**Министерство Высшего и Среднего специального образования**

**Ташкентский Финансовый институт**

**Кафедра: «Страхование»**

***Реферат на тему:***

**«Добровольное страхование»**

Выполнила: Ст-ка 4 курса

гр.ХБА-14 Адиярова Р.

Проверила: Саликулова Г.Т.

Ташкент-2007г.

**План:**

1.Понятие добровольного страхования.

2.Медицинское страхование.

3.Медицинская страховая система в зарубежных странах

(на примере Австралии.)

**1.Понятие добровольного страхования.**

Целью работы по закладыванию будуще­го

является решение не о том, что следовало бы

сделать завтра, а о том, что следует сде­лать

сегодня, чтобы это «завтра» состоялось.

Питер Ф. Драккер

Страхование охватывает различные объекты и субъекты страховых отношений, формы организации деятельности в силу определений правовых норм и сложившейся практики. Для упорядочения разнообразных отношений и явлений, в отношении которых организуется страховая защита, и создания единой и взаимосвязанной системы необходимой становится *классификация страхования*.

По форме страхованияразличают:

* *обязательное*, осуществляемое на основе требований законодательства страны в рамках установленного перечня и условий страхования. Государство устанавливает обязательную форму страхования, когда страховая защита тех или иных объектов связана с интересами не только отдельных страхователей, но и всего общества;
* *добровольное*, осуществляемое по взаимной договоренности страховщика и страхователя, виды и условия которого определяются самими страховщиками исходя из возможностей, спроса на виды страхования и т.д. при соблюдении действующего в стране законодательства.

В РУз *обязательному* страхованию подлежат:

* Военнослужащие и военнообязанные
* Работники ГНК и ГТК
* Гражданская ответственность владельцев автотранспортных средств перед третьими лицами
* Гражданская ответственность владельцев иностранных автотранспортных средств перед третьими лицами
* Ответственность за не возврат кредита
* Работники АО «Узбекистон Темирйуллари»
* Работники с опасными условиями труда.

Все остальные виды страхования являются добровольными.

***Добровольная форма страхования построена на соблюдении следующих принципов:***

1. *Добровольное страхование действует в силу закона, и на добровольных началах.* Закон определяет подлежащие добровольному страхованию объекты и наиболее общие условия страхования. Конкретные условия регулируются правилами страхования, которые разрабатываются страховщиком.
2. *Добровольное участие в страховании* в полной мере характерно только для страхователей. Страховщик не имеет права отказываться от страхования объекта, если волеизъявление страхователя не противоречит условиям страхования. Данный принцип гарантирует заключение договора страхования по первому (даже устному) требованию страхователя.
3. *Выборочный охват добровольным страхованием,* связанный с тем, что не все страхователи изъявляют желание в нем участвовать. Кроме того, по условиям страхования действуют ограничения для заключения договоров.
4. Добровольное страхование всегда ограниченно *сроком страхования.* При этом начало и окончание срока особо оговариваются в договоре, если страховой случай произошел в период страхования. Непрерывность добровольного страхования можно обеспечить только путем повторного перезаключения договоров на новый срок.
5. Добровольное страхование действует только при *уплате разового или периодических страховых взносов*. Вступление в силу договора добровольного страхования обусловлено уплатой разового или первого страхового взноса. Неуплата очередного взноса по долгосрочному страхованию влечет за собой прекращение действия договора.

*Страховое обеспечение* по добровольному страхованию зависит от желания страхователя. По имущественному страхованию страхователь может определять размер страховой суммы в пределах страховой оценки имущества. По личному страхованию страховая сумма по договору устанавливается соглашением сторон.

**2.Медицинское страхование.**

Медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья и на сегодняшний день является добровольным.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия.

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. Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования.

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 ДМС 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.

Медицинскими учреждениями в системе добровольного медицинского страхования 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.

*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 добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

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

Добровольное медицинское страхование осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятий и личных средств граждан путем заключения договора. Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. Страховым взносом является плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором добровольного медицинского страхования.

## Договор добровольного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами ДМС.

Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

Договор добровольного медицинского страхования должен содержать:

1. наименование сторон;
2. сроки действия договора;
3. численность застрахованных;
4. размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;
5. перечень медицинских услуг, соответствующих программам добровольного медицинского страхования;
6. права, обязанности, ответственность сторон

Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор добровольного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис. Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

***Медицинское страхование будет обязательным.***

В Узбекистане полным ходом идет разработка проекта закона «О медицинском страховании».

Концепцией законопроекта определено, что новый нормативный документ должен создать правовое поле для осуществления как обязательного, так и добровольного медицинского страхования, - комментирует исполнительный директор Ассоциации врачей Узбекистана Захид Абдурахимов. - Добровольное страхование в республике развивается и сейчас по Закону «О страховании». Новый документ разграничит его с понятием «обязательного медицинского страхования». Предполагается, что основным отличием добровольного страхования от обязательного будет пакет дополнительных услуг.

Введение обязательного медицинского страхования обусловлено адаптацией системы здравоохранения к рыночной экономике. В последние годы в республике развивается рынок платных медицинских услуг. При наличии полиса обязательного медицинского страхования каждый человек сможет воспользоваться нужной ему помощью всегда, не задумываясь о деньгах. Всю стоимость лечения оплатит страховая организация.

Страховые взносы будут исчисляться и выплачиваться в определенном проценте из той суммы, что сейчас отчисляется в бюджет государства в качестве подоходного налога работником и социального платежа – работодателем.

Одновременно медицинское страхование будет способствовать повышению качества медицинских услуг.

- Во-первых, органы страхования будут заключать договоры только с теми учреждениями, которые соответствуют всем требованиям и обеспечивают высокий уровень услуг.

- Во-вторых, оплата будет идти за каждого пролеченного.

Естественно, люди будут идти туда, где лучше. Следовательно, медицинские учреждения, чтобы быть конкурентоспособными и привлекательными для пациентов, будут постоянно вести работу по самоусовершенствованию. Кстати, систему финансирования лечебных учреждений из расчета за каждого пролеченного больного Минздрав внедряет уже сегодня.

Все разработчики законопроекта во главе с Министерством здравоохранения Узбекистана принимают активное участие в создании документа, вносят свои предложения. В частности, Ассоциация врачей Узбекистана выступила с предложением об организации специального фонда обязательного медицинского страхования, который и будет обеспечивать работу системы.

***Отличия обязательного и добровольного медицинского страхования состоят в следующем:***

1. Обязанность страхования при ОМС вытекает из закона, а при ДМС - основана только на договорных отношениях, что, однако, не исключает необходимости осуществления ОМС путем заключения договора страхования страхователем со страховщиком

2. Главное различие между ОМС и ДМС лежит в сфере отношений, возникающих между их субъектами при предоставлении медицинской помощи за счет страховых средств. Если ОМС осуществляется в целях обеспечения социальных интересов граждан, работодателей и интересов государства, то ДМС реализуется лишь в целях обеспечения социальных интересов граждан (индивидуальных или коллективных) и работодателей.

3. Из предыдущего отличия вытекает, в частности, и различие в том, кто является страхователями при ОМС и ДМС: при ОМС - это органы исполнительной власти и работодатели, при ДМС - граждане и работодатели.

4. ОМС и ДМС также отличаются по источникам поступления средств. У ДМС - личные доходы граждан или доходы организаций, у ОМС - налогоподобные сборы и налоги.

**3.Медицинская страховая система в зарубежных странах**

**(на примере Австралии.)**

В ни одной из англоязычных стран мира государственная медицинская система не организована с таким размахом, как в Австралии. Она называется Medіcare (что можно перевести на русский язык как "Мед(ицинская) опека") и содержится частично за счет бюджета, частично - автоматических отчислений из зарплаты работающих. С малоимущих, многодетных, студентов и пенсионеров средств вовсе не берут, из военных - 0,2%, из остальных - около 1,5%. Одинокие люди, которые зарабатывают свыше 50 тыс. австралийских долларов в год и не имеют частного страхования, платят дополнительно еще 1% налога.

Система Medicare, внедрена в 1984 году, составляет лишь 8% общих расходов Австралии на здоровье населения. Большая часть средств покрывается за счет других прибылей государства (в первую очередь налогов). Целью Medicare является "здравоохранение, доступное для всех австралийцев", причем "все австралийцы должны делать свой взнос в соответствии с их возможностью заплатить".

Любой взрослый гражданин страны имеет именную карточку Medіcare Card, по которой он и члены его семьи могут бесплатно лечиться и госпитализироваться в государственных медицинских центрах, клиниках и госпиталях. Получение карточки не зависит от состояния здоровья, возраста, состояний или других параметров.

Магическую зеленую пластиковую карточку государственной системы обязательного медицинского страхования, где, кроме фамилии, стоит номер пользователя и дата, до которой эта карточка действительна, желательно носить при себе.

Новорожденных австралийцев вписывают в карточки одного или обоих родителей ребенка.

Один день пребывания в австралийских государственных больницах, даже без приема лекарств, оперативных вмешательств или диагностических процедур, обходится государству в 400-500 австралийских долларов. Поэтому без уважительной причины в больницах не держат. Терапевтический больной находится в стационаре в среднем около недели. Австралийская система государственного медицинского страхования не покрывает расходов на косметическую или пластичную хирургию, а также консультации клинических психологов, большинство видов стоматологических услуг, физиотерапию, консультации специалистов по заболеваниям стоп и ногтей, костоправа и тому подобное. Одно посещение стоматолога в Австралии может стоить, как расходы на питание в течение недели. Стоимость зубного протезирования составляет сотни или даже тысячи долларов. Некоторые небогатые люди стоят перед дилеммой: есть или лечить зубы.

В то же время все австралийские дети проходят бесплатное обследование (и при необходимости - лечении) в школах каждые два года, им также читают лекции об уходе за зубами.

Для пенсионеров и малоимущих австралийцев (которые имеют Health Care Card) создана система бесплатной государственной стоматологической помощи. При некоторых государственных больницах существуют стоматологические поликлиники. В больших городах есть отдельные стоматологические учреждения. В университетских поликлиниках бесплатно лечат студенты-стоматологи.

Также государство не оплачивает никаких тестов, которые непосредственно не связаны с состоянием здоровья. Скажем, кто просто интересуется, какая у него группа крови, или нужно пройти медицинский осмотр для профессиональных водительских прав (однако Medicare оплатит за медицинский осмотр для частных водительских прав), необходим ли медицинский осмотр для частного страхования здоровья.

Кто-либо из клиентов Medіcare может обратиться в частные учреждения. Это дает два главных преимущества: в первую очередь есть право выбора врача-специалиста, что особенно важно, когда нужно сделать ответственную или нестандартную операцию, или лечить редкое заболевание. Во-вторых, в частном медицинском учреждении пациенту практически не придется ожидать так называемое плановое лечение или операцию.

С оплатой у частного врача возможны два варианта:

1) одни врачи сообщают, что они работают по системе bulk bіllіng, когда пациент не платит совсем, а по окончанию визита только подписывает счет, который врач впоследствии превращает в деньги, выставляя счет за свои услуги государству;

2) у других врачей пациенты платят сразу (чеком, наличкой, кредиткой), вместо этого получают квитанцию, которую потом предъявляют в любом отделении Medіcare для получения "возмещения" - всей суммы или части в зависимости от вида и стоимости услуг, а также от субъективных прав на процент возмещения (в настоящее время эту операцию можно применить и в большинстве аптек). В случае стандартной консультации больного, скажем, семейным врачом в частной больнице, Medicare будет оплачивать 75% рекомендуемой государственной расценки.

Каждый частный врач-специалист имеет право устанавливать персональную цену за свои услуги (это с ним необходимо согласовать еще до начала лечения), которая часто является разной. Однако существуют рекомендуемые государственные расценки на любую медицинскую консультацию, процедуру, операцию, лабораторное или рентгенологическое исследование и тому подобное. Этот перечень цен и правил выплат врача выдается в виде специальной книжки. Кстати, врачи-практики (как семейные, так и специалисты) могут требовать гонорары за свой труд, но не имеют права формально договариваться между собой (даже в одном и том же медицинском центре) и устанавливать одну и ту же цену на свои услуги. Это противоречило бы австралийскому закону о свободе конкуренции, за нарушение которого штраф составляет 500 тыс. австралийских долларов из отдельных личностей и 10 млн. долларов из организаций.

Семейные врачи, которые сдали соответствующие экзамены Королевского колледжа семейных врачей, и качество работы которых является "зарегистрированным", имеют рекомендуемые расценки государственной системы Medicare на 25% выше, чем у "других семейных врачей".

В больших городах, где частных врачей достаточно много и существует конкуренция, семейные врачи, обычно, не берут из больных плату больше государственной страховки. Однако в местностях, где врачей не хватает, люди должны доплачивать за консультации. В случае необходимости повторно консультироваться врачи часто идут навстречу своим больным и ограничиваются прямым предоставлением счета.

Кстати, количество визитов к семейному врачу на протяжении года не ограничивается. Также можно посещать любого врача. Однако, если пациент посещает более чем 15 разных семейных врачей на протяжении года, его могут вызывать в Комиссию по страхованию Здоровья для объяснений.

Принципы оплаты за консультации врачей-специалистов (терапевтов разного профиля, хирургов разного профиля, педиатров, гинекологов, психиатров и др.) в Австралии аналогичны консультациям семейных врачей. Однако они оцениваются государством значительно дороже, чем консультации семейного врача. Так, рекомендованная цена за первичную консультацию специалиста будет составлять 119,35 долларов (что в четыре разы превышает рекомендуемую плату за стандартную консультацию семейного врача). Поэтому правительство пытается ограничить такие консультации.

Участковые врачи направляют к специалисту по большей части лишь тех больных, которых они не способны вылечить.

Плата за хирургические операции сравнительно нормальная. К тому же в частной медицине хирурги, обычно выставляют высшие расценки, чем рекомендованы Комиссией по здравоохранению. Но стоит помнить, что из тех денег, которые платят Medicare и больные врачам, последние должны платить секретаршам, медсестрам, бухгалтерам, за оборудование, инструменты, электричество, охрану помещений в ночное время, разные страховки и регистрационные взносы. Из тех денег, которые остаются врачу после вышеуказанных расходов, он еще платит налоги. Практически остается где-то 30% официально заработанных денег.

Достаточно длительное время государственное медицинское обслуживание в стране было эффективным. Однако в настоящее время нагрузка на систему Medіcare резко выросла, а денежные поступления уменьшились. Кризис вызван несколькими одновременно действующими негативными факторами:

- недостаточным бюджетным финансированием

- старением населения

- массовым приливом прежних клиентов частных страховых фондов, которые уже не могут позволить себе частный страховой полис из-за роста цен.

Для тех, кто желает лечиться лучше, чем по Medіcare, существует альтернативная сеть: 6 основных и масса мелких фондов частного медицинского страхования - всего около 44, где за ежемесячные взносы дают право шпитализации в частных больницах, предоставляют много дополнительных услуг, протезирования, иногда даже оплачивают мануальную терапию и косметолога. При этом право на лечение по Medіcare полностью сохраняется, а процент расхода на него автоматически уменьшается.

Но даже наличие частной медицинской страховки не дает гарантии, что не будет нужно больше ничего дополнительно платить во время лечения. Она покрывает лишь те 25% средств, которые составляют разницу между рекомендуемой расценкой Medicare (100%) за данный вид врачебных услуг и 75%, которые покрываются государственным страхованием всех австралийцев, независимо от того, имеют ли они частное страхование или нет. Однако некоторые врачи выставляют счета за свои услуги выше рекомендуемых расценок. И за эту разницу (все, что будет свыше 100%) придется платить. В 2000 году австралийские частные фонды пытались заставить австралийских врачей и директоров частных больниц подписать соглашения о расценках, чтобы больным не приходилось выплачивать дополнительные средства из своего кошелька. Конечно, австралийские врачи не хотят с этим соглашаться, потому что это, в частности, может привести к известной американской модели "управляемой медицины", когда американские страховые компании диктуют американским врачам, какие исследования проводить при определенных болезнях, и тому подобное.

Частная страховка не будет доплачивать за лекарства, которые не входят в перечень Системы фармацевтических льгот. А в любом частном госпитале придумают какие-то дополнительные расходы, которые не будут покрываться частным страхованием (пользование телевизором, телефоном и тому подобное).

Кстати, часто в государственной больнице лечат не хуже, чем в частной, а даже лучше. В государственных учреждениях, особенно тех, которые имеют статус клиник, работают много квалифицированных специалистов.

Скорая медицинская помощь в Австралии лишь частично оплачивается государством, ее финансирование разное в зависимости от штата. Так, в Тасмании она, например, была бесплатной для всех граждан, а в штате Квинсленд скорая помощь бесплатно обслуживает лишь пенсионеров. Остальное население должно платить за такое удобство - необходимо оформить абонемент на "скорую" и регулярно вносить плату. Иначе счет за вызов скорой помощи может превышать тысячу долларов.

В каретах скорой помощи врачи не ездят, однако средний медицинский персонал умеет делать все, даже принимать роды, осуществлять реанимацию и инкубацию. Если, скажем, по пути в больницу нужно ввести какие-то лекарства, то связываются по телефону с врачом приемного отделения, чтобы получить разрешение. Еще одна услуга скорой помощи - она перевозит больных из дома в больницу и на консультации или амбулаторное лечение. Об этом необходимо договариваться заблаговременно.

Семейный врач в Австралии нередко является частью семей своих больных, потому что он обследует всех ее членов с любой патологией (иногда даже принимает роды) и помогает решать социальные проблемы. Через определенное время работы на одном месте австралийского врача начинают приглашать на семейные праздники и свадьбы.

Кстати, австралийские врачи, так же, как участковые врачи в Украине, ходят на домашние "вызовы" к своим больным (или, как здесь говорят, делают домашние визиты). Однако права пациента на конфиденциальность врачи должны придерживаться независимо от того, просит их об этом больной или нет. Никто - ни жена (муж), дети, начальник больного, его друзья, даже полиция, не имеют права получать информацию о состоянии его здоровья. На это должно быть разрешение больного или соответствующее постановление суда. Однако существуют случаи, когда врач обязан нарушать принцип конфиденциальности своих отношений с больным. Скажем, сообщать полиции, если больной в тяжелом психическом состоянии и может покончить жизнь самоубийством или угрожает убить кого-то другого. Так же австралийский закон требует от врача защищать права несовершеннолетнего ребенка от жестоких или небрежных родителей - против так называемых посягательств на ребенка. В большинстве австралийских штатов (за исключением Западной Австралии) врач будет нести уголовную ответственность за несообщение о таких случаях.