из частного сектора. Акцент в реформировании системы здравоохранения на развитие медицинского страхования большинство специалистов считает вполне обоснованным, причем важная роль отводится развитию системы добровольного медицинского страхования.

Создание системы (ДМС) вызвано не только объективными, но и субъективными причинами. В частности, в государстве на основе ОМС производится финансирование лишь тех мероприятий по охране здоровья граждан, которые считаются важными для всего общества. Оставшуюся неудовлетворенной часть потребностей граждан в обеспечении необходимого состояния здоровья предлагается реализовать через систему ДМС, на основе рыночного механизма. При этом ДМС в настоящее время рассматривается как один из важных источников финансового обеспечения существующей модели здравоохранения.

Закономерен вопрос: насколько известны возможности добровольного медицинского страхования населению, и как они используются? В этой связи мы поставили перед собой цель: определить степень осведомлённости населения города Магнитогорска о предлагаемых в рамках ДМС программах. Для сбора первичной информации по данной проблеме был использован анкетный опрос. В нем приняли участие 98 человек, в том числе 19 руководителей предприятий различных форм собственности. В ходе исследования использована квотная выборка.

Опрос показал, что практически треть (31 %) физических лиц не знают о существовании системы добровольного медицинского страхования. Отметим, что при оценке ответа учитывался не факт простого знания о системе ДМС ("что-то слышал…"), а способность респондента описать назначение данной системы и её функции.

Среди физических лиц высокую осведомленность о системе ДМС (84 % опрошенных) показали представители двух возрастных групп: 35-45 и 45-55 лет. Данный показатель объясняется просто: именно в этих возрастных группах объективно возрастает интерес к проблемам здоровья, соответственно растет интерес к информации о возможностях их решения. Конечно, хороший показатель осведомленности о системе ДМС имеет население в возрасте свыше 55 лет, что, в первую очередь, объясняется возрастанием проблем со здоровьем.

Вполне естественно, что юридические лица оказываются более осведомлёнными в вопросах добровольного медицинского страхования. Во-первых, повышенная осведомленность связана с тем, что представленное в этой группе население в силу своего социально-экономического статуса отличаются повышенной активностью и целенаправленной работой с информационными потоками. Они владеют информацией о системе ДМС еще по одной важной причине: использование программ ДМС в руках менеджера является эффективным фактором, способствующим мотивации работников предприятия. Кроме того, обладая более высоким уровнем доходов, юридические лица имеют больше возможности использовать программы ДМС. Наконец, юридические лица представлены, в основном, двумя указанными выше возрастными группами, которые отличаются повышенным уровнем осведомленности.

С учетом вышеизложенного, вызывает определенное беспокойство тот факт, что 12 % руководителей предприятий ничего не знают о системе ДМС. В их числе – руководители небольших предприятий, представленные первой возрастной группой, как правило, не имеющие высшего образования. Данная группа руководителей должна стать предметом повышенного внимания со стороны страховых компаний, поскольку представляет собой резерв роста рынка клиентов.

Опрос показал, что 36 % физических лиц пользовались программами ДМС по следующим направлениям: лечение в стационаре, обслуживание в поликлинике, наблюдение у личного врача и т.д. Как правило, респонденты отмечали, что приобретали программы ДМС в случае проблем со здоровьем (79 %). Интересно отметить, что 42 % руководителей предприятий никогда не приобретали программ ДМС для своих работников. При этом 44 % руководителей заявили, что пока не видят в этом необходимости.

Тем не менее, почти половина (52 %) из числа руководителей, которые не приобретали программ ДМС для своих работников, заявили о своем желании сделать это в скором времени. Для использования резервов роста рынка продуктов ДМС, страховым компаниям необходимо, прежде всего, исследовать побудительные стимулы приобретения продуктов ДМС. Что касается желания физических лиц приобрести программы ДМС, то из 46 человек, не имевших прежде опыта пользования подобными услугами, его проявили 20 человек (44 %). Остальные не выразили такой готовности.

