## **Содержание**

1. Введение……………………………………………………………………2
2. Добровольное медицинское страхование………………………………...3
3. Плюсы и минусы добровольного медицинского страхования………….5
4. Оплата медицинских услуг………………………………………………...6
5. Управление маркетингом………………………………………………….10
6. Медицинское страхование…………………………………………………11

 7. Список литературы…………………………………………………………

##

### Введение

**МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ** - форма социальной защиты интересов населения в

охране здоровья, имеющее своей целью гарантировать гражданам при

возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет

накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от

28 июня 1991 г. "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации").

При платной медицине данный вид страхования является инструментом для

покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это

дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

## Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и

добровольном.

Обязательное страхование:

 является составной частью

государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны

равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет

средств обязательного медицинского страхования.

Добровольное медицинское страхование:

осуществляется на основе соответствующих государственных программ

и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг

сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Оно

может быть коллективным и индивидуальным**.**

**1.Добровольное медицинское страхование** - одно из самых востребованных направлений страхования. Сегодня забота предприятия о своих сотрудниках - один из показателей высокого уровня его корпоративной культуры, являющейся основным фактором формирования имиджа организации как в глазах ее деловых партнеров, так и широкой общественности. С практической точки зрения, расходы на профилактику заболеваний и лечение сотрудников, их пенсионное страхование и страхование от несчастных случаев на производстве не только поднимут Ваш престиж в глазах собственных работников, но и помогут оптимизировать затраты по оплате больничных листов, избежать дополнительных расходов по выплатам по несчастным случаям и, как следствие, повысить производительность труда и уменьшить текучесть кадров.

#  Программы ДМС

ДМС отличается гибкостью и вариативностью. Это означает, что при заключении договора клиент может на свое усмотрение выбрать из перечня страховой компании самую эффективную для него лечебную базу. Страховой полис позволяет в течение года обследоваться и получать лечение в наилучших условиях, вызывать элитную скорую помощь, - и все это будет оплачено компанией-страховщиком.

Добровольное медицинское страхование может быть как корпоративным, так и частным. И если раньше полисы ДМС покупались, как правило, предприятием для сотрудников, то сегодня набирает силу и индивидуальное ДМС. С ростом доходов населения, граждане все больше внимания уделяют своему здоровью, качеству обследования и лечения, условиям пребывания в стационаре и возможностям ухода за своими близкими. Многие из россиян, ощутив на себе недостаточность качества и объема бесплатной медицинской помощи, принимают решение о приобретении полиса добровольного медицинского страхования. И тут на первый план выходит необходимость выбора надежной страховой компании.

Что касается добровольного медицинского страхования на предприятиях, - то оно позволяет снизить текучесть кадров, повысить лояльность персонала, поднять производительность труда. А в крупных компаниях добровольное медицинское страхование давно уже стало элементом социального пакета компании, позитивным штрихом к фирменному имиджу и частью корпоративной культуры.

 Преимущества обслуживания по добровольному медицинскому страхованию:

- Выбор лучших лечебных учреждений, основанный на глубоком знании страховщиком медицинских баз крупных мега полисов (г. Москва, Санкт-Петербург) и регионов.

- Контроль над качеством оказанной медицинской помощи со стороны страховщика.

- Возможность обращения к врачу-куратору Вашего договора, к диспетчеру круглосуточного медицинского пульта, которые в любое время суток готовы помочь Вам решить все проблемы медицинского характера, а при необходимости организовать выезд службы скорой помощи страховщика.

- Защита вложенных средств от инфляции, поскольку стоимость медицинских услуг растет на 10-30% в течение года, что не отражается на стоимости полиса.

- Возможность составления комплексной программы, включающей в себя не только поликлиническое обслуживание, но и специализированную стоматологию, экстренную стационарную помощь, скорую медицинскую помощь.

- Это закономерный факт - полисы ДМС позволяют получить застрахованным высококачественное медицинское обслуживание на достойном уровне сервиса, в зависимости о выбранной программы.

- Ведущие позиции по ДМС в рейтингах страховщиков вот уже несколько лет занимает страховая компания «ГУТА-Страхование», работающая на российском рынке страхования 13 лет. На сегодняшний день компанией заключены договоры с 300 лечебными учреждениями в различных регионах РФ, ведется тесное сотрудничество со 150 лечебно-профилактическими учреждениями Москвы. Владельцами полисов ДМС «ГУТА- Страхование» являются более 90 тысяч граждан.

- Любой человек может прикрепиться к коммерческому лечебному учреждению на платной основе.

 Есть ли преимущества ДМС перед платным обслуживанием в лечебных учреждениях?

К основным достоинствам страхового полиса ДМС можно отнести:

- во-первых, вы платите только один раз, т.е. нужно выбрать программу страхования (тот объем медицинской помощи и те медицинские учреждения, которые его предоставят) и внести соответствующий страховой взнос. Всеми дальнейшими расчетами с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ) будет заниматься уже страховая компания;

- во-вторых, вы получаете твердую гарантию: все медицинские услуги будут соответствовать требованиям медицинской целесообразности – это основное условие работы лечебных учреждений, сотрудничающих со страховой компанией. Если в период обслуживания у клиента возникают претензии, страховая компания урегулирует их, вплоть до применения к ЛПУ штрафных санкций. При этом страховая компания всегда будет защищать интересы клиента.

Что касается затрат на приобретение страхового полиса – в ГУТА-Страхование существует достаточно много предложений по ценам, в зависимости от того, что именно вы выбираете.

2. Плюсы и минусы добровольного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование обладает рядом положительных моментов для граждан, таких как:

- возможность получения медицинской помощи не только в месте постоянного жительства, но и на всей территории России;

- работающие граждане считаются обеспеченными полисом обязательного медицинского страхования с момента подписания с ними трудового договора. И это не просто слова, а правовая норма, гарантированная Правительством, которую проводят в жизнь органы государственного управления, общественные организации, местная администрация, профкомы предприятий.

Недостатком обязательного медицинского страхования является то, что оно покрывает далеко не все виды терапевтических и профилактических медицинских услуг, в которых может возникнуть необходимость у гражданина.

Добровольное медицинское страхование также имеет свои плюсы. Один из самых приятных из них – это свобода выбора. Страхователь самостоятельно составляет страховую программу и выбирает медицинские учреждения из предложенных. При этом страховщик консультирует его по всем вопросам, но последнее слово в выборе остается все же за страхователем.

Немаловажным нюансом можно считать и экономию времени, которую обеспечивает добровольное медицинское страхование. Нет нужды искать достойное медучреждение или толкаться в очередях под дверью врачебного кабинета. Держателю полиса открыты двери самых рейтинговых медицинских клиник, включенных в конкретную программу страхования.

Добровольное медицинское страхование предполагает и существенную денежную экономию: владельцу полиса не назначат ненужного лечения и не станут вытягивать из него дополнительных денег. Страхователь, оплативший полис на весь срок его действия, застрахован от повышения тарифов на медицинские услуги.

3. Оплата медицинских услуг.

Методы оплаты медицинской помощи:

1 Методы оплаты амбулаторно - поликлинической помощи:

В зависимости от выбранной единицы возможны следующие главные методы оплаты амбулаторно-поликлинической помощи:

**1. Гонорарные методы**:

а) за фактическое количество технологических операций, отдельных лечебно-диагностических мероприятий (простых услуг);

б) . за фактическое количество посещений;

в). за фактическое количество законченных случаев амбулаторной помощи;

2. по душевое финансирование на объем собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена;

3. полное фонд одержание и частичное фонд одержание;

4. оплата за комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу (на основе по душевого норматива за общий объем внебольничной помощи).

1. Гонорарные методы оплаты предполагают оплату каждой детальной услуги. Степень детализации может быть различна. Единицей оплаты может быть прием врача или медсестры. Иногда расчеты ведутся на основе тарифов, установленных для простых услуг. Врач принимает пациента, оказывает ему набор услуг и получает за это гонорар по твердым тарифам. Эти методы объединяет то, что оплате подлежит фактический объем оказанных услуг.

Достоинство гонорарных методов состоит в том, что они позволяют стимулировать объем оказываемых услуг.

Главный недостаток гонорарных методов — утрата экономической заинтересованности и ответственности первичного звена медицинской помощи за улучшение здоровья пациентов: чем больше больных людей, тем больше посещений и выше выручка поликлиники.

Потенциальный недостаток — возможность необоснованного расширения объема услуг, превышающего финансовые ресурсы страховщика и искажающие заложенные в программе государственных гарантий приоритеты и объемные показатели. В условиях слабой информированности пациента о наборе необходимых, услуг врачи могут неоправданно увеличивать число посещений и простых услуг, что приводит к завышению длительности и стоимости лечения.

Для нейтрализации этого недостатка страховщик может контролировать обоснованность оказываемых услуг, отказывая медикам в оплате выявленных случаев завышения объемов услуг.

Гонорарные методы могут быть преобразованы в условно-гонорарные. Для этого тарифы на услуги устанавливаются в баллах: каждой услуге соответствует определенное число баллов (например, осмотр оценивается в 5 баллов, а ФГС — в 30 баллов). При этом фиксируется общий объем финансирования амбулаторных услуг. Медики получают плату за набранное число баллов, но не выше согласованной суммы финансирования.

Более сложный вариант гонорарного метода — оплата законченного случая амбулаторного лечения. Оплата осуществляется на основе нормативной стоимости лечения независимо от фактического числа посещений, фактического объёма медицинских услуг. Нормативная стоимость обычно определяется на основе стандартов медицинских технологий или медико-экономических стандартов. Оплата законченных случаев ориентирует врачей на увеличение числа пролеченных больных и сокращение сроков лечения.

**2. По душевое финансирование на объем собственной деятельности амбулаторно-поликлинического звена** (территориальной поликлиники, звена участковых врачей в составе поликлиники и так далее). Этот метод финансирования предполагает передачу средств в расчете на одного застрахованного, в том числе и на здорового, который может вообще не обращаться к медикам. При этом размер по душевого финансирования дифференцируется в зависимости от состава прикрепившихся. Обычно рассчитывается коэффициент, отражающий разницу в затратах по возрасту и полу. Соответственно, поликлиника, к которой приписано больше стариков и детей, получает более высокий норматив финансирования.

Достоинства метода:

1. Этот метод не требует обработки счетов за каждую оказанную услугу. В этом его достоинство для страховщиков. Расходы на проведение расчетов резко снижаются.

2. Повышается степень предсказуемости расходов. Поликлиника не заинтересована в увеличении числа посещений, обследований, консультаций; появляются стимулы к профилактике заболеваний.

Недостаток метода состоит в том, что он не создает стимулов к интенсивной работе первичного звена. Пациента направляют к специалистам и в стационар, перекладывая на них свою нагрузку.

Этот недостаток в какой-то мере нейтрализуется проведением экспертизы обоснованности направлений на госпитализацию и к узким специалистам.

**3. Полное или частичное фонд одержание**. Фонд одержание — это метод по душевой оплаты амбулаторно-поликлинического звена за каждого пациента, при котором в нормативе его финансирования предусматривается оплата не только собственной деятельности, но и услуг других медицинских организаций (поликлиник, диагностических центров, стационаров и других). Это — предварительный метод оплаты. Учетная единица — комплексная медицинская услуга.

Обычно используется частичное фонд одержание, при котором в состав норматива финансирования входит часть расходов на стационарную помощь. Чем шире объем услуг, оказываемых собственными силами, тем больше средств остается в распоряжении поликлиники. В результате повышается заинтересованность в увеличении объема внебольничной помощи, снижается число необоснованных госпитализаций. Поликлиника заинтересована в сокращении вызовов скорой и неотложной помощи, поскольку за каждый вызов приходится платить.

Недостаток этого метода в том, что врачи могут необоснованно задерживать направления пациентов в стационар.

Самым эффективным условием реализации метода полного фонд одержания является конкуренция медиков.

В условиях ОМС контроль за объемом и качеством оказываемых услуг осуществляет страховщик. Его задача — не допустить задержек направлений пациентов в стационар, а также на дополнительные консультации и обследование.

**4. Финансирование на комплексную амбулаторно-поликлиническую услугу** (по душевое финансирование поликлиники на общий объем внебольничной помощи). В этом случае поликлинике передаются средства только на амбулаторную помощь, включая те виды, которые она не может предоставить сама. В этот норматив входят расходы на специализированное обследование, консультирование и лечение.

При таком методе оплаты нет стимулов к необоснованному увеличению числа посещений, обследований и консультаций. Врачам поликлиник выгодно брать на себя основную нагрузку по оказанию специализированной амбулаторной помощи, не перекладывая ее на другие учреждения.

Недостаток в том, что поликлиника заинтересована направлять в стационары тех больных, которых можно лечить амбулаторно, поскольку стационар для нее бесплатен.

Кроме того, получив средства на проведение специализированной внебольничной помощи, поликлиника может необоснованно снижать объем обследований и лечения при конкретном заболевании.

2. Методы оплаты стационарной помощи:

При оплате стационарной помощи используются следующие главные единицы учета объемов:

**1**. койко-день;

**2.** законченный случай лечения, может быть по отдельным специальностям (например, средний хирургический случай лечения) или по отдельным нозологическим единицам, диагностическим группам или другим единицам, взятых за основу кодирования услуг (например, случай лечения астмы);

3. оплата на основе плановых объемов стационарной помощи.

Под законченным случаем понимается соответствие достигнутого результата действующим стандартам. Чаще всего медико-экономические стандарты. Они устанавливают требования к процессу оказания помощи по каждому диагнозу (используемые лекарства, необходимые исследования, консультации и проч.) и к результату лечения. Выполнение этих требований дает основания говорить о законченности случая лечения.

Каждая из перечисленных единиц учета может быть использована при оплате за фактические и за плановые объемы стационарной помощи. Например, можно оплачивать больнице те случаи, которые сама больница определила для стационарного лечения (т.е. согласилась со всеми направлениями поликлиники), используя при этом законченный случай лечения как единицу учета. А можно вести расчеты за плановое число таких случаев на основе той же единицы учета.

**1. Оплата проведенных койко-дней**. Сумма выплат в этом случае равна произведению фактического числа койко-дней на фиксированную ставку затрат на койко-день. В России обычно используется показатель койко-дней по профилям отделений.

Достоинство метода — его простота. Расчет с больницами сводится к подсчету числа дней, проведенных пациентом в стационаре.

Недостатки:

1. метод стимулирует увеличение сроков пребывания пациентов на больничной койке. Поскольку основная нагрузка в стационаре приходится на первые дни пребывания больного, а последующие дни лечения обходятся намного дешевле, у больницы появляется заинтересованность в увеличении числа менее «дорогостоящих» дней лечения;

2. этот метод слабо учитывает различия в интенсивности и стоимости лечения больных с разными диагнозами.

2. Оплата законченного случая стационарного лечения. Этот метод отражает реальную структуру работ в стационаре. В качестве единицы расчетов принимается законченный случай по отдельным диагнозам или чаще – по диагностическим группам. В отдельную группу выделяются заболевания с примерно одинаковыми затратами на лечение. Для каждой группы устанавливается единый тариф. При расчете используются медико-экономические стандарты.

Оплата за пролеченного больного осуществляется не на основе фактических затрат, а по заранее определенной стоимости лечения законченного случая.

Достоинство метода в том, что возникает заинтересованность в интенсификации лечения и сокращении срока госпитализации. Больница не заинтересована держать пациента до окончания нормативного срока госпитализации.

Недостатки метода:

**1**. так как оплачивается фактическое число случаев, то возникающая экономия от сокращения сроков госпитализации может легко перекрываться потерями от наращивания необоснованных госпитализаций. Общее число койко-дней будет расти.

**2**. больница заинтересована в снижении объема услуг;

**3.** большинство случаев госпитализации стараются отнести к группе с более высокими ставками возмещения;

**4.** возникает стимул к увеличению повторных госпитализаций. Один и тот же случай лечения превращается в два случая, подлежащих оплате.

Эти недостатки могут компенсироваться проведением медико-экономической экспертизы.

**3. Метод оплаты на основе плановых объемов стационарной помощи** — это метод стимулирования конкуренции медицинских организаций. План-заказ страховщика может размещаться на конкурсной основе. При этом важно обеспечить возможность сравнивать параметры заявок, с которыми выступают отдельные организации. Это важно не только для страховщика как покупателя медицинской помощи, но и для самих медиков. На такой основе можно корректировать заявки с учетом действий других организаций.

Параметры конкурсного отбора — это, прежде всего, объемы помощи, которые больница готова оказать, а также требования к качеству медицинских услуг. Последние формируются органом управления здравоохранения и страховщиком. Предпочтение отдается тем больницам, которые способны обеспечить более высокие показатели качества.

Кроме того, конкурсное размещение заказа может быть основано на цене услуг.

3. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС.

Страховая система оплаты медицинской помощи по своей сути является адресной. При этом важно, чтобы застрахованным и страхователям была предоставлена реальная возможность осуществления контроля за использованием страховых средств. Главная проблема страховой медицины заключается в необходимости обеспечения реальной доступности медицинской помощи для застрахованных. Решение этой проблемы требует оптимального распределения финансовых ресурсов на оплату медицинской помощи, оказываемой различным группам населения.

С 1993 года в России началось формирование механизмов финансового взаимодействия и расходования средств в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). В соответствии с действующим законодательством страхователи в обязательном порядке перечисляют страховые взносы в территориальные фонды ОМС, которые аккумулируют их и за их счет в последующем осуществляют финансирование страховщиков (то есть страховых медицинских организаций или филиалов территориального фонда обязательного медицинского страхования) по заранее рассчитанным дифференциальным среднедушевым нормативам.

Медицинские учреждения, независимо от формы собственности, могут финансироваться страховщиками на основе соответствующих договоров путем оплаты медицинских услуг по заранее согласованным тарифам или по финансовым нормативам, которые могут быть индивидуальными для каждого конкретного ЛПУ или групповыми - для однотипных ЛПУ.

Цена - денежное выражение стоимости товара (услуги), рыночный параметр, характеризующий экономические отношения между продавцами и покупателями по поводу купли-продажи товаров и услуг.

Тарифы на медицинские услуги - цены, устанавливаемые по соглашению сторон. Они устанавливаются только на те виды медицинской помощи, которые включаются в территориальные программы обязательного медицинского страхования и отражают денежные суммы, определяющие уровень возмещения расходов медицинских организаций по выполнению этой программы и состав этих расходов. В тарифах должна учитываться следующая классификация расходов:

Расходы медучреждения = Текущие затраты + Средства на развитие

медучреждения

На каждой территории величина тарифов и их состав соответствуют финансовым возможностям субъектов Федерации.

В структуре тарифов на медицинские услуги не выделяется ни себестоимость, ни прибыль.

Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями, местной администрацией и профессиональными медицинскими ассоциациями.

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

Расчет между страховыми организациями и учреждениями здравоохранения осуществляется по прейскуранту. Прейскурант разрабатывается в соответствии с методикой расчета тарифов на медицинские услуги.

**4.Управление маркетингом.**

**Управление маркетингом** - это анализ, планирование, претворение в жизнь и контроль за проведением мероприятий, рассчитанных на установление, укрепление и поддержание выгодных обменов с целевыми покупателями ради достижения определенных задач организации, таких, как получение прибыли, рост объема сбыта, увеличение доли рынка и т. п.

**Различают два уровня управления маркетингом**: стратегический и тактический.

**Стратегический уровень управления маркетингом** (маркетинговая стратегия) - долгосрочное согласование возможностей фирмы с ситуацией на рынке, т.е. в согласовании внутренней и внешней сред деятельности фирмы. Маркетинговую стратегию часто путают с целями компании по развитию деловой активности. Однако, в отличие от целей, маркетинговая стратегия - это план достижения этих целей, в котором должны быть отражены все элементы маркетинга, финансовые ресурсы и производственные возможности.

Наиболее распространенными стратегиями маркетинга являются:

совершенствование организационной структуры фирмы;

организация проникновения на новые товарные рынки;

разработка и введение на рынок нового товара;

проникновение на новые рынки посредством создания совместных предприятий;

кооперация деятельности с фирмами, обладающими опытом успешной деятельности на интересующих рынках.

**Тактический уровень управления маркетингом** (маркетинговая тактика) ориентирован на формирование рыночного спроса на существующие товары и услуги компании.

**Возможные пути реализации** маркетинговых мероприятий на этом уровне управления могут быть следующие:

- изучение рынков с целью формирования спроса и стимулирования сбыта;

- анализ товаров и управление их номенклатурой с целью максимального удовлетворения рыночных требований;

- прямые контакты с потребителями;

- увеличение и обучение персонала;

- активное участие в выставках и ярмарках;

- расширение номенклатуры (диверсификация) производимых товаров;

- создание и повышение эффективности сервиса;

- адаптация товара к специфическим требованиям покупателя;

- рекламные мероприятия;

- управление ценами.

Использование CRM системs для задач управления маркетингом позволяет автоматизировать весь процесс продаж - от маркетинговой активности и до совершением сделки, что помогает организовать работу с перспективными контактами, получаемыми из разных источников, планировать и проводить маркетинговые кампании, управлять различными программами прямого маркетинга, а также обеспечивает сбор актуальной информации о клиентах для служб маркетинга и продаж.

CRM система позволяет с большей эффективностью управлять маркетинговыми ресурсами, получать анализ результативности рекламных кампаний.

CRM система позволяет сегментировать клиентов по различным критериям, планировать, проводить и четко отслеживать результаты маркетинговых кампаний, анализировать историю взаимодействий с клиентами для более четкого понимания их потребностей для своевременного предложения дополнительных продуктов и услуг.

**5.Медицинское страхование.**

**Медицинское страхование** — форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, выражающаяся в гарантии получения медицинской помощи при возникновении страхового случая за счёт накопленных средств.

Медицинское страхование позволяет гарантировать гражданину бесплатное предоставление определённого объёма медицинских услуг при возникновении страхового случая (нарушении здоровья) при наличии договора со страховой медицинской организацией. Последняя несёт затраты по оплате случая оказания медицинской помощи (риска) с момента уплаты гражданином первого взноса в соответствующий фонд.

Общие аспекты организации медицинского страхования

.