

Раздел 3. Личное страхование

Личное страхование (согласно Гражданскому кодексу РФ) предусматривает страхование имущественных интересов, связанных с жизнью, здоровьем и трудоспособностью страхователя или застрахованного лица. В странах ЕЭС принята следующая классификация: страхование жизни и страхование иных видов, чем страхование жизни.

3.1. Страхование жизни

3.1.1. Сущность, значение, функции, принципы страхования жизни.

Под *страхованием жизни* принято понимать предоставление страховщиком в обмен на уплату страховых премий гарантии выплатить определенную сумму денег (страховую сумму) страхователю или указанным им третьим лицам в случае смерти застрахованного или его дожития до определенного срока. Страхование жизни решает целый комплекс социально-экономических проблем, которые условно можно объединить в две группы:

социальные и финансовые.

Цели социального характера. Страхование жизни служит дополнением к системе государственного социального обеспечения и направлено на:

- 1) защиту семьи в случае потери кормильца и дохода умершего члена семьи;
- 2) обеспечение в случае временной или постоянной утраты трудоспособности (инвалидности);
- 3) обеспечение пенсии в старости;
- 4) накопление средств для оказания материальной поддержки детям при достижении совершеннолетия, например, для оплаты их образования;
- 5) оплату ритуальных услуг.

Цели финансового характера. Страхование жизни способствует увеличению личных доходов и предоставляет необходимые гарантии при осуществлении целого ряда финансово-кредитных операций:

1) накопительные, связанные с получением инвестиционного дохода и вложениями капитала;

2) защиту частного бизнеса, обеспечение стабильности предприятия в случае смерти партнера по бизнесу, смерти руководителя предприятия или смерти «ключевого» персонала;

3) защиту наследства разными способами, в том числе: оплату налога на наследство за счет страховой суммы, полученной по полису страхования жизни, облегчение передачи наследуемого имущества или состояния одному из наследников за счет прямого личного права бенефициара на страховую сумму, свободную от прав кредиторов и других наследников, освобождение страховой суммы от налога на наследство;

4) увеличение личных доходов за счет предоставления льгот по налогообложению страховых премий и выплат по страхованию жизни.

Отдельно можно выделить те договоры страхования жизни, которые являются обязательными для застрахованных либо в силу закона (коллективное страхование жизни наемных работников), либо в силу получения дополнительных финансовых гарантий (страхование жизни заемщиков кредита).

Страхуемый риск при страховании жизни – это продолжительность человеческой жизни. Риском является не сама смерть, а время ее наступления.

Основные принципы страхования жизни

1. Страховой интерес (может иметь место только на момент заключения договора) имеют:

- страхователь в собственной жизни;
- работодатель в жизни своих работников;
- супруг в жизни другого супруга;
- родители в жизни детей;
- партнеры по бизнесу;
- кредитор в жизни должника.

2. Участие в прибыли страховой компании. С учетом долгосрочного характера этого вида страхования часть прибыли, получаемой страховыми компаниями, направляется на увеличение страховых сумм по договорам страхования. Эта дополнительная сумма называется **бонусом** и подлежит выплате только по истечении срока действия договора или наступлении страхового случая. Существуют *две формы начисления бонусов*:

- *ежегодные бонусы*, начисляемые в виде объявленного процента от страховой суммы (могут быть простые и сложные с учетом реинвестирования);
- *окончательный бонус*, начисляемый страховой компанией при истечении срока договора, в целях повышения заинтересованности клиента в сохранении действия договора на весь срок, поощрения за длительный срок оплаты премии при пожизненном страховании.

3. Выкуп страхового договора. Выкупная сумма – это денежная сумма, которую страховщик готов выплатить страхователю, пожелавшему по какой-либо причине расторгнуть договор страхования жизни. Она представляет собой стоимость накопленного по договору долгосрочного страхования жизни резерва премий, подлежащую выплате страхователю на день досрочного расторжения договора. Стоимость выкупа оговаривается условиями договора страхования и зависит от срока, в течение которого уплачивались премии, от размера премий и размера ежегодных бонусов.

Стоимость выкупа всегда ниже страховой суммы, которая могла бы быть выплачена при наступлении страхового случая или при окончании действия договора, т.к. страховая компания удерживает при определении стоимости выкупа собственные накладные расходы и выплаченные агентам комиссионные. Обычно в полисе указывается гарантированная стоимость выкупа договора страхования в различные периоды его действия.

Существуют и другие операции, обеспечивающие право требования страхователем суммы математического резерва, начисленного по его договору страхования.

Цессия. Страхователь может подарить или продать собственность договора другому лицу. В данном случае стоимость накопленного математического резерва может перейти к другому застрахованному – и договор страхования не прекращает своего действия.

Аванс или ссуда под договор страхования. Страхователь может занять у страховщика сумму в размере до 90% стоимости выкупа, не прекращая действия договора при условии продолжения оплаты премий. Если страхователь возвращает сумму аванса с оговоренными процентами, то страховая сумма восстанавливается и выплачивается по истечении срока договора или в случае претензии. Если сумма аванса с процентами не возвращается, то страховая сумма будет сокращена в таком же размере. В РФ ссуды могут выдаваться страхователям – физическим лицам, заключившим договор страхования, связанный с дожитием до установленного срока.

Размер выдаваемой ссуды не может превышать выкупной суммы.

Передача полиса под залог. Полис страхования может передаваться в залог лицу, дающему ссуду застрахованному.

4. «Прозрачность» страхования жизни. Принцип прозрачности жизни означает, что страхователь при заключении договора и во время его действия вправе потребовать от страховой компании всю информацию о ее деятельности и проводимых ею страховых операциях. Это является весьма актуальным в силу усложнения условий полисов страхования жизни ввиду их дополнения финансовыми и инвестиционными компонентами, а также для осуществления защиты прав потребителей, которые не являются профессионалами в экономических вопросах и доверяют рискованному бизнесу свои средства.

3.1.2. Классификация договоров страхования жизни

Наиболее *распространены следующие виды страхования жизни*: страхование на дожитие, страхование на случай смерти, смешанное страхование жизни, страхование жизни с выплатой аннуитетов, пенсионное страхование.

Классификация форм страхования жизни. Практика страхования жизни показывает большое разнообразие заключаемых страховыми компаниями договоров страхования. Однако все заключаемые страховые контракты имеют определенные типические характеристики, выработанные практикой за всю историю проведения этого вида страхования. ***Основные типы договоров страхования жизни***, их основные характеристики: особенности и различия по приведенным критериям представлены в таблице 1, на рисунке 1. Дополнительно договоры страхования жизни делятся также по ***способу заключения*** на индивидуальные и коллективные. Одним из распространенных видов страхования жизни является страхование ***аннуитетов или рентное страхование жизни***.



Рис. 1. Классификация форм страхования жизни

Аннуитет представляет собой договор страхования, по которому выплачивается годовая рента в течение какого-либо периода жизни застрахованного в обмен на уплату однократной премии при подписании договора.

На практике годовая рента может выплачиваться и ежеквартально, и ежемесячно, но в сумме равна начисленной за год. Чаще всего для оплаты единовременной премии используются страховые суммы, накопленные по смешанному страхованию жизни или страхованию на дожитие. Иногда разрешается оплачивать покупку аннуитета в рассрочку. Чаще всего аннуитеты покупают при выходе на пенсию или для оплаты образования детей (в пользу третьего лица).

Виды аннуитетов:

- простой аннуитет: при оплате однократной премии застрахованному выплачивается годовая рента пожизненно;
- отсроченный аннуитет: при заключении договора оговаривается период между заключением договора и началом выплаты ренты. За этот отложенный период назначаются периодические премии для оплаты страхователем аннуитета;
- срочный аннуитет: договор страхования предусматривает выплату ренты только до строго оговоренной даты или до преждевременной смерти (до окончания срока договора);
- гарантированный аннуитет: по договору предусматривается выплата ренты пожизненно (до смерти) или в течение гарантированного срока, в зависимости от того, какой из этих двух периодов окажется более длительным. Таким образом, в случае смерти застрахованного в течение фиксированного периода рента будет выплачиваться наследникам до окончания этого периода. Общая сумма ренты может быть выплачена наследникам единовременно.

Базовые типы договоров страхования жизни

Тип страхования	Страховое покрытие	Премии	Наличие инвестиционного элемента	Возможность выкупа	Характеристика страхования
Срочное на случай смерти	Выплата страховой суммы бенефициару, если застрахованный умрет раньше срока, обозначенного в договоре	Периодические	нет	нет	Более дешевый и простой с высокой гарантией в случае преждевременной смерти
Пожизненное	Выплата страховой суммы бенефициару в момент смерти застрахованного независимо от времени ее наступления	Периодические или однократная	да	Право на выкуп появляется только через определенное время действия договора	Наиболее полное обеспечение наследников с неограниченным сроком и элементами капитализации
Смешанное	Выплата страховой суммы и в случае смерти застрахованного до окончания договора, и в случае дожития согласно договору	Периодические или однократная	да	да	Наиболее выгодные договоры в целях инвестирования и создания накоплений с невысокими гарантиями в случае смерти

3.1.2. Практическое занятие: «Расчет страховой премии. Составление договоров страхования жизни»

Расчет страхового тарифа по страхованию жизни

Информационной базой для расчета страховых тарифов по страхованию жизни является таблица смертности, которая формируется на основании данных переписи населения.

Определим содержание информации и порядок построения таблицы смертности в табл.

Таблица смертности

Возраст	Число живущих по данным переписи населения	Число смертных случаев по данным переписи	Норма смертности	Живущие	Умершие
1	2	3	4	5	6
0	632698	116490	0,18412	100000	18412
1	522777	34338	0,06568	81588	5359
2	490999	13564	0,02763	76229	2105
И т.д.					