Основным преимуществом системы ДМС (по сравнению с системой ОМС), по мнению физических лиц, является более качественное медицинское обслуживание (31 %). Кроме того, потребители в качестве преимуществ указывают также более внимательное отношение персонала (22 %), экономия материальных затрат (17 %), своевременность оказания медицинских услуг (13 %) и предоставление юридической защиты (9 %). Обращает на себя внимание, что далеко не все респонденты отмечали такие преимущества системы ДМС, как широкий спектр медицинских услуг (5 %) и экономия времени и сил (3 %).

Опрос показал, что руководители предприятий чаще всего приобретают программы добровольного медицинского страхования в целях повышения мотивации работников к высокопроизводительному труду (54 %), повышения престижности рабочего места, а также для оптимизации налогообложения (48 %). Кроме того, руководители отметили следующие преимущества использования программ ДМС: снижение потерь рабочего времени (38 %), увеличение производительности труда работников (29 %), улучшение имиджа компании (17 %), и социально-психологического климата (16 %). Отсюда следует вывод о том, что руководители отчетливо видят преимущества ДМС и расценивают результаты страхования работников как фактор, способствующий повышению эффективности функционирования предприятий. Вместе с тем, руководители предприятий в своей массе отмечали неразвитость системы добровольного медицинского страхования.

Что касается населения, то, по мнению физических лиц, большим недостатком системы добровольного медицинского страхования является высокая стоимость предлагаемых услуг, делающая их недоступными для большей массы респондентов.

Распространение индивидуальных полисов добровольного медицинского страхования среди частных лиц, прежде всего, зависит от уровня страховой культуры потребителей. Вместе с повышением уровня общего проникновения страховых услуг будет увеличиваться и доля населения, имеющего полис ДМС, и, следовательно, будет расти рынок ДМС в целом. Поэтому страховым компаниям, заинтересованным в развитии продаж ДМС, сегодня есть, над чем задуматься.

2.3 Перспективы развития добровольного медицинского страхования

Развитие рынка требует также положительных инициатив со стороны законодательной власти и органов надзора, квалифицированных и ощутимых маркетинговых усилий, в том числе разработки эффективных механизмов продаж ДМС со стороны страховых компаний.

Опрос показал, что невысокая информированность клиентов обо всех преимуществах ДМС негативно сказывается на мотивации приобретения программ ДМС. Страховым компаниям необходимо использовать принципы маркетинга для организации работы среди потенциальных клиентов, включая как физических лиц, так и руководителей предприятий с тем, чтобы они уяснили для себя все преимущества, которые дает ДМС. Кроме того, нужно изучать особенности формирования потребностей в медицинском обслуживании в каждом конкретном регионе. Нужен систематический и непрерывный анализ потребностей и запросов ключевых потребительских групп (индивидов и организаций).

Проведенное нами исследование показало наличие у страховых компаний существенных возможностей по привлечению клиентов.

Так, наряду с жителями близлежащих областей, жители Челябинской области также испытали последствия Чернобыльской катастрофы. Большое количество жителей области были заняты на работах по ликвидации последствий аварии. В этой связи у большинства из них отмечаются изменения в щитовидной железе и системный остеопороз. Следовательно, данному контингенту можно предложить отдельные программы ДМС, предполагающие наличие в медицинском центре, к примеру, такого оборудования, как компьютерный томограф.

С маркетинговой точки зрения покупателю не нужен продукт как таковой, ему необходимо решение возникших проблем со здоровьем. Наиболее эффективно эти проблемы могут быть решены в комплексных медицинских центрах, где имеются врачи всех специальностей и собственная аптека с арсеналом новых современных фармацевтических препаратов, могут быть проведены все виды обследований, анализов, обязательное лечение, предложены психологическая помощь и лечебная физкультура. Именно на этой основе должна решаться в целом проблема здоровья.

Для более эффективного обслуживания выбранных групп можно предложить два вида маркетинговых усилий. Для страховых компаний, работающих на рынке ДМС, можно предложить следующие маркетинговые усилия:

— продвижение отличительных качеств товара — создание новых страховых продуктов — программа "Педиатр", "Ведение беременности и родовспоможения", "Личный кардиолог" и др.

— введение индивидуальных полисов добровольного медицинского страхования для такого перспективного сегмента, каким являются переселенцы, которые не имеют полисов обязательного медицинского страхования.

Несомненный ущерб добровольному медицинскому страхованию наносит неадекватная ценовая политика лечебно-профилактических учреждений. Причем населению часто предлагается платить за услуги, уже оплаченные из фонда ОМС. Подобная практика – не исключение, она характерна и для других регионов страны.

Одно из проявлений рыночной ориентации — открытие частными страховыми компаниями собственных клиник. Развитие в них отношений с потребителями (пациентами) является задачей всех членов организации, а не только отдела продаж страховых продуктов. С целью повышения качества медицинского обслуживания и повышение прибыли, получаемой страховыми компаниями, необходимо развить сеть своих медицинских центров с новейшей материально-технической базой, способными оказывать помощь по принципу "прикрепления" в том числе и застрахованным – физическим лицам.

Подход к товару (услуге) как к решению проблемы влияет на все составляющие маркетинга и, особенно, на такую составляющую, как дистрибуция: удобный, легкий доступ к решению — введение предварительной записи по телефону в удобное для клиента время, работа медицинских представителей, выделение отдельных закрепленных врачей.

Следует также отметить, что различные маркетинговые исследования показывают, что по объективным причинам в стране нынешние попытки коммерциализации медицины ведут к двум неизбежным результатам:

- во-первых, к ускоренному формированию врачебно-промышленного комплекса России со своими особыми, во многом не совпадающими с интересами большинства населения, целями;

- во-вторых, торможению освоения социально эффективных медицинских технологий (дешевых и эффективных систем профилактики и превентивной терапии).

Мировой и советский опыт показывает, что наилучший выход из данной ситуации – бесплатная медицина. Многие государства (Швеция, Великобритания и другие) идут по указанному пути, или же считают его более эффективным. Например, во Франции в ходе предвыборной кампании отдельные претенденты на пост главы государства обещают перейти к бесплатной медицине. В нашей стране уйти от коммерциализации сферы медицинского обслуживания населения в сложившихся условиях практически невозможно. Поэтому необходимо искать выход, который позволяет максимально смягчить указанные негативные последствия.

По-нашему мнению, одним из таких выходов может быть более глубокое разделение полномочий между системами социального и коммерческого медицинского страхования, а также целенаправленное стимулирование развития обоих лечебно-страховых комплексов в соответствии со спецификой решаемых ими задач и сегментов обслуживаемого ими населения.

Обобщая вышеизложенное, выделим преимущества, которые, по нашему мнению, определяют перспективы развития системы добровольного медицинского страхования.

Во-первых, добровольное медицинское страхование в настоящее время приносит огромную пользу для всех субъектов рынка платных медицинских услуг. Застрахованные клиенты впервые приобретают возможность получения именно той медицинской помощи, которую хотели бы получать, и которая заключается в:

— реальной заботе и помощи медицинского представителя страховой компании в выборе лечебного учреждения, оптимального по соотношению "цена — качество";

— обеспечении своевременности и внеочередности оказания помощи;

— обслуживании доверенным врачом (наиболее компетентным специалистом, которого заранее выбрала страховая компания), который был бы заинтересован в том, чтобы для клиента на наивысшем уровне было сделано все необходимое и возможное;

— чувстве полной защищенности каждого застрахованного со стороны страховой компании, который ни на минуту не остается один на один с существующим зачастую в ЛПУ произволом (что особенно опасно при родовспоможении и в педиатрии).

Кроме того, огромную пользу получает каждый руководитель учреждения, приобретающий программы ДМС для своих работников, поскольку существенно повышается имидж предприятия и престижность рабочих мест. Руководитель реально имеет возможность помочь ценному для коллектива работнику не только материально (к примеру, в проведении очень дорогой операции, даже в том случае, если на данный момент времени на предприятии нет прибыли), но и организационно (ведь договоры с ведущими клиниками, как правило, уже заключены, и на организацию помощи уйдет совсем немного времени). Более того, из фондов ДМС могут быть оплачены необходимые дорогостоящие лекарства, которые не входят в перечень, предусмотренный ОМС. Выигрывают от участия на рынке ДМС и лечебные учреждения, получающие огромные финансовые средства, которые идут на развитие материально-технической базы учреждения и на дополнительное поощрение работников.

Во-вторых, страховые компании, заключающие договоры ДМС, начинают принимать непосредственное участие в развитии материально-технической базы здравоохранения, создавая собственные ЛПУ. Сегодня, в зависимости от рискового или депозитного вида страхования, прибыль страховых компаний может колебаться в небольших пределах на довольно низких цифрах, так как основная часть средств уходит в итоге в лечебные учреждения. Если учредителями страховых компаний будут открыты свои собственные лечебные учреждения, то от этого выиграют как сами страховые компании, так и клиенты, для которых будет в этих учреждения делаться все возможное на современном уровне, так и в целом местная система здравоохранения.

В-третьих, с увеличением числа страховых компаний, работающих с физическими лицами, повышается защищенность хорошо обеспеченных людей, способных самостоятельно купить полис ДМС, от произвола руководителей предприятий, которые по разным причинам не желают заботиться о здоровье своих работниках. К сожалению, встречаются руководители предприятий, которые стремятся под любым предлогом избавиться от заболевшего работника.

В-четвертых, бывают случаи, когда в медицинской помощи нуждаются лица, по какой-то причине не имеющие полис ОМС. К их числу относятся, например, переселенцы, не имеющие на момент заболевания регистрации в данном регионе.

В-пятых, очень важным преимуществом ДМС является наличие в крупных страховых компаниях высококвалифицированных врачей-экспертов и юристов, готовых реально постоять за интересы своих застрахованных.

Многолетний опыт работы страховых компаний в области добровольного медицинского страхования и повышение интереса к этому виду страхования со стороны крупнейших отечественных предприятий, позволяет говорить о добровольном медицинском страховании как о важнейшем и перспективном источнике финансирования здравоохранения на данном этапе и в перспективе.

Выводы по Главе II

1. Сегодня в условиях современной рыночной конкуренции страхование является одним из наиболее прибыльных занятий. Растет количество страховых компаний и клиентов этих компаний. При этом медицинским страхованием занимаются преимущественно лидеры рынка ДМС – ведущие универсальные страховщики федерального уровня, на которых приходится более половины всех взносов в этом сегменте.
2. Российский рынок добровольного медицинского страхования прошел стадию экстенсивного развития, следующий этап – интенсивное развитие рынка, которое предполагает конкуренцию за счет повышения качества обслуживания, усложнения и увеличения сервисной составляющей страховых продуктов, а также дальнейшую концентрацию рынка.
3. Среди основных проблем сектора ДМС можно назвать опережающий рост цен на рынке платных медицинских услуг, что в свою очередь сказывается на стоимости полисов ДМС и препятствует расширению этого вида страхования. В большей мере высокая стоимость полиса ДМС сдерживает развитие именно индивидуального страхования.
4. Для определения степени осведомлённости населения города Магнитогорска, о предлагаемых в рамках ДМС программах, нами было проведено исследование. В нем приняли участие 98 человек, в том числе 19 руководителей предприятий различных форм собственности. Опрос показал, что практически треть (31 %) физических лиц не знают о существовании системы добровольного медицинского страхования; юридические лица оказываются более осведомлёнными в вопросах добровольного медицинского страхования.
5. Основным преимуществом системы ДМС (по сравнению с системой ОМС), по мнению физических лиц, является более качественное медицинское обслуживание. Опрос показал, что руководители предприятий чаще всего приобретают программы ДМС в целях повышения мотивации работников к высокопроизводительному труду, повышения престижности рабочего места, а также для оптимизации налогообложения.
6. Опрос показал, что невысокая информированность клиентов обо всех преимуществах ДМС негативно сказывается на мотивации приобретения программ ДМС. Страховым компаниям необходимо использовать принципы маркетинга для организации работы среди потенциальных клиентов, включая как физических лиц, так и руководителей предприятий с тем, чтобы они уяснили для себя все преимущества, которые дает ДМС. Кроме того, нужно изучать особенности формирования потребностей в медицинском обслуживании в каждом конкретном регионе. Нужен систематический и непрерывный анализ потребностей и запросов ключевых потребительских групп (индивидов и организаций).
7. Для более эффективного обслуживания выбранных групп можно предложить два вида маркетинговых усилий. Для страховых компаний, работающих на рынке ДМС, можно предложить следующие маркетинговые усилия:

— продвижение отличительных качеств товара — создание новых страховых продуктов — программа "Педиатр", "Ведение беременности и родовспоможения", "Личный кардиолог" и др.

— введение индивидуальных полисов добровольного медицинского страхования для такого перспективного сегмента, каким являются переселенцы, которые не имеют полисов обязательного медицинского страхования.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Добровольное медицинское страхование (ДМС) существует в России с 1991 года, и сегодня на его долю приходится десятая часть всех страховых взносов. Именно в 1991 г. был принят основной правовой документ, которым до сих пор руководствуются все страховщики - Закон РФ от 28.06.1991 г. "О медицинском страховании граждан в РФ". Он изменил систему финансирования здравоохранения, вследствие чего возникла необходимость полной или частичной оплаты медицинских услуг.

Социально-экономическое значение ДМС заключается в дополнении гарантий по медицинскому обслуживанию, предоставляемых населению бесплатно через системы бюджетного финансирования медицинских учреждений и обязательного медицинского страхования (ОМС). Это касается, в первую очередь, проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики, применения современных медицинских технологий, обеспечения комфортных условий лечения, осуществления тех видов лечения, которые не включены в сферу "медицинской помощи по жизненным показаниям".

Кроме того, ДМС отличается от ОМС по следующим параметрам:

- ОМС - социальное, а ДМС - коммерческое страхование.

- ОМС строит свою работу на принципе страховой солидарности, то есть уравнивает в правах всех застрахованных, независимо от уровня их дохода и возможностей. ДМС же основано на принципах страховой эквивалентности, то есть по договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия. При этом ДМС обеспечивает страхователям медицинское обслуживание более высокого качества, которое отвечает индивидуальным требованиям клиента.

- Участие в программах ДМС не регламентируется государством и зависит от потребностей и возможностей страхователя. К примеру, в ОМС правила, программы, размер и порядок уплаты страховых взносов, типовые формы договоров, перечень медицинских учреждений, стоимость медицинских услуг разрабатываются и утверждаются органами власти. В ДМС же правила и методика расчета страховых взносов разрабатываются страховой организацией и лишь согласовываются органами надзора за страховой деятельностью. Остальные условия регламентируются договорами, заключенными субъектами системы.

На первый взгляд условия, которые выдвигает страховая компания, вполне приемлемы, и, тем не менее, часто встречаются случаи отказа граждан от страхования. Такое поведение людей вызвано двумя причинами. Первая – это открытое недоверие граждан к медицинскому страхованию, вторая – это тот факт, что не имеет значения то, сколько раз клиент обратился к услугам медицины, платить страховщикам приходится регулярно в любом случае.

Страховая компания несет полную ответственность перед своими клиентами за оказание медицинских услуг. Это один из основных аргументов в пользу ДМС перед обязательной медицинской страховкой. Так же качество услуг, предоставляемых по полису добровольного медицинского страхования несоизмеримо выше, чем при обязательном.

Почти каждая страховая компания предлагает широкий выбор страховых программ. Можно подбирать услуги индивидуально. Кроме того, необходимо учесть, что при оформлении ДМС клиент получает право на оказание лечебных услуг не в одной, а сразу в нескольких клиниках, перечень которых оговаривается в страховой компании. Кроме этого клиент может рассчитывать на консультационную помощь специалиста, который поможет в ряде медицинских вопросов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева, О. Контроль качества медицинской помощи – основа защиты прав пациентов // Медицинский вестник. – 2002. - № 32. – С. 63-65;
2. Архипов, А. П. Направления развития страховых компаний в условиях трансформации рынка // Финансы. - 2008. - № 2. - С. 48-53;
3. Ахвледиани, Ю. Т. Развитие страхового рынка России // Финансы. - 2008. - № 11. - С. 47-49;
4. Григорьева И.А. Социальный налоговый вычет в связи с оплатой медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию //. – 2005. - № 4. – С. 34-38;
5. Гришин В.В., Бутова В.Г., Резников А.А. Модели системы обязательного медицинского страхования // Финансы. – 2006. - № 3. – С. 41-44;
6. Гущина И. Э. Учет расходов на добровольное медицинское страхование // Бухгалтерский учет. - 2005. - № 17. - С. 34-37;
7. Джальчинов, Д. Л. Медицинское страхование: вопросы налогообложения // Бухгалтерский учет. - 2007. - № 15. - С. 27-30;
8. Жданович, Г. Индивидуалы платят сами // Трудовые отношения. -2009. - № 12. -С. 26-29;
9. Ивашкин, Е. И. Рынок розничного страхования и факторы его роста // Финансы. - 2009. - № 4. - С. 34-37;
10. Кагаловская Э. Т. Сколько стоит полис добровольного медицинского страхования // Финансы. - 2005. - № 8. - С. 45-50;
11. Каплин, Р. Результаты первого исследования "Корпоративный ДМС", проведенного журналом ДМС // Трудовое право. - 2008. - № 5. - С. 86-91;
12. Кузнецов, П.П. Добровольное медицинское страхование как один из источников финансирования медицины // Финансы. – 2002. – № 11.- С.49-51;
13. Куликова, Л. И. Расходы на добровольное страхование работников: налогообложение и учет // Бухгалтерский учет. - 2008. - № 7. - С. 12-20;
14. Лаврова Ю. Обязательное медицинское страхование - опыт ФРГ // Финанасы. – 2003. - № 8. – С. 82-85;
15. Литовка П.И., Литовка А.Б., Чебоненко Н.В. Добровольное медицинское страхование: правовой режим и перспективы развития // Экология человека. – 2008. - № 4. – С. 72-73;
16. Луговой А.В. Добровольное медицинское страхование работников: бухгалтерский учет и налогообложение // Новое в бухгалтерском учете и отчетности. – 2006. - № 6. – С. 22-29;
17. Маева, А. Страхование: нелишний третий // Здоровье. – 2000. - № 4. - С. 45-46;
18. Маянлаева, Г. И. Оценка состояния и тенденций развития страхования // Финансы и кредит. - 2008. - № 29. - С. 51-58;
19. Морозова, К. О. Организация и правовое регулирование страховой медицины // Социальное и пенсионное право. - 2008. - № 4. - С. 44;
20. Номоконова, З. П. Историко-правовые аспекты развития страхования в России // История государства и права. - 2010. - № 11. - С. 33-37;
21. Обухова Т. Добровольное медицинское страхование // Автономные организации: бухгалтерский учет и налогообложение. – 2007. - № 4. – С. 39-43;
22. Панкратов В. Обязательное медицинское страхование: от понятийного аппарата к правовой регламентации // Российская юстиция. – 2003. - № 10. – С. 61-65;
23. Повалий А. С. Тенденции развития мирового рынка страховых услуг // Российский внешнеэкономический вестник. - 2009. – № 1 - С. 64-70;
24. Поликлиники в системе ДМС: исследование журнала // Трудовое право. - 2008. - № 9. - С. 103-111;
25. Попова, Е. А. Особенности развития личного страхования в современной России // Финансы и кредит. - 2009. - № 46. - С. 85-92;
26. Русецкая Э. А. Рынок страхования ответственности в Российской Федерации: анализ, тенденции и перспективы развития // Финансы и кредит. - 2010. - № 37. - С. 39-43;
27. Рыбаков, С. И. Отечественное страхование в процессе интеграции в мировой страховой рынок // Финансы. - 2007. - № 5. - С. 39-42;
28. Селуянов Д.М. Договор обязательного медицинского страхования: гражданско-правовой аспект // Юридическая и правовая работа в страховании. – 2006. - № 2. – С. 45-51;
29. Соловьев А.К. Проблемы развития системы государственного страхования в условиях переходной экономики // Вестник ПФР. - 2003. – № 1. - С.31-48;
30. Суглобов А.Е. Учет расходов по добровольному медицинскому страхованию и по страхованию жизни // Консультант бухгалтера. – 2008. - № 2. – С. 41-46;
31. Татевосов, С. Э. Роль социального страхования в рамках приоритетного национального проекта "Здоровье" в круглогодичной загруженности курорта // Туризм: право и экономика. - 2009. - № 2. - С. 29-30;
32. Терехова В.А. О правилах добровольного медицинского страхования и учете соответствующих расходов // Бухгалтерский учет в издательстве и полиграфии. – 2008. - № 3. – С. 53-56;
33. Федорова, Т. А. Медицинское страхование и защита здоровья населения // Финансы. - 2008. - № 10. - С. 48-51;
34. Фролова, В. В. Перспективы развития страхования жизни в Южном федеральном округе // Финансы и кредит. - 2009. - № 2. - С. 71-77;
35. Четыркин Е. Медицинское страхование на Западе и в России // Мировая экономика и международные отношения. - 2008. - № 12. – С. 30-34;
36. Ярошенко Г. Медицинское страхование: "добровольные" проблемы // Практическая бухгалтерия. – 2007. – № 9. – С. 19-24;
37. http://www.edeyvada.ru
38. http://www.iet.ru
39. <http://www.library.by>
40. http://www.medvestnik.ru
41. <http://www.rosmedstrah.ru>
42. http://www.minzdrav-rf.ru
43. <http://www.znay.ru>
44. http://www.sochi-garant.ru
45. <http://www.dms-exchange.ru>
46. http://www.insur-info.ru
47. <http://www.forinsurer.com>
48. http://www.straxconsult.ru
49. <http://www.prostomatology.ru>
50. http://www.neva-strahovanie.ru
51. <http://www.astrametall.ru>
52. http://www.ingos.ru
53. <http://www.vsk.ru>

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета

Уважаемый респондент!

Просим Вас принять участие в нашем исследовании, целью которого является определение степени осведомлённости населения города Магнитогорска о предлагаемых в рамках ДМС программах.

Ниже приведен перечень вопросов, на которые Вам предлагается ответить. Выберите вариант ответа, отражающий Ваше мнение. Если среди предложенных вариантов отсутствует вариант, совпадающий с Вашей точкой зрения, напишите свой ответ в специальной строке. Исследование является анонимным, ответы будут использованы в обобщенном виде в научных целях.

Заранее благодарим!

* 1. Пользовались ли Вы когда-нибудь услугами страховых компаний?

а) да, пользовался;

б) нет, не пользовался;

в) нет, но собираюсь воспользоваться;

г) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Знаете ли Вы о существовании системы добровольного медицинского страхования?

а) да, знаю;

б) нет, не знаю (переходите к вопросу № 6);

в) затрудняюсь ответить.

* 1. По Вашему мнению, добровольное медицинское страхование – это…
  2. Пользовались ли Вы когда-нибудь программами ДМС?

а) да, пользовался;

б) нет, не пользовался (переходите к вопросу № 6)

* 1. Какими программами ДМС Вы пользовались?

а) обслуживание в поликлинике;

б) лечение в стационаре;

в) наблюдение у личного врача;

г) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Как Вы считаете, востребованы ли программы ДМС в нашем городе?

а) да, востребованы;

б) нет, не востребованы;

в) затрудняюсь ответить;

* 1. Как Вы считаете, есть ли необходимость в существовании добровольного медицинского страхования?

а) да;

б) нет;

в) затрудняюсь ответить;

* 1. Планируете ли Вы воспользоваться в скором времени программами ДМС?

а) да, планирую;

б) нет, не планирую;

в) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Достаточно ли, по Вашему мнению, развита система ДМС в нашем городе?

а) да, достаточно развита;

б) нет, недостаточно развита;

в) затрудняюсь ответить;

* 1. В чем преимущества ДМС по сравнению с системой обязательного медицинского

страхования? (возможны несколько ответов)

а) широкий спектр медицинских услуг;

б) экономия времени и сил;

в) более качественное медицинское обслуживание;

г) более внимательное отношение персонала;

д) экономия материальных затрат;

е) своевременность оказания медицинских услуг;

ж) предоставление юридической защиты;

з) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. С какой целью работодатели (юридические лица) используют программы ДМС для

своих работников?

а) повышение мотивации работников к высокопроизводительному труду;

б) повышение престижности рабочего места;

в) снижение потерь рабочего времени;

г) улучшение социально-психологического климата;

д) увеличение производительности труда работников;

е) улучшение имиджа компании;

ж) другое \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Какие недостатки, по Вашему времени, есть у системы ДМС?

Ваш пол: а) мужской; б) женский.

Ваш возраст: а) 18-25 лет; б) 26-35 лет; в) 36-45 лет; г) 46-55 лет; д) 56 лет и старше.

Ваш социально-экономический статус: а) физическое лицо; б) юридическое лицо.

Спасибо за участие!