**ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО ПО ОБРАЗОВАНИЮ РФ**

**Специальность:**

**Контрольная работа**

***по дисциплине:***

**Страхование**

**Тема:**

**Выполнил(а) студент(ка) курса**

**Группа \_\_**

**проверил(а):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г. Москва 2010**

**Содержание**

1.Добровольное медицинское страхование

1.1 Классификация групп риска ДМС

1.2 Порядок прохождения и основные условия договора ДМС

Список литературы

**1. Добровольное медицинское страхование**

Медицинское страхование в нашей стране осуществляется в двух основных формах — обязательной и добровольной, каждая из которых имеет свои особенности, принципы и порядок проведения.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) проводится на основе соответствующих программ и обеспечивает застрахованным лицам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх предусмотренных программами обязательного медицинского страхования (ОМС). Сравнительная характеристика ОМС и ДМС по основным признакам приведена в табл. 5.1.

Таблица 5.1

**Сравнительная характеристика ОМС и ДМС**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки сравнения | ОМС | ДМС |
| Основная цель | Обеспечение населе- | Дополнение медицин- |
|  | ния гарантированными | ской помощи сверх га- |
|  | объемами медицин- | рантированных объе- |
|  | ской помощи | мов |
| Задачи страхования | Социальные | Социальные и коммерческие |
| Вид страхования | Государственное соци- | Коммерческое, страхо- |
|  | альное | вание жизни |
| Характер охвата | Всеобщее или массовое | Индивидуальное или групповое |
| Страховые организа- | Государственные или | Различных форм |
| ции | контролируемые государством | собственности |
| Принципы возмещения Правила и условия | Солидарности | Эквивалентности |
|  | Государством, террито- | Страховыми организа- |
| страхования определя- | риальной программой | циями, договором |
| тся | ОМС | между страховщиком и страхователем |
| Плательщики страхо- | Страхователи — рабо- | Страхователи — юри- |
| вых взносов | тодатели, государство | дические и физические |
|  | (органы местной исполнительной власти) | лица |
| Источник средств | Взносы работодателей, | Личные доходы граж- |
|  | бюджет | дан, доходы работодателей |
| Система контроля | Определяется государ- | Устанавливается дого- |
| качества | ственными органами | вором между субъектами страхования |
| Использование дохо- | Только для основной | Для любой коммерчес- |
| дов | деятельности — меди- | кой и некоммерческой |
|  | цинского страхования | деятельности |
| Возможность сочета- | С ДМС | С ОМС или другими |
| ния с другими видами |  | видами страхования |
| страхования |  | жизни |
| Внешний контроль за | Фонды ОМС, орган | Орган страхового |
| медицинскими страхо- | страхового надзора | надзора |
| выми организациями |  |  |

Существует принципиальная классификация ДМС в зависимости от характера направленности затрат,

1. Страхование здоровья, при котором компенсируются затраты, связанные с поддержанием и сохранением здоровья, что ориентировано не на увеличение объемов ДМС как такового в результате роста заболеваемости, а на достижение высокого уровня здоровья населения. ДМС рассматривается как составляющая общественной системы охраны здоровья, наряду с другими приоритетными направлениями: общественной гигиеной, социальным обеспечением, ОМС, медицинским обслуживанием некоторых групп населения за счет средств государства.

Именно такое содержание ДМС характерно, в частности, для японской системы здравоохранения, где целевая направленность ДМС вытекает из общей государственной политики профилактики, превентивных мер в предотвращении заболеваемости и формировании национальной идеи здорового образа жизни. Страховые компании в данном случае рассматриваются не только как посредники в оплате медицинских услуг, но и выступают в качестве организаций поддержания здоровья.

Конечно, такой подход к ДМС возможен только при высоком уровне платежеспособности и финансовой обеспеченности всех участников: государства, страховых организаций и граждан, — отсутствие которого выступает препятствием для реализации данной модели ДМС в настоящее время в России. Однако именно принцип страхования здоровья в перспективе должен стать определяющей чертой отечественного медицинского страхования, его превентивного и профилактического характера.

2*.* Страхование затрат на медицинскую помощь, при котором компенсируются затраты, связанные с лечением и восстановлением здоровья. Этот подход направлен на лечение уже фактически наступивших заболеваний, хотя в определенной степени и он предусматривает проведение профилактических мероприятий. Необходимо отметить, что при всем принципиальном несовпадении с первым подходом данная модель ДМС в общественной системе может быть социально эффективной, примером тому является положительный опыт большинства развитых стран: Германии, Франции, Великобритании. В этом направлении развивается ДМС и в нашей стране.

Объект ДМС - имущественные интересы страхователя или застрахованного лица, связанные с дополнительными затратами получение медицинской помощи при наступлении **страхового** **случая** - обращении застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью, предусмотренной договором (полисом) страхования.

**Субъектами ДМС** являются:

страховая компания;

страхователь;

застрахованный;

лечебно-профилактическое учреждение.

**Страховщиками** при ДМС могут быть не только страховые медицинские организации (как в ОМС), но и страховые компании, проводящие другие виды личного и имущественного страхования, получившие лицензию на ДМС.

**Страхователями** выступают физические и юридические лица. Страхователи — физические лица заключают договоры страхования в свою пользу или о страховании третьих лиц в пользу последних (застрахованных). Страхователи — юридические лица заключают со страховщиком договоры о страховании только третьих лиц в пользу последних (застрахованных). Если полис (договор) медицинского страхования предусматривает сбережение внесенных страховых премий и имеет накопительный характер, то в полисе (договоре) страхования может быть указан выгодоприобретатель, получающий денежные выплаты в случае смерти страхователя (застрахованного).

Как и в других видах личного страхования, для заключения договора страхователь должен иметь страховой интерес в обеспечении медицинской помощи застрахованному.

Страховая сумма устанавливается исходя из стоимости медицинской услуги с включением надбавки страховой организации. Сумма страхового взноса определяется на основе базовой тарифной ставки и изменяется в зависимости от состояния здоровья застрахованного, его возраста, пола, наличия у него хронических заболеваний и т.п.

Основные формы ДМС можно классифицировать по следующим признакам:

характеру страхового покрытия;

группам риска;

объему страховой ответственности.

В связи с этим в зависимости от характера страхового покрытия в ДМС различают:

страхование затрат на медицинские услуги по восстановлению здоровья, реабилитации и уходу. При страховом покрытии медицинских расходов страховщик возмещает фактические издержки, связанные с осуществлением лечения и восстановлением способности к труду;

страхование потери дохода, вызванной невозможностью осуществления профессиональной деятельности в результате наступления заболевания. При страховом покрытии потери доходов страховщик выплачивает застрахованному денежное возмещение за период болезни (за каждый день в размере, установленном в договоре страхования).

В настоящее время в нашей стране ДМС осуществляется, как правило, по первому варианту. Однако повышение привлекательности видов страхования жизни и актуальность сохранения дохода для растущего числа индивидуальных предпринимателей (не получающих выплат по социальному страхованию) выступают предпосылками развития страхования доходов в ДМС в будущем.

**1.1 Классификация групп риска ДМС**

Классификация групп риска ДМС включает их распределение на риски первого, второго и последующего порядков (табл. 5.2). Рисками первого порядка, т.е. рисками причины наступления страхового случая, являются риски:

наступления острого заболевания;

обострения хронического заболевания;

наступления несчастного случая: травмы, отравления и т.п.

**Таблица 5.2**

**Классификация групп рисков ДМС**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Риски первого порядка | Риски второго порядка | Риски третьего порядка | Риски последующих порядков |
| Наступление острого заболевания | Осложнение и обострение при лечении | Рецидивы: утрата трудоспособности, смерть |  |
| Обострение хронического заболевания | Тоже | Тоже |  |
| Травма, отравление, другие несчастные случаи | Утрата трудоспособности | Осложнение и обострение при восстановлении и реабилитации |  |
| Утрата органа, функции | Тоже |  |
| Смерть |  |  |
| Наступление острого заболевания | Осложнение и обострение при лечении | Рецидивы: утрата трудоспособности, смерть |
| Обострение хронического заболевания | Тоже | Тоже |

К рискам второго порядка относятся детерминированные названными: так, в результате травмы может наступить утрата трудоспособности либо обострение хронического заболевания, при лечении которого возможны риски осложнения и обострения, рецидивов. Представленная классификация не является исчерпывающей, отражая наиболее распространенные цепочки рисковых событий.

При коллективном страховании, кроме перечисленных, существует еще и риск заболевания общей болезнью, так называемый кумулятивный риск.

Объем страховой ответственностистраховщика в ДМС классифицируют на страхование:

по полной ответственности «по всем рискам», что предполагает покрытие страховщиком всех расходов по амбулаторному и/или стационарному лечению;

с участием страхователя в форме франшизы: при условной медицинские расходы покрываются начиная с превышения ее размера, а при безусловной — при каждом страховом случае страхователь оплачивает установленный лимит затрат на лечение;

с установлением лимитов ответственности страховщика в соответствии с потребностями и финансовыми возможностями страхователя, например лимиты ответственности на год, на вид медицинской помощи (нозологии), на один страховой случай.

**1.2 Порядок прохождения и основные условия договора** ДМС

Порядок прохождения и основные условия договораДМС. Перед заключением такого договора страховщики, как правило, проводят **андеррайтинговую оценку** страхуемого лица: состояния его здоровья, финансовой платежеспособности и др. Андеррайтинг в ДМС имеет важное значение для оценки принимаемых на страхование рисков, так как велика вероятность покупки полиса страхования лицом либо предрасположенным к заболеваниям, входящим в страховое покрытие, либо уже болеющим соответствующим заболеванием. В связи с условием публичности договора ДМС страховщики должны учитывать это обстоятельство и, по мере возможностей, максимально корректировать условия страхования отдельного страхового контракта. В этом случае договор может быть заключен либо после предварительного медицинского осмотра страхуемого лица, либо с заполнением декларации о здоровье.

Следует отметить, что постепенно распространяется заключение договора страхования без прямого контакта страхователя с представителями страховщика или страховыми агентами благодаря использованию современных средств связи без каких-либо предварительных условий со стороны страховщика.

Андеррайтинг в ДМС направлен и на исключение другой проблемы — возможной кумуляции страховых случаев,когда существует вероятность наступления заболеваний у большого числа застрахованных (например, при коллективном страховании) или при концентрации значительного числа договоров страхования, заключенных на одной территории. При оценке рисков также учитывается существующая кумуляция рисков**,** когда заболевание одной болезнью может спровоцировать обострение другой — хронической, в связи с чем возрастает вероятность выплат по нескольким страховым случаям одновременно.

При заполнении заявления оговаривается срок действия договора, например определенный период: от года и более, на время зарубежной поездки.

В условиях текущей инфляции в России долгосрочные страховые программы невыгодны для страхователей, поэтому страховые контракты заключаются сроком на один год и ориентируются на осуществление текущих выплат за счет страховых взносов, поступающих в данный финансовый год.

Договор ДМС может предусматривать преддоговорной период, так называемый «период ожидания», цель которого — исключить случаи преднамеренного заключения договоров с лицами, ожидающими наступления болезни или уже имеющими страхуемое заболевание. Дополнительно он обеспечивает страховщику накопление средств для осуществления последующих выплат.

Договор заключается в соответствии с Правилами ДМС, определяющими основные экономико-правовые аспекты предлагаемого страховщиком медицинского страхования и устанавливающими программы ДМС, которые содержат:

перечень гарантированных медицинских услуг, их описание;

перечень медицинских учреждений, в которые может обращаться застрахованный;

перечень, описание и стоимость основных и дополнительных медицинских услуг;

характеристики технологии, методов лечения;

срок страхования.

Наиболее распространены следующие программы ДМС.

**Программа № 1** предусматривает организацию предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения и у частнопрактикующих врачей, имеющих лицензию установленного образца, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

**Программа № 2** предусматривает заключение договора страхования на условиях организации предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения, оказывающих стационарную помощь.

**Программа № 3** предусматривает заключение договора страхования на условиях организации предоставления и оплаты медицинских услуг по программе медицинского страхования в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь (комплексная программа медицинского страхования).

Число страховых случаев по Правилам ДМС может быть неограниченным. Страховой случай в ДМС считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения.

Аналогично другим видам страхования в ДМС существует стандартный набор исключений из страхового покрытия. Страховая выплата (оплата медицинских расходов) не производится, если:

заболевание явилось результатом несчастного случая вследствие военных действий или военной службы; заболевание наступило вследствие преднамеренных действий застрахованного; лечение производилось методами, не признанными официальной медициной или в медицинских учреждениях, не имеющих официальной аккредитации или лицензии.

Наряду с общими для большинства договоров страхования основаниями для отказа страховщика произвести страховую выплату, в ДМС установлены дополнительные, а именно:

получение медицинских услуг, не предусмотренных договором страхования;

получение медицинских услуг в учреждениях, также не предусмотренных договором страхования.

Основной целью добровольного медицинского страхования, выступающего дополнением к системе государственного здравоохранения и обязательного медицинского страхования, является компенсация застрахованным гражданам финансовых расходов и потерь, связанных с болезнью или травмой, которые не покрываются государственной или обязательной страховой медициной.

**Список литературы**

1. О медицинском страховании граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 28.06.1991 г. № 1499-1 (ред. 25.05.2002 г. № 57-ФЗ).

2. Добровольное медицинское страхование / С.Г. Акерман, С. Визерс и др. - М., 1995.

3. Лисицын Ю.П., Стародубцев В.И., Савельева Е.Н. Медицинское страхование. — М., 1995.

4. Основы страховой деятельности: Учебник / Под ред. Т.А. Федоровой. - М., 1999.

5. Саркисов С.Э. Личное страхование. — М., 1996.

6. Социальное и личное страхование (опыт страхового рынка ФРГ). - М., 1996.

7. Страхование жизни: практическое пособие для потребителя. - М., 1999.

8. Страхование от А до Я / Под ред. Л.И. Корчевской, К.Е. Турбиной. -М., 1996.