Гр.2 и гр.3 – статистические данные.

Гр.4 = гр.3: гр.2, т.е. $116490: 632698 = 0,18412$.

Таблица смертности показывает число умерших из года в год в каждом возрасте из данного числа рождений.

Гр.5 – произвольное число для возраста 0. Часто используется число 100000. Умножением данного произвольного числа (например, 100000) на число в гр. 4 для возраста 0, получаем число умерших до достижения одного года (гр.6). В нашем случае,

гр.6 = $100000 * 0,18412 = 18412$.

Гр.5 для следующего года определяется разницей значения гр. 5 предыдущего года и гр.6 предыдущего года.

Для расчета страховых тарифов используются общие для населения региона данные, как перепись населения, так и статистическая информация, собранная непосредственно в страховой компании за ряд лет.

При расчете страховых тарифов по страхованию жизни используется технический процент. Сущность технического процента заключается в том, что он представляет собой форму участия страхователя в инвестиционном доходе страховщика. Технический процент определяется с использованием формулы сложных процентов:

$$K1 = K0(1 + i)^n, \quad (1)$$

где i – годичный доход капитала (в страховой терминологии – норма доходности);

$K1, K0$ - соответственно накопленный и вложенный капитал.

В страховании решается обратная задача, т.е. требуется определить, какую сумму необходимо вложить в настоящий момент, чтобы по истечении определенного времени (n) получить сумму, равную единице капитала. Таким образом, здесь требуется определить современную стоимость будущего капитала. В этом случае технический процент (дисконтирующий множитель) будет определяться по формуле (2):

$$1/(1+i)^n \quad (2)$$

Проиллюстрируем использование технического процента в расчетах.

Определим размер страхового платежа, обеспечивающего через 2 года страховую сумму в 10000 руб. при норме доходности в 9% годовых.

Страховой платеж (C) в этом случае будет определяться:

$$C = 10000/(1 + 0,09)^2 = 8416 \text{руб}$$

Если платеж будет не разовым (единовременным), а ежегодным, т.е. в данном случае будет производиться 2 раза, тогда его можно определить по формуле (3):

$$C_{год} = S * \left[\frac{i}{(1+i)^n - 1} \right] \quad (3)$$

В нашем случае, $C_{год} = 10000 * [0,09 / (1,09 - 1)] = 4785 \text{руб.}$

Страхование жизни обычно осуществляется в двух формах: страхование сумм (капитала) и страхование ренты (аннуитетов). Различия вызваны формой выплат. При страховании капитала выплата производится застрахованному в случае наступления страхового события единовременно в размере страховой суммы. При страховании ренты производятся периодические выплаты. Далее рассмотрим расчеты тарифных ставок по страхованию жизни капитала и страхованию ренты.

Брутто-ставка (Тб) по страхованию жизни определяется так же, как и по рисковому виду страхования по формуле

$$Tб-с = \frac{Tн-с}{(100 - f)} \quad (4)$$

Рассмотрим порядок расчета нетто-ставки по страхованию жизни (капитала) при помощи таблицы смертности и таблицы коммутационных чисел.

Определение нетто-ставки (Тн-с) осуществляется по формуле (5):

$$Tн = nEx + nAx \quad (5)$$

nEx

Где nAx – единовременная ставка на n дожитие для застрахованного возраста x лет со сроком страхования n лет;

nAx – единовременная ставка на случай смерти для застрахованного возраста x лет со сроком страхования n лет.

Такая структура тарифной ставки объясняется наличием двух

Определение нетто-ставки возможно двумя способами: при помощи таблицы смертности, а также при помощи таблицы коммутационных чисел.

А) Определим нетто-ставку при помощи таблицы смертности. Сначала рассчитаем *единовременную ставку на дожитие*. Для этого используется формула

$$(6): \quad {}_nEx = \frac{{}_nlx \cdot V^n}{l_x} \cdot S, \quad (6)$$

Где S – страховая сумма, которая традиционно в рассматриваемых расчетах принимается за 100 руб.;

nlx – число доживающих до возраста $n + x$;

lx – число доживающих до возраста x ;

V^n – дисконтирующий множитель, размер которого зависит от нормы доходности по страхованию жизни, определяется по формуле (7).

$$V = 1 / (1 + i)^n \quad (7)$$

Рассмотрим пример расчета. Используем следующие данные, занесенные в таблицу смертности (см. табл.).

Таблица

Возраст x	Число доживающих до возраста x l_x	Число умирающих при переходе от возраста x к возрасту $x+1$ dx
0	100000,0	4060,0
1	95940,0	860,0
...
20	92917,0	150,0
...
40	88565,0	319,0
41	82246,0	336,0
42	87910,0	352,0
43	87558,0	369,0
44	87189,0	384,0
45	86805,0	400,0
...
60	76693,0	1099,0

Для застрахованного возрастом 40 лет при сроке страхования 5 лет и норме доходности 3% годовых единовременная ставка на дожитие составит:

$nEx = (86805,0 * 0,86261) / 88565,0 * 100 = 84,55$ руб. со 100 руб. страховой суммы.

Рассчитаем *единовременную ставку на случай смерти* (nAx) по формуле (8):

$${}_nA_x = \frac{d_x v^1 + d_{x+1} v^2 + \dots + d_{x+n-1} v^n}{l_x} S \quad (8)$$

d_x – число умирающих при переходе от возраста x к возрасту $x + 1$.

В случае, если застрахованному 40 лет и срок страхования 5 лет, ставка на случай смерти составит:

$40A5 = (319 * 0,97087 + 336 * 0,94260 + 352 * 0,91514 + 369 * 0,88849 + 384 * 0,86261) / 88565,0 * 100 = 1,82$ руб. со 100 руб. страховой суммы.

Таким образом, тарифная нетто-ставка (Тн-с) в рассматриваемом примере составит 86,37 руб. со 100 руб. страховой суммы или 86,37%.

В практике страхования единовременные ставки применяются достаточно редко. Чаще всего условия страхования предусматривают внесение страхователем периодических страховых взносов, скажем ежегодных. Чтобы получить годовые взносы, нельзя просто поделить единовременный взнос на соответствующее количество лет страхования, т.к. необходимо учитывать потерю на доходах от инвестирования временно свободных средств, а также уменьшение числа застрахованных вследствие смертности, поэтому применяют так называемые коэффициенты рассрочки ${}_n a_x$ (9).

$${}_n a_x = \frac{1}{l_x} * \frac{1 - V_x}{i} * \sum_{i=x+1}^{i=x+n} l_i \quad (9)$$

Для получения годичной тарифной ставки следует ее единовременное значение разделить на коэффициент рассрочки ${}_n a_x$.

Б) Рассчитаем нетто-ставку при помощи таблицы коммутационных чисел.

Сначала определим значения коммутационных чисел. Коммутационные числа представляют собой математическую комбинацию данных таблицы смертности и служат для упрощения, не имея при этом конкретного экономического смысла.

$$Dx = lx * Vx$$

$$Nx = Dx + D_{x+1} + \dots D_w$$

$$Cx = d_x * V_{x+1}$$

$$Mx = Cx + C_{x+1} + \dots C_w$$

$$Rx = Mx + M_{x+1} + \dots M_w$$

где W – последнее значение таблицы коммутационных чисел.

В обозначениях коммутационных чисел формулы для определения нетто-ставок на дожитие и на случай смерти выглядят таким образом:

$${}_nEx = \frac{Dx + n}{Dx} \cdot 100 \quad \text{- единовременная ставка на дожитие} \quad (10)$$

$${}_nAx = \frac{M_x - M_{x+n}}{Dx} \cdot 100 \quad \text{- единовременная ставка на случай смерти} \quad (11)$$

При расчете тарифных ставок с использованием коммутационных чисел можно использовать специальные формулы (12), (13) для расчета годовых взносов:

$$nAG = \frac{M_x - M_{x+n}}{N_x - N_{x+n+1}} \cdot 100 \quad (12)$$

где nAG - годичный взнос на случай смерти страхователя возраста x лет на n лет.

$$nE_2 = \frac{D_x}{N_x - N_{x+n+1}} \cdot 100 \quad (13)$$

Где nE_2 - годичный взнос на дожитие страхователя возраста x лет на n лет.

3.2. Страхование от несчастных случаев

3.2.1. ОМС от несчастных случаев в РФ.

Страхование от несчастных случаев является традиционным видом страхования жизни, содержание которого в последнее время изменилось за счет включения дополнительного страхового покрытия в виде страхования смертельно опасных заболеваний (к смертельно опасным заболеваниям относятся следующие: СПИД, злокачественные новообразования, инфаркт миокарда и др.), таким образом, полное современное название этого вида – страхование от несчастных случаев и болезней.

Основная цель страхования от несчастных случаев – возмещение ущерба, нанесенного здоровью и жизни застрахованного в результате несчастного случая или наступления заболевания.

Практика страхования от несчастных случаев показывает, что оно может осуществляться в различных формах, сохраняя единое социально-экономическое содержание. Страхование от несчастных случаев может быть *обязательным*, осуществляемым в силу закона, или *добровольным*, осуществляемым на коммерческой основе. Обязательное страхование от несчастных случаев осуществляется по трем направлениям.

Обязательное страхование от несчастных случаев является одним из элементов системы социального страхования и покрывает риски производственного травматизма и профессиональных заболеваний. Сфера его действия ограничивается последствиями несчастных случаев, происходящих на рабочем месте или в рабочее время (включая время нахождения в пути на работу и с работы). Существенной особенностью этого вида страхования является то, что страховые взносы полностью уплачивает работодатель. В России обязательное страхование от несчастных случаев регулируется Законом «Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 24.07.1998 г. №125-ФЗ (ред. от 17.07.1999) и подзаконными актами к нему.

Другим направлением организации обязательного страхования от несчастных случаев, дополняющим или компенсирующим социальное страхование, является ***обязательное государственное страхование жизни и здоровья тех категорий государственных служащих, чья профессиональная деятельность связана с повышенным риском несчастного случая при исполнении своих служебных обязанностей***. К ним относятся: судьи, прокуроры, сотрудники Министерства по налогам и сборам, военнослужащие. Государственное личное страхование покрывает риски, идентичные обязательному страхованию от несчастных случаев: смерть и потерю трудоспособности застрахованного вследствие травмы, увечья, телесных повреждений, наступивших при выполнении служебных обязанностей. Обязательное страхование государственных служащих регулируется федеральным законодательством.

Третьим направлением обязательного страхования от несчастных случаев выступает ***обязательное личное страхование пассажиров, перевозимых воздушным, железнодорожным, водным и автомобильным транспортом по междугородным и туристическим маршрутам***. Страхованием покрывается риск смерти или получения травмы и телесных повреждений в результате несчастного случая, связанного с поездкой. Законодательством установлены: максимальная страховая сумма, подлежащая выплате в случае гибели пассажира, страховой взнос, уплачиваемый пассажирами при покупке проездного билета.

Страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Обязательное страхование от несчастных случаев является одним из элементов системы социального страхования и покрывает риски производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Сфера его действия ограничивается последствиями несчастных случаев, происходящих на рабочем месте или в рабочее и сопутствующее ему время. Существенной особенностью этого вида обязательного страхования от несчастных случаев является то, что страховые взносы полностью уплачивает работодатель. Обязательному страхованию от несчастных случаев на производстве обычно подлежат все наемные работники, обучающиеся, дети, посещающие дошкольные учреждения, фермеры и лица, работающие в крестьянских хозяйствах.

Обязательное страхование от несчастных случаев на производстве существует почти во всех развитых странах, способствуя повышению социальной защищенности населения. В Российской Федерации 24 июля 1998 г. был принят федеральный закон, устанавливающий правовые основы организации обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний (вступил в силу с 1 января 2000 г.).

Обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний предусматривает обеспечение социальной защиты работников посредством:

- возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работников при исполнении ими обязанностей по трудовому договору или в других установленных законодательством случаях;
- повышения заинтересованности предприятий и организаций в снижении уровня профессионального риска;
- финансирования предупредительных мероприятий по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний.

Проведение обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний было возложено на Фонд социального страхования РФ (ФСС). По закону средства на осуществление данного вида страхования должны отражаться в бюджете ФСС отдельными строками и не подлежат изъятию. Однако практика показала, что средства, получаемые на страхование от несчастных случаев, могут быть использованы ФСС на нужды государственного социального страхования в целом, что подтверждается федеральными законами о бюджете фонда.

Страховые взносы на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний *не входят* в состав единого социального налога и уплачиваются страхователями *отдельно* и *непосредственно* в ФСС. Страхователями, обязанными уплачивать взносы на обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний, выступают все работодатели:

- юридические лица любой организационно-правовой формы в отношении работников, нанимаемых по трудовым договорам (контрактам);
- физические лица, нанимающие других физических лиц по трудовому договору (контракту).

Страхователи *обязаны зарегистрироваться* в исполнительных органах ФСС по месту своего нахождения. Заявление о постановке на учет подается в течение 10 дней с момента государственной регистрации. Факт регистрации подтверждается выдачей исполнительным органом ФСС страхового свидетельства, в котором указывается присвоенный регистрационный номер и размер установленного страхователю страхового тарифа.

Тарифы страховых взносов ежегодно утверждаются федеральным законом на очередной год. В 10-дневный срок с момента опубликования закона о страховых тарифах страхователю необходимо получить в исполнительном органе фонда по месту регистрации уведомление о размере установленного ему страхового тарифа. Страховые тарифы устанавливаются ФСС на основании Правил отнесения отраслей экономики к *классу профессионального риска*.

Организации и физические лица, **являющиеся** страхователями по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, подлежат отнесению к отрасли (подотрасли) экономики, которой соответствует осуществляемый ими основной вид деятельности. Всего выделено 22 класса профессионального риска. Соответственно на 2002 г. тарифы установлены в пределах от 0,2% (по отношению к выплатам, начисляемым в пользу работников) для 01 класса (управление, образование, здравоохранение, торговля, общественное питание, страхование, банковская деятельность, **общественные** объединения и другие) до 8,5% для 22 класса (горнорудная промышленность, сельскохозяйственное машиностроение и некоторые другие). Законом об обязательном страховании от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний предусмотрено ежегодное установление *скидок* (надбавок) в размере до 40% к страховому тарифу каждому страхователю в зависимости от показателей его индивидуального профессионального риска.

Суммы страховых взносов перечисляются страхователями ежемесячно в срок, установленный для получения в банках средств на выплату заработной платы за истекший месяц. Страхователями, осуществляющими установленные страховые выплаты застрахованным, состоящим с ними в трудовых отношениях, страховые взносы перечисляются за минусом произведенных выплат.

Объектом обязательного страхования от несчастных случаев на производстве и профзаболеваний являются имущественные интересы физических лиц, связанные с утратой ими здоровья, профессиональной трудоспособности либо их смертью вследствие несчастного случая на производстве или профессионального заболевания. Застрахованными по данному виду социального страхования выступают:

- все физические лица, выполняющие работу на основании трудового договора (контракта), заключенного с работодателем;
- физические лица, уже получившие повреждение здоровья вследствие несчастного случая на производстве или профзаболевания, подтвержденное в установленном порядке, к моменту введения в действие федерального закона об обязательном социальном страховании от несчастных случаев;
- физические лица, осужденные к лишению свободы и привлекаемые к труду страхователем.

Страховым случаем признается подтвержденный в установленном порядке факт повреждения здоровья или смерти в результате несчастного случая на производстве или профзаболевания. *Несчастный случай на производстве* — это событие, из-за которого застрахованный получил повреждение здоровья, приведшее к временной или постоянной утрате профессиональной трудоспособности либо смерти, наступившее при исполнении обязанностей по трудовому договору (включая положенные перерывы и время подготовки к началу и окончанию работы) как на территории страхователя, так и за ее пределами, во время следования к месту работы или возвращения с места работы на транспорте, предоставленном страхователем (или личном транспорте, используемом в служебных целях по договору или распоряжению работодателя).

Несчастные случаи, произошедшие во время следования к месту служебных командировок и обратно, при работе вахтово-экспедиционным методом во время междусменного отдыха, при привлечении работника к участию в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, при осуществлении действий, не входящих в трудовые обязанности работника, но совершаемых в интересах работодателя (по предотвращению аварии, ущерба), также рассматриваются в качестве производственных.

Расследование и учет несчастных случаев на производстве осуществляется в соответствии с положением, утвержденным постановлением Правительства РФ от 2 марта 1999 г. Работодатель обязан обеспечить своевременное расследование и оформление несчастного случая на производстве. Для этого создается комиссия, в состав которой включаются; специалист по охране труда, представители работодателя, представители профсоюзной организации или **другого** уполномоченного работниками представительного органа. Комиссию возглавляет представитель работодателя. При расследовании группового несчастного случая, тяжелого несчастного случая или случая со смертельным исходом в комиссию должны быть включены также государственный инспектор по охране труда, представители органа исполнительной власти, территориального объединения профсоюзов, а также по требованию пострадавшего — его доверенное лицо.

Расходы по расследованию несчастного случая несет работодатель. По каждому случаю, **квалифицированному комиссией** в качестве несчастного случая на производстве, вызвавшего повреждение здоровья работников, составляется акт по форме Н-1 на каждого пострадавшего. Утрата профессиональной трудоспособности застрахованных устанавливается учреждениями (бюро) медико-социальной экспертизы на основании обращения работодателя, страховщика или самостоятельного обращения пострадавшего при представлении акта о несчастном случае на производстве.

Днем назначения страховых выплат считается день установления Факта утраты застрахованным лицом профессиональной трудоспособности. В случае наступления профессионального заболевания датой причинения вреда считается либо дата выявления профессионального заболевания, либо дата составления акта расследования профессионального заболевания, если установить момент заболевания не представляется возможным. При расследовании страхового случая комиссией может быть установлена вина застрахованного в наступлении страхового случая — грубая неосторожность, содействовавшая возникновению или увеличению причиненного вреда. Степень вины определяется комиссией по расследованию несчастного случая в процентах и фиксируется в акте о несчастном случае или профессиональном заболевании. При наличии вины размер назначаемых ежемесячных страховых выплат уменьшается соответственно степени вины, но не более чем на 25%.

Если в результате страхового случая наступает смерть застрахованного, то право на получение определенных страховых выплат получают следующие лица:

1) нетрудоспособные лица, состоявшие на иждивении умершего или имевшие ко дню его смерти право на получение от него содержания, на следующих условиях:

- его дети до достижения ими возраста 18 лет, а учащиеся старше 18 лет — до окончания учебы в учебных учреждениях по очной форме обучения, но не более чем до 23 лет;
- женщины, достигшие возраста 55 лет, и мужчины, достигшие возраста 60 лет, — пожизненно;
- инвалиды — на срок инвалидности;

2) ребенок умершего, родившийся после его смерти;

3) один из родителей, супруг (супруга) либо другой член семьи независимо от трудоспособности, который не работает и занят уходом за состоявшими на иждивении умершего детьми, внуками, братьями и сестрами, не достигшими возраста 14 лет либо достигшими этого возраста, но нуждающимися по медико-социальному заключению в постоянном уходе;

4) лица, состоявшие на иждивении умершего, ставшие нетрудоспособными в течение 5 лет со дня его смерти.

Лица, не работающие и занятые уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего, ставшие нетрудоспособными в период осуществления ухода, сохраняют право на получение страховых выплат после окончания ухода за указанными лицами.

Право на получение выплат в случае смерти застрахованного *по решению суда* может быть предоставлено нетрудоспособным лицам, которые при жизни застрахованного имели заработок, но только в том случае, если часть заработка застрахованного являлась их постоянным и основным источником средств к существованию.

При нанесении ущерба жизни, здоровью и профессиональной трудоспособности работников им самим или их близким гарантируется:

1) пособие по временной нетрудоспособности;

2) страховые выплаты:

- единовременные,
- ежемесячные;

3) оплата дополнительных расходов на:

- дополнительную медицинскую помощь,
- посторонний уход за пострадавшим,
- санаторно-курортное лечение,
- протезирование и обеспечение необходимыми приспособлениями для трудовой деятельности и в быту,
- обеспечение специальными транспортными средствами и их содержание,
- профессиональное обучение и переобучение.

Пособие по временной нетрудоспособности в связи с несчастным случаем на производстве или профзаболеванием выплачивается за весь период нетрудоспособности до выздоровления или установления стойкой утраты профессиональной трудоспособности в размере 100% среднего заработка работника без ограничений. Пособие назначается и выплачивается работодателем в счет взносов, начисленных по данному виду обязательного страхования.

Единовременные страховые выплаты предназначены:

- застрахованному, если по результатам медико-социальной экспертизы у него признана стойкая утрата профессиональной трудоспособности в результате несчастного случая на производстве или профзаболевания:
- лицам, имеющим право на их получение, если в результате страхового случая наступила смерть застрахованного.

Размер единовременной выплаты определяется исходя из 60-кратного МРОТ, установленного на день выплаты (на 1 января 2003 г. Это составляло 27 тыс. руб.), и степени утраты профессиональной трудоспособности, определяемой учреждениями медико-социальной экспертизы. В случае смерти застрахованного единовременная выплата равна 60 МРОТ. Она выплачивается равными долями всем лицам, состоящим на иждивении умершего и имеющим право на ее получение.

Ежемесячные страховые выплаты призваны возместить потерю в заработке, которую повлекла за собой потеря профессиональной трудоспособности или смерть застрахованного работника. Соответственно, размер ежемесячной страховой выплаты, назначаемой самому застрахованному, определяется как доля его среднего месячного заработка до наступления страхового случая, соответствующая степени утраты профессиональной трудоспособности, и не может превышать 30 тыс. руб. в месяц. Ежемесячные страховые выплаты назначаются застрахованному на весь период утраты им профессиональной трудоспособности с того дня, с которого учреждением медико-социальной экспертизы **установлен** факт утраты профессиональной трудоспособности, исключая период, в течение которого работнику выплачивалось пособие по временной нетрудоспособности.

В случае смерти застрахованного размер ежемесячных страховых выплат лицам, имеющим на них право, исчисляется исходя из его среднего месячного заработка, **получаемых** при жизни пенсии и других социальных выплат за вычетом долей, приходящихся на него самого и трудоспособных членов семьи, не имеющих право на получение выплат. Соответственно, каждому лицу, имеющему право на ежемесячную выплату, ее размер определяется путем деления общего остатка нацело всех получателей. Назначаются выплаты со дня смерти застрахованного, но не ранее приобретения права на их получение.

Страховое обеспечение в виде единовременных и ежемесячных выплат должно выплачиваться страхователем (работодателем) тем застрахованным, с которыми произошел несчастный случай или наступило профзаболевание на данном предприятии и которые продолжают на нем работу. Выплаты относятся в счет взносов, начисленных

страхователем по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве. Всем остальным категориям получателей — неработающим пострадавшим; уволившимся с данного предприятия и работающим на другом предприятии; лицам, получающим выплаты в связи со смертью застрахованного, — ежемесячные и единовременные выплаты осуществляются исполнительным органом ФСС. Выплаты должны производиться не позднее истечения месяца, за который они назначены.

При исчислении страховых выплат не влекут уменьшения их размера иные пенсии, пособия и выплаты, назначенные застрахованному как до, так и после наступления страхового случая. Это же относится и к заработку, получаемому застрахованным после наступления страхового случая.

Страховые выплаты *индексируются*:

- в соответствии с ростом стоимости жизни в порядке, установленном законодательством РФ, увеличиваются суммы заработка, из которых исчисляется ежемесячная страховая выплата;
- при повышении МРОТ размеры ежемесячной страховой выплаты индексируются пропорционально увеличению МРОТ в централизованном порядке.

Оплата *дополнительных расходов* производится страховщиком, если учреждением медико-социальной экспертизы установлено, что застрахованный нуждается в указанных видах медицинской, социальной и иной помощи, обеспечения или ухода. Возмещение дополнительных расходов производится исполнительным органом ФСС по документам, подтверждающим расходы на осуществление тех или иных реабилитационных мер, указанных в программе реабилитации пострадавшего, составленной учреждением медико-социальной экспертизы.

Нормативы компенсации устанавливаются законом о бюджете ФСС на очередной год. На основании приказа исполнительного органа ФСС пострадавшему может быть предоставлена путевка на санаторно-курортное лечение вследствие несчастного случая на производстве или профзаболевания. В связи с этим страхователь должен предоставить такому работнику отпуск на время санаторного лечения и проезда к месту лечения и обратно сверх ежегодного **оплачиваемого** отпуска, установленного законодательством РФ. Оплата времени отпуска и проезда в санаторий и обратно осуществляется страхователем в счет начисленных страховых взносов на обязательное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний по правилам, установленным для оплаты ежегодного отпуска. Данная норма распространяется на всех застрахованных работников предприятия независимо от того, произошел несчастный случай (наступило профзаболевание) на данном или другом предприятии.

Личное страхование пассажиров

Третьим направлением обязательного страхования от несчастных случаев выступает обязательное личное страхование пассажиров, перевозимых воздушным, железнодорожным, водным и автомобильным транспортом по междугородным и туристическим маршрутам. Страхованием покрывается риск смерти или получения травмы и телесных повреждений в результате несчастного случая, связанного с поездкой.

Максимальная страховая сумма, подлежащая выплате в случае гибели пассажира, установлена законодательством в размере 120 МРОТ на дату приобретения проездного документа. В случае получения травмы или увечья размер страхового возмещения рассчитывается пропорционально тяжести полученных в результате аварии телесных повреждений.

Страхователями выступают сами пассажиры, которые уплачивают страховой взнос по обязательному личному страхованию при покупке проездного билета. Однако интересы страхователей при оформлении данной страховой, операции представляет транспортная организация-перевозчик, которая выбирает страховую компанию и заключает с ней договор об осуществлении данного вида страхования. Единственным требованием к страховой компании является наличие соответствующей лицензии на проведение обязательного страхования пассажиров.

Пассажиры, имеющие право на бесплатный проезд, признаются застрахованными без уплаты ими страхового взноса.

Тарифы на обязательное личное страхование пассажиров утверждаются Росстрахнадзором и согласуются с министерствами транспорта и путей сообщения РФ. Необходимо отметить, что основную часть тарифа составляют отчисления в фонд предупредительных мероприятий, средства которого направляются в учреждения указанных министерств на цели повышения безопасности перевозок. Обязательное личное страхование пассажиров в той форме, в которой оно осуществляется, вызывает немало нареканий. Во-первых, отчисление более 90% страхового тарифа на финансирование расходов перевозчика делает обязательное страхование пассажиров более похожим на дополнительное налогообложение населения. Во-вторых, перенесение ответственности перевозчика за жизнь и здоровье пассажира на самого пассажира — мера, недостойная цивилизованного общества.

Во многих странах этот вопрос давно решен **путем** введения института обязательной материальной ответственности перевозчика за жизнь и здоровье пассажиров, а в некоторых случаях — и обязательного страхования гражданской ответственности перевозчика. Существующая практика обязательного страхования пассажиров в России противоречит ее гражданскому законодательству. В п. 2 ст. 935 гл. 48 ГК РФ указывается, что обязанность страховать свою жизнь или здоровье не может быть возложена на гражданина по закону. В интересах защиты прав потребителей было бы правомерно установить ответственность перевозчика за жизнь и здоровье пассажиров.

3.2.2. Добровольное страхование от несчастных случаев

Добровольное страхование от несчастных случаев также имеет несколько организационных форм. В первую очередь различают индивидуальное и коллективное страхование от несчастных случаев.

Договор индивидуального страхования заключается физическим лицом, и его действие в основном распространяется на страхователя и членов его семьи. По договору коллективного страхования страхователем выступает юридическое лицо, а застрахованными – физические лица, в жизни и здоровье которых страхователь имеет материальный интерес. В основном договоры коллективного страхования заключаются либо работодателями в пользу своих работников, либо различными ассоциациями и обществами в пользу их членов (например, спортивные клубы, ассоциации охотников, творческие и профессиональные союзы и т.п.). Страховое покрытие по коллективному страхованию от несчастных случаев может ограничиваться только периодом профессиональной или общественной (спортивной) деятельности, а может распространяться и на частную жизнь застрахованного, что зависит от выбора страхователя.

Индивидуальное добровольное страхование от несчастных случаев принято подразделять на:

- *полное страхование от несчастных случаев*, предоставляющее страховую гарантию на любой период как частной, так и профессиональной жизни человека в течение действия договора;
- *частичное страхование*, предоставляющее гарантию только на определенный период жизнедеятельности человека, – наиболее распространенным является страхование от несчастных случаев на время поездки, путешествия, в том числе за рубеж;
- *дополнительное страхование*, т.е. использование страхования от несчастных случаев в качестве составляющей различных комбинированных или пакетных полисов, например, автомобильное страхование от несчастных случаев в рамках полиса автомобильного страхования, гарантия выплаты двойной страховой суммы при наступлении смерти в результате несчастного случая в страховании жизни, гарантия по несчастным случаям в пакетном полисе главы семьи и др. Следует отметить, что страхование от несчастных случаев – это самое распространенное дополнение многих страховых полисов.

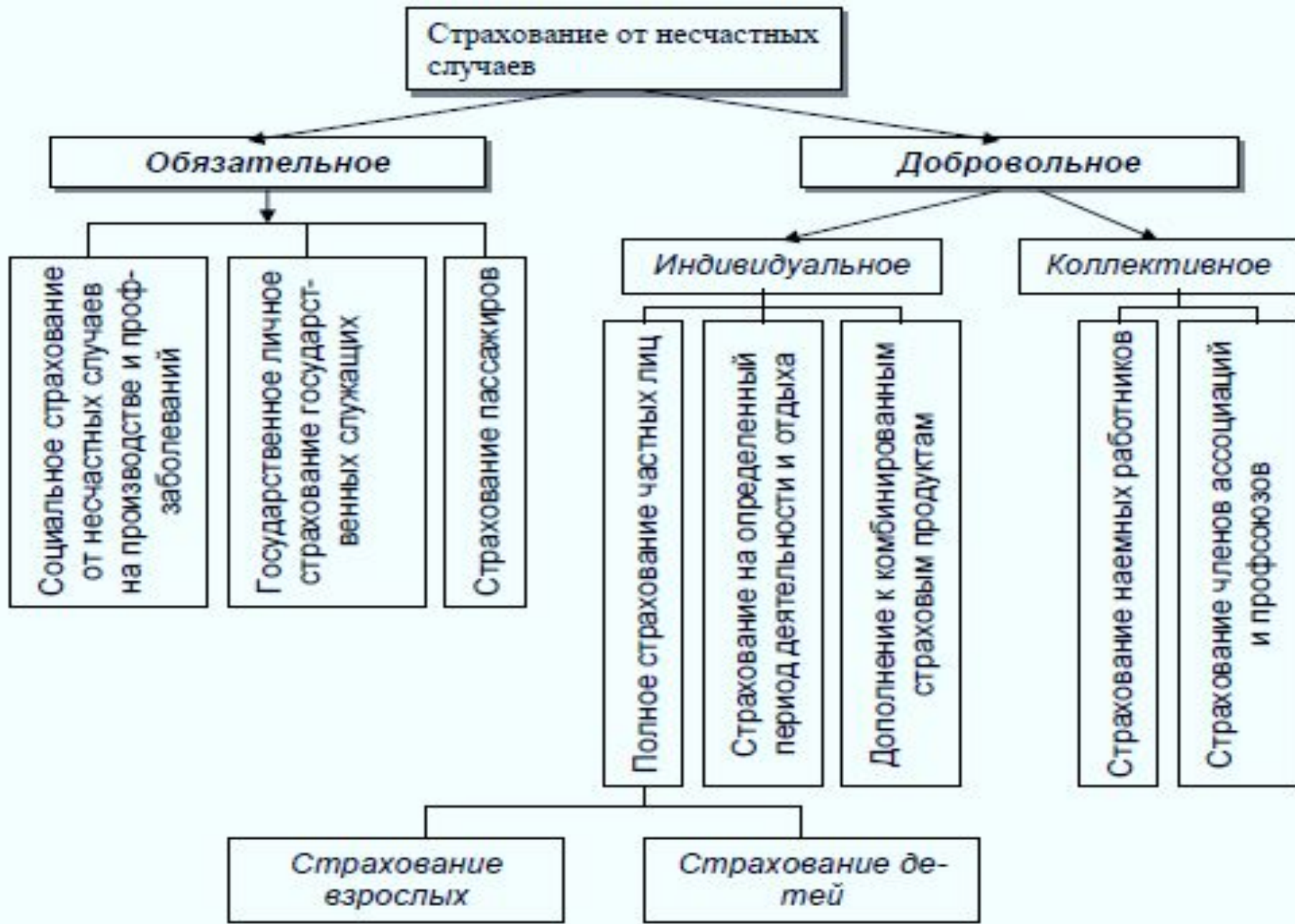


Рис. 2. Классификация форм и видов страхования от несчастных случаев

Общая классификация форм страхования от несчастных случаев представлена на рисунке 2.

Объектом страхования от несчастных случаев по российскому законодательству являются имущественные интересы застрахованного, связанные с утратой трудоспособности или смертью вследствие несчастного случая.

Под **несчастливым случаем в страховании** обычно понимают внезапное, непредвиденное внешнее воздействие на организм человека, вследствие которого наступают временное или постоянное расстройство здоровья, а также смерть застрахованного.

Страхование от несчастных случаев предлагает **четыре базовые гарантии** (рис. 3). Однако на практике страховщики могут использовать различные комбинации этих стандартных покрытий или исключать некоторые из них из частных условий страхования.

В условиях страхования во избежание разногласий приводится подробный перечень всех событий, которые признаются или не признаются страховыми случаями и, соответственно, включаются в страховое покрытие или исключаются из него. Традиционными **страховыми случаями** являются следующие события, подтвержденные справкой лечебно-профилактического учреждения:

1) травмы и иные телесные повреждения, в том числе в результате: вождения (пользования) наземных транспортных средств; пользования, без вождения всеми видами общественного транспорта, включая авиационный (по усмотрению страховщика); занятий любительским спортом; спасения людей или имущества; допустимой самообороны; нападения или покушения;

2) асфиксия в результате: погружения, утопления; аварийного выброса газа или пара; удара электротоком; попадания инородного тела в дыхательные пути;

3) ожоги и иные повреждения, вызванные: действием огня; ударом молнии; вдыханием ядовитых веществ; X-излучением или радиоактивными материалами;

4) отравления: химическими веществами; лекарствами; ядовитыми растениями; недоброкачественными пищевыми продуктами;

5) переохлаждения и обморожения;

6) укусы: животных (включая случай бешенства по усмотрению страховщика), змей; жалящих насекомых.

Каждая страховая компания использует собственный перечень страховых событий. Некоторые компании включают в покрытие такие риски, как патология родов или беременности; укус энцефалитного клеща; ошибки в лечении. Другие, наоборот, сужают покрытие, не включая в него: укусы и ужаливания, травмы и смерть в результате пользования авиационным пассажирским транспортом, отравления лекарственными препаратами.

Общепринятыми *исключениями из страхового покрытия* являются следующие события:

- самоубийство или покушение на него;
- умышленное причинение застрахованным самому себе телесных повреждений;
- телесные повреждения, полученные в результате совершения выгодоприобретателем по отношению к застрахованному противоправных действий;
- несчастные случаи, произошедшие из-за алкогольного или наркотического опьянения застрахованного;
- природные катастрофы;
- военные действия;
- профессиональный спорт и опасные виды спорта (специальные договоры с особыми условиями страхования);
- болезни, в том числе обострение хронических заболеваний.

Другие разновидности страхования от несчастных случаев, такие как страхование граждан, выезжающих за рубеж, страхование на случай критических заболеваний, представлены в дополнительной литературе по страхованию.

Особенности актуарных расчетов по добровольному медицинскому страхованию. Добровольное медицинское страхование (ДМС) в плане актуарных расчетов отличается от других рискованных видов страхования тем, что в результате этих расчетов должна быть получена не тарифная ставка, а стоимость страхового полиса. Это связано с особенностями ДМС как вида страхования:

- страховые выплаты по ДМС производятся не Застрахованным, а медицинским учреждениям, которые оказали медицинскую услугу;
- в ДМС отсутствует такое понятие, как страховая сумма, которое наряду со страховым тарифом является базой для определения стоимости страховой услуги. В качестве аналога страховой суммы в медицинском страховании используется такое понятие, как «страховое покрытие».

При расчете стоимости страхового полиса по ДМС используется методика актуарных расчетов для рискованных видов страхования.

Информационная база – показатели медицинской статистики. В частности, данные по заболеваемости по определенным классам болезней или видов медицинских услуг на 1000 человек.

Порядок расчетов стоимости страхового полиса имеет следующие этапы:

1. Определение показателя вероятности наступления страховых событий по каждому виду медицинских услуг, включенных в страховое покрытие по данной программе страхования.

2. Определение основной части нетто-ставки (Тосн.) Для определения основной части нетто-ставки используются следующие формулы:

$$T_{осн} = \{1 - (1 - q_1)(1 - q_2) \dots (1 - q_n)\} * S \quad (1)$$

где q - вероятность появления хотя бы одного из рассматриваемых n событий, включенных в страховое покрытие по данной программе страхования;

S - размер базовой страховой суммы (100 руб.).

3. Определение рисковой надбавки (Триск.). Определяется по формулам, приведенным выше.

4. Определение нетто-ставки (Тн):

$$T_n = T_{осн} + T_{риск} \quad (2)$$

5. Определение максимальной суммы страхового покрытия (S_m)

$$S_m = n * C$$

где n - максимальное количество обращений за медицинской помощью одним застрахованным в течение срока страхования;

C - стоимость одного обращения, руб.

6. Расчет коэффициента соотношения рисков (К с.р.). Его использование имеет смысл тогда, когда среднее число обращений за медицинской помощью застрахованных меньше, чем максимальное. Использование этого коэффициента позволяет снизить размер страхового тарифа.

$$K_{c.p.} = \frac{S_{c.p.}}{S_m} \quad (3)$$

где $S_{c.p.}$ – среднее страховое покрытие;

$$S_{c.p.} = n_{c.p.} * C \quad (4)$$

где $n_{c.p.}$ – среднее количество обращений за медицинской помощью одним застрахованным в течение срока страхования.

7. Определение нетто-стоимости страхового полиса по ДМС (Пн):

$$Пн = Тн * S_m * K_{c.p.} \quad (5)$$

где T_n – нетто-ставка в %.

8. Определение брутто-стоимости полиса по ДМС (Пб):

$$Пб = Пн / (1 - d) \quad (6)$$

где d - доля нагрузки в составе брутто-ставке.

3.3. Страхование граждан, выезжающих за рубеж

3.3.1. Содержание страхования граждан, выезжающих за рубеж.

Страхование граждан, выезжающих за рубеж, — сложный, комплексный вид страхования, который невозможно классифицировать однозначно. Хотя традиционно принято относить его к страхованию от несчастных случаев, в нем также присутствуют элементы и имущественного страхования, и страхования неотложной помощи. Причем именно последняя составляющая в значительной степени определяет специфику страхования граждан, выезжающих за рубеж.

Основное содержание данного вида страхования составляет компенсация медицинских расходов, которые могут возникнуть в заграничной поездке вследствие внезапного заболевания или несчастного случая. Этой стороной страхования граждан, выезжающих за рубеж, тесно смыкается с обычновенным страхованием от несчастных случаев (в части возмещения медицинских расходов). В отличие от медицинского страхования возмещению здесь подлежат только те расходы, которые возникают вследствие внезапного заболевания или несчастного случая. В страховании граждан, выезжающих за рубеж, покрытие распространяется только на зарубежные страны и не действует на территории постоянного проживания.

Самая характерная черта страхования граждан, выезжающих за рубеж, — *включение в него страхования неотложной помощи* (в международной терминологии — *assistance insurance*). Страхование неотложной помощи — специфический вид страхования, объектом которого является незамедлительное оказание застрахованному помощи в определенных чрезвычайных ситуациях. Если в классическом страховании речь идет о возмещении ущерба, то в страховании неотложной помощи — об оказании

Например, при поломке автомобиля на дороге неотложной помощью будет вызов ремонтников на место происшествия и буксировка автомобиля до мастерской, а сам ремонт будет оплачен или из средств страхователя, или за счет автотранспортного страхования — каско (если имеется соответствующий договор). В ситуации, связанной с заболеванием застрахованного, компенсация расходов на лечение будет являться предметом медицинского страхования, а вот вызов врача в ночное время или срочная госпитализация — предметом страхования неотложной помощи.

Организация данного вида страхования возможна в **двух формах: компенсационной или сервисной.**

В первом случае элемент страхования неотложной помощи отсутствует. Застрахованный в поездке не только самостоятельно оплачивает медицинские услуги, но и берет на себя их организацию. По возвращении на родину он на основании представленных документов (счетов, рецептов и т.д.) получает от страховщика компенсацию тех расходов, которые включены в страховое покрытие. Ответственность страховщика при данной форме страхования, как правило, ограничивается суммой 200—400 долл., которая обычно достаточна для оплаты первичного обращения к врачу в случае острой необходимости.

Система компенсационного страхования широкого распространения не получила, так как неудобна ни страховщикам, ни их клиентам. Застрахованный в этом случае должен иметь при себе определенную, причем иногда значительную для частного лица, денежную сумму, предназначенную для оплаты медицинских и т.п. расходов. Страховщик практически лишен возможности проверять обоснованность производимых расходов, процессы обращения за помощью, лечения, транспортировки и т.п. ему фактически не подконтрольны.

В силу этих причин преимущественное развитие получило страхование граждан, выезжающих за рубеж, в сервисной форме.

Перед поездкой клиент заключает с отечественной страховой компанией договор страхования, который, как правило, гарантирует ему оплату оговоренных медицинских расходов, а также оказание соответствующих услуг. В страховом полисе указаны телефоны оперативных (сервисных) центров, по которым застрахованный должен сообщить о факте несчастного случая, болезни, поломке автомобиля. С этого момента организацией и оплатой помощи застрахованному занимается оперативный центр, в распоряжении которого имеется разветвленная и отлаженная сеть поставщиков услуг, действующая на территории большинства стран и способная обеспечить застрахованному весь комплекс услуг.

Очевидно, что далеко не каждый страховщик, будь то российская или иностранная компания, в состоянии содержать собственную сеть оперативных центров и поставщиков услуг по всему миру. Подобной деятельностью занимается ограниченное число узкоспециализированных организаций — страховых или сервисных компаний. Степень концентрации на данном специфическом рынке высока: несколько крупных специализированных организаций занимают лидирующие позиции. Первое место удерживает крупнейшая специализированная страховая компания Europe Assistance, контролирующая около 30% мирового рынка страхования неотложной помощи. Сеть компании охватывает 210 стран мира и насчитывает 2411 оперативных центров и 78 000 организаций — поставщиков услуг.

Лидерами в данной сфере деятельности являются также Gesa Assistance, контролирующая 12% мирового рынка страхования неотложной помощи, Mondial, Elvia и Mercur.

Таким образом, полис страхования граждан, выезжающих за рубеж, представляет собой сложный продукт, или комбинацию продуктов как минимум двух субъектов:

- непосредственно страховщика, т.е. неспециализированной страховой компании, осуществляющей страхование граждан, выезжающих за рубеж;
- организатора оказания услуг, в качестве которого могут выступать: специализированная страховая компания, занимающаяся страхованием неотложной помощи; специализированная нестраховая сервисная компания.

При наступлении страхового случая застрахованный должен позвонить в ближайший оперативный центр и сообщить свое имя, номер полиса, местонахождение и сущность возникшей проблемы.

Оператор проверяет, действительно ли данное лицо является застрахованным и каков объем его гарантий по договору страхования. Затем он выбирает из базы данных поставщика услуг и делает заявку на оказание помощи застрахованному. После этого оператор по возможности связывается с застрахованным, оповещает его о том, когда и каким образом будет оказана помощь, и контролирует оказание услуги.

Российские страховщики предлагают разработанные совместно с зарубежными страховыми компаниями страховые полисы, обеспечивающие оплату медицинской помощи, а также комбинированные полисы, предусматривающие оплату наряду с медицинскими услугами и услуги других видов.

Например, программа Econom-class предусматривает организацию и оплату:

- медицинских расходов (исключая расходы на стоматологическую помощь);
- медицинской транспортировки;
- репатриации тела в случае смерти застрахованного.

Программа Business-class аналогична программе Econom-class, но предусматривает также покрытие расходов на стоматологическую помощь.

Программа VIP кроме этого обеспечивает:

- оплату услуг экстренной медицинской помощи;
- организацию и оплату посещения родственника в случае госпитализации застрахованного;
- организацию и оплату досрочного возвращения застрахованного к месту постоянного проживания в экстренной ситуации;
- организацию и оплату досрочного возвращения оставшихся без присмотра несовершеннолетних детей застрахованного;
- организацию и оплату юридической защиты застрахованного;
- организацию помощи при потере документов.

Дополнительно может быть предоставлено страхование расходов, связанных с организацией и оплатой:

- помощи при поломке личного автотранспорта;
- срочных сообщений;
- поиска и возвращения багажа.

Большинство страховых компаний *не включают* в страховое покрытие расходы на:

- профилактические мероприятия и консультации;
- пластические операции;
- стоматологическое и иное протезирование;
- лечение хронических заболеваний, кроме внезапных обострений, угрожающих жизни застрахованного лица;
- лечение нетрадиционными способами и т.д.

Основными факторами, влияющими на величину *страхового тарифа*, являются:

- возраст застрахованного. Часто страховщики предусматривают скидки для детей от 5 до 14 лет. Для лиц старше 60 лет стоимость полиса увеличивается в 1,5—4 раза;

- страна поездки. Минимальные страховые тарифы, как правило, устанавливаются для Европы и стран Средиземноморья. Для поездок в другие страны тарифы могут быть увеличены в 1,5—2 раза.

Это может быть связано как с высокими ценами на медицинские услуги, так и с удаленностью или труднодоступностью территорий;

- продолжительность поездки. В целом с увеличением продолжительности поездки страховая премия в расчете на один день страхования несколько уменьшается;

- цель поездки. По поездкам туристического плана, как правило, устанавливаются минимальные тарифы и повышенные тарифы — для спортивных походов и соревнований;

- применение франшиз и ограничений ведет к снижению страхового взноса;

- способ продаж. Российские страховщики предусматривают значительные скидки для туристических групп в зависимости от числа застрахованных;

- территория действия страхового полиса. Чем шире территория страховой защиты, тем дороже страхование.

Страховая сумма определяется исходя из варианта страхования и страны пребывания. Страховые суммы от 50 000 до 100 000 долл. США рекомендуются для поездок в страны, где стоимость медицинских услуг значительно выше, чем в среднем по миру, а также с учетом месторасположения государства, поскольку дальность расстояния сказывается на стоимости билетов при необходимости транспортировки и, конечно же, на стоимости услуг по репатриации.

Именно к таким странам относятся США (включая все страны Карибского бассейна), Канада, Австралия, Япония. Для въезда в страны Шенгенского соглашения обязательным условием является наличие полиса по страхованию медицинских расходов со страховой суммой не менее 30 000 долл. По желанию клиента в ряд стран бывшего социалистического содружества (Болгария, Словакия, Польша и некоторые другие) допускается покрытие в 15 000 долл. США.

3.4. Обязательное медицинское страхование

3.4.1. Организация и финансирование ОМС

Обязательное медицинское страхование (ОМС) – один из наиболее важных элементов системы социальной защиты населения в части охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания. В России ОМС является государственным и всеобщим для населения. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование. Всеобщность ОМС заключается в обеспечении всем гражданам равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС.

Основной целью ОМС является сбор и капитализация страховых взносов и предоставление за счет собранных средств медицинской помощи всем категориям граждан на законодательно установленных условиях и в гарантированных размерах. Поэтому систему ОМС следует рассматривать с двух точек зрения.

С одной стороны, это составная часть государственной системы социальной защиты населения наряду с пенсионным и социальным страхованием. В этом заключается социальная значимость ОМС.

С другой стороны, ОМС представляет собой финансовый механизм обеспечения дополнительных к бюджетным ассигнованиям денежных средств на финансирование здравоохранения и оплату медицинских услуг. В этом состоит экономическое значение ОМС. В РФ в сферу ОМС включено только медицинское обслуживание населения. Возмещение заработка, потерянного за время болезни, осуществляется уже в рамках другой государственной системы — социального страхования, и не является предметом ОМС.

Обязательное медицинское страхование — один из наиболее важных элементов системы охраны здоровья и получения необходимой медицинской помощи в случае заболевания, В России ОМС организуется и осуществляется государством и носит всеобщий характер. Это означает, что государство в лице своих законодательных и исполнительных органов определяет основные принципы организации ОМС, устанавливает тарифы взносов, круг страхователей и создает специальные государственные фонды для аккумуляции взносов на обязательное медицинское страхование. *Всеобщность* ОМС заключается в обеспечении всем гражданам РФ равных гарантированных возможностей получения медицинской, лекарственной и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых государственными программами ОМС, Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет обязательных взносов различных категорий страхователей.

Страхователями по ОМС, т.е. теми субъектами, которые уплачивают страховые взносы на обеспечение всем гражданам медицинского страхования, выступают хозяйствующие субъекты и местные органы исполнительной власти.

Все хозяйствующие субъекты независимо от форм собственности и организационно-правовых форм деятельности (работодатели, индивидуальные предприниматели, крестьянские (фермерские) хозяйства) обязаны платить страховые взносы за работающее население в составе единого социального налога. Тарифы страховых взносов установлены по регрессивной шкале в зависимости от категории налогоплательщика (табл.).

Т а б л и ц а Ставки единого социального налога в фонды ОМС

Налоговая база на 1 работника нарастающим итогом с начала года	Ставки ЕСН, поступающего в фонды ОМС							
	Работодатели		Работодатели — сельхозпроизводители		Индивидуальные предприниматели		Адвокаты	
	ФФОМС	ТФОМС	ФФОМС	ТФОМС	ФФОМС	ТФОМС	ФФОМС	ТФОМС
До 100 000 руб.	0,2%	3,4%	0,1%	2,5%	0,2%	3,4%	0,2%	3,4%
От 100 001 до 300 000 руб.	200 руб. + 0,1% с суммы выше 100 000 руб.	3400 руб. + 1,9% с суммы выше 100 000 руб.	100 руб. + 0,1% с суммы выше 100 000 руб.	2500 руб. + 1,9% с суммы выше 100 000 руб.	200 руб. + 0,1% с суммы выше 100 000 руб.	3400 руб. + 1,9% с суммы выше 100 000 руб.	200 руб. + 0,1% с суммы выше 100 000 руб.	3400 руб. + 1,9% с суммы выше 100 000 руб.
От 300 001 до 600 000 руб.	400 руб. + 0,1% с суммы выше 300 000 руб.	7200 руб. + 0,9% с суммы выше 300 000 руб.	300 руб. + 0,1% с суммы выше 300 000 руб.	6300 руб. + 0,9% с суммы выше 300 000 руб.	400 руб.	7200 руб. + 0,9% с суммы выше 300 000 руб.	400 руб.	7200 руб. + 0,8% с суммы выше 300 000 руб.
Свыше 600 000 руб.	700 руб.	9900 руб.	600 руб.	9000 руб.	400 руб.	9900 руб.	400 руб.	9600 руб.

Страховые взносы уплачиваются со всех выплат, начисленных в пользу работников в денежной и натуральной форме за исключением выплат, осуществляемых за счет чистой прибыли, компенсационных выплат, социальных выплат и некоторых других. Суммы начисленных взносов уплачиваются на счета Федерального казначейства ежемесячно, не позднее 15-го числа следующего месяца. Платежные поручения на перечисление страховых взносов страхователи представляют в банк одновременно с представлением документов на выдачу средств на оплату труда. Органы Федерального казначейства в течение суток обязаны перечислять поступающие суммы взносов на счета соответствующих фондов ОМС. Страхователи несут ответственность за правильность начисления и своевременность уплаты страховых взносов. За **нарушение** порядка уплаты страховых взносов к ним применяются различные финансовые санкции, предусмотренные Налоговым кодексом РФ.

За неработающее население страховые взносы на ОМС обязаны платить органы исполнительной власти с учетом объемов территориальных программ ОМС в пределах средств, предусмотренных в соответствующих бюджетах на здравоохранение. К неработающему населению относят детей, учащихся, инвалидов, пенсионеров, безработных. Органы исполнительной власти обязаны перечислять средства на ОМС неработающего населения ежемесячно, не позднее 25-го числа, в размере не менее 1/3 квартальной суммы средств, предусмотренных на указанные цели.

Перечисление средств в территориальные фонды ОМС должно осуществляться по нормативу на неработающее население, который устанавливается исходя из стоимости территориальной программы ОМС. Однако в настоящее время обязательства местных администраций по уплате этих страховых платежей весьма неопределенны, так как полностью отсутствуют какие-либо законодательные или нормативные акты, регулирующие эти вопросы. Если для страхователей хозяйствующих субъектов тарифы устанавливаются Налоговым кодексом, то для органов исполнительной власти нормативных документов по расчету платежей на ОМС неработающего населения не существует.

Расчет взносов производится по остаточному принципу исходя из нормативов, самостоятельно устанавливаемых в каждом субъекте РФ. Методика определения платежей за неработающее население, предлагаемая федеральным фондом ОМС, при определении региональных нормативов страховых платежей за неработающее население рекомендует исходить из разницы между стоимостью территориальной программы ОМС и объемами ее финансирования за счет взносов хозяйствующих субъектов и прочих поступлений.

В соответствии с Законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» управление финансовыми средствами системы ОМС осуществляется фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями. Они заключают договоры на осуществление ОМС, аккумулируют страховые взносы, направляют средства на оплату медицинских услуг. С точки зрения теории страхования все они выступают страховщиками, но имеют существенные различия и обладают строго разграниченными полномочиями по выполнению конкретных финансовых и страховых операций.

Федеральный фонд ОМС

Первый уровень страхования в системе ОМС представляет федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС), который осуществляет общее нормативное и организационное руководство системой ОМС. Федеральный ФОМС является самостоятельным государственным некоммерческим финансово-кредитным учреждением, действующим на основании устава. ФФОМС подотчетен Законодательному Собранию и Правительству РФ. Ежегодно бюджет фонда и отчет о его исполнении утверждаются Государственной Думой. Управление деятельностью фонда осуществляется правлением и постоянно действующей исполнительной дирекцией. В состав правления входят представители Законодательного Собрания, министерств здравоохранения, финансов, социальной защиты, территориальных ФОМС, Центрального банка, Ассоциации страховых медицинских организаций, Профессиональной медицинской ассоциации; страхователей и профсоюзов.

Финансовые средства ОМС формируются за счет страховых взносов, предназначенных для фондов ОМС в составе единого социального налога. Совокупная ставка этих платежей составляет 3,6% от фонда оплаты труда (по плоской шкале), из которых 0,2% идут в федеральный ФОМС и 3,4% — в территориальные фонды ОМС. Федеральный ФОМС сам не осуществляет страховые операции и в целом не финансирует систему обязательного медицинского страхования граждан. Основной финансовой функцией этого фонда является предоставление субвенций территориальным фондам ОМС для выравнивания условий обеспечения медицинскими услугами населения различных по экономическому развитию регионов. Кроме того, за счет его средств осуществляются отдельные целевые медицинские программы, оказывается медицинская помощь при чрезвычайных ситуациях, возникающих в связи с катастрофами, стихийными бедствиями, военными действиями.

ФФОМС осуществляет организационное управление системой путем разработки нормативных документов по ведению медицинского страхования в регионах, подготовки типовых или примерных правил страхования населения, участия в создании территориальных фондов ОМС.

Территориальные фонды ОМС

Второй уровень организации обязательного медицинского страхования представлен территориальными фондами ОМС (ТФОМС) и их филиалами. Территориальные фонды занимают центральное место в системе, поскольку именно ими осуществляется аккумуляция и распределение финансовых средств ОМС.

Территориальные ФОМС создаются органами представительной и исполнительной власти субъектов РФ, являются самостоятельными государственными некоммерческими финансово-кредитными учреждениями и подотчетны создавшим их органам власти. Финансовые средства ТФОМС образуются в основном за счет двух источников:

- части страховых взносов, уплачиваемых предприятиями, организациями и другими хозяйствующими субъектами на ОМС работающего населения в размерах, установленных шкалой ЕСН;
- средств, предусматриваемых в бюджетах субъектов РФ на неработающего населения (размер платежей устанавливается органами исполнительной власти субъекта РФ).

Главной задачей ТФОМС является обеспечение реализации на территории субъекта РФ на принципах всеобщности и социальной справедливости. На ТФОМС возложена основная работа по обеспечению финансовой сбалансированности и устойчивости системы ОМС. Однако в настоящее время, после введения ЕСН, территориальные ФОМС больше напоминают передаточное, чем основное организующее звено медицинского страхования. Страховые взносы они уже не собирают, контроль за их уплатой не осуществляют, так как эти функции возложены на налоговые службы. Для выполнения своих функций ТФОМС могут создавать филиалы в городах и районах. Филиалы выполняют задачи ТФОМС по финансированию страховых медицинских организаций.

Страховые медицинские организации

Третий уровень в осуществлении ОМС представляют страховые медицинские организации (СМО). Именно им по закону отводится непосредственная роль страховщика. При отсутствии на данной территории страховых медицинских организаций филиалам ТФОМС разрешено осуществлять обязательное медицинское страхование граждан, т.е. вести расчеты с медицинскими учреждениями.

СМО **получают** финансовые средства на осуществление ОМС от ТФОМС по душевым нормативам в зависимости от количества и половозрастной структуры застрахованного ими контингента населения и осуществляют страховые выплаты в виде оплаты медицинских услуг, предоставляемых застрахованным гражданам.

По Положению о страховых медицинских организациях, осуществляющих ОМС, *страховой медицинской организацией* может выступать юридическое лицо любой формы собственности и организации, предусмотренной российским законодательством, и имеющее лицензию на проведение ОМС, выдаваемую Департаментом страхового надзора Министерства финансов РФ. СМО вправе одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование граждан, но не вправе осуществлять другие виды страховой деятельности. При этом финансовые средства по обязательному и добровольному страхованию учитываются отдельно. Страховые медицинские организации не имеют права использовать средства, перечисляемые им на реализацию ОМС, в коммерческих целях.

Из средств, поступающих от ТФОМС на обеспечение медицинского страхования закрепленного за страховой компанией контингента населения, СМО оплачивают стоимость медицинских услуг, предоставленных застрахованным ею гражданам, покрывают расходы на ведение ОМС и формируют обязательные страховые резервы. К числу этих резервов относятся:

- резерв оплаты медицинских услуг, используемый на оплату счетов, выставленных лечебно-профилактическими учреждениями за медицинское обслуживание тех граждан, которые застрахованы данной СМО;
- резерв финансирования предупредительных мероприятий, который образуется и используется по согласованию с ТФОМС;
- запасной резерв, образуемый для покрытия превышения расходов на оплату медицинской помощи в случае нехватки средств основного резерва оплаты медицинских услуг.

Размеры страховых резервов устанавливаются ТФОМС по единым нормативам в процентах к финансовым средствам, передаваемым СМО на проведение страхования. Территориальный фонд ОМС устанавливает также нормативы расходов на ведение дела страховой медицинской организацией. Норматив может дифференцироваться в зависимости от количества застрахованных граждан.

Страховую деятельность СМО строят на договорной основе, заключая четыре группы договоров.

1. Договоры страхования с предприятиями, организациями, иными хозяйствующими субъектами и местной администрацией, иными словами, со всеми страхователями, обязанными платить страховые взносы в ТФОМС. По таким договорам определяется список и половозрастная структура населения, застрахованного в данной СМО.

2. Договоры с территориальным фондом ОМС на финансирование ОМС населения в соответствии с количеством и категориями застрахованных.

ТФОМС не вправе отказать страховой компании в финансировании ОМС, если у нее имеются страховые договоры, заключенные сострахователями, уплачивающими страховые взносы в данный территориальный фонд. Финансирование осуществляется по дифференцированным среднелюдским нормативам, которые выражают стоимость территориальной программы ОМС на 1 жителя в зависимости от половозрастной структуры застрахованного контингента.

3. Договоры с медицинскими учреждениями на оплату услуг, предоставляемых гражданам, застрахованным данной СМО. Порядок оплаты медицинских услуг фиксируется в территориальной программе ОМС или в Генеральном соглашении, заключаемом органами исполнительной власти (комитетом здравоохранения субъекта РФ), ТФОМС, СМО с ассоциацией медицинских учреждений. Тарифы на медицинские услуги в системе ОМС определяются на основе объема, структуры и состава расходов медицинского учреждения, подлежащих компенсации в рамках территориальной программы ОМС. В соответствии с Методическими рекомендациями по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий обеспечения граждан РФ бесплатной медицинской помощью возмещению за счет средств ОМС подлежат только определенные виды расходов:

- оплата труда с установленными начислениями, включая ЕСН;
- медикаменты и перевязочные средства;
- продукты питания;
- мягкий инвентарь;
- обмундирование.

Использование медицинскими учреждениями средств ОМС на оплату иных видов расходов, не включенных в структуру тарифов на оказание медицинских услуг по ОМС, считается нецелевым.

4. Индивидуальные договоры ОМС с гражданами, т.е. полисы ОМС, на основании которых предоставляется бесплатная медицинская помощь в рамках территориальной программы ОМС.

Таким образом, деятельность СМО представляет собой заключительный этап в реализации ОМС. Ее основной функцией выступает оплата страховых случаев. Наряду с финансовыми функциями СМО осуществляют контроль за объемом и качеством предоставляемых медицинских услуг, в том числе предъявляют регрессные требования и иски медицинским учреждениям по фактам нарушения условий ОМС или причинения ущерба застрахованным гражданам.

3.5. Добровольное медицинское страхование

3.5.1. Социально-экономическое содержание ДМС

Добровольное медицинское страхование (ДМС). Добровольное медицинское страхование аналогично обязательному медицинскому страхованию и преследует ту же социальную цель – предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования. Однако эта общая цель достигается двумя системами разными средствами.

Во-первых, *ДМС*, в отличие от *ОМС*, является отраслью не социального, а *коммерческого страхования*. ДМС наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев относится к сфере личного страхования.

Во-вторых, как правило, ДМС выступает дополнением к системе *ОМС*, обеспечивая гражданам *возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины*.

В-третьих, несмотря на то, что и та, и другая системы страховые, *ОМС использует принцип солидарности, а ДМС – принцип страховой эквивалентности*. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В-четвертых, *участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива*.

С экономической точки зрения *ДМС представляет собой механизм компенсации гражданам расходов и потерь, связанных с наступлением болезни или несчастного случая*.

Социально-экономическое значение ДМС заключается в том, что оно дополняет гарантии, предоставляемые в рамках социального обеспечения и социального страхования, до максимально возможных в современных условиях стандартов. Это касается в первую очередь проведения дорогостоящих видов лечения и диагностики; применения наиболее современных медицинских технологий; обеспечения комфортных условий лечения.

Основные виды ДМС. Виды ДМС различают в зависимости от последствий наступления болезни как экономического, так и медико-реабилитационного характера; объема страхового покрытия; типа страхового тарифа; степени дополнения системы ОМС.

По **экономическим последствиям для человека** выделяют два вида страхования:

- страхование затрат, связанных с лечением, восстановлением здоровья;
- страхование потерь дохода, связанных с наступлением заболевания.

По **медико-реабилитационным последствиям** виды страхования различают в зависимости от типа и методов необходимого лечения. Набор гарантий расширяется или сужается каждой отдельной страховой компанией в зависимости от действующих в ней программ ДМС. Поэтому принято выделять **основные виды медицинского страхования и дополнительные виды (опционы)**.

К первым относят **страхование расходов на амбулаторное и стационарное медицинское обслуживание**. Эти гарантии компенсируют затраты на основное лечение, необходимое по жизненным показаниям.

Ко вторым относят **виды страхования, покрывающие расходы на сопутствующие лечению услуги или специализированную медицинскую помощь** (стоматологию, родовспоможение, протезирование и некоторые другие).

В зависимости от **объема страхового покрытия** различают:

- ◆ **полное страхование медицинских расходов** – предоставляет гарантию покрытия расходов как на амбулаторное, так и стационарное лечение;
- ◆ **частичное страхование медицинских расходов** – покрывает затраты либо на амбулаторное лечение, либо на стационарное, либо на специализированное лечение (стоматология, санаторно-курортное лечение, родовспоможение и т.п.) по выбору страхователя;
- ◆ **страхование расходов только по одному риску.**

Предметом ДМС являются расходы на необходимое с медицинской точки зрения медицинское обслуживание застрахованного лица в случае болезни или при несчастном случае. Исходя из возможностей современной медицины и потребностей клиентов, страховые организации разрабатывают Правила страхования, а затем конкретизируют их, составляя различные программы ДМС.

В качестве **объекта** ДМС обычно указывается риск возникновения затрат на медицинское обслуживание застрахованного.

Под **страховым случаем** в ДМС понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью.

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

Страховое покрытие по ДМС определяется:

- 1) либо *твердо установленной страховой суммой*, в пределах которой оплачивается *годовой объем конкретных медицинских расходов* застрахованного;
- 2) либо *перечнем страховых случаев*, при которых гарантируется *полная оплата* лечения;
- 3) либо *перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду*.

Если Правила ДМС содержат основные экономико-правовые аспекты предлагаемого страховщиком медицинского страхования, то ***программы ДМС содержат:***

- ◆ перечень медицинских услуг, входящих в страховое покрытие;
- ◆ шкалу страховых сумм, в пределах которых может заключаться договор страхования;
- ◆ лимиты ответственности страховщика по отдельным видам медицинских услуг;
- ◆ опционы с указанием размеров дополнительного страхового взноса;
- ◆ шкалу страховых премий, соответствующих шкале предлагаемых страховых сумм;
- ◆ перечень медицинских учреждений, обслуживающих данную программу;
- ◆ период страхования.

3.5.2. Правила и программы ДМС

Правила ДМС

Правила ДМС содержат общие условия страхования, в том числе:

- определение объекта страхования, страхового случая, страховой суммы;
- порядок заключения и ведения страхового договора;
- условия выплаты страхового возмещения;
- перечень стандартных исключений из страхового покрытия.

В качестве *объекта ДМС* обычно указывается риск возникновения затрат на медицинское обслуживание застрахованного.

Под *страховым случаем* в ДМС понимают обращение застрахованного лица в медицинское учреждение (к врачу) за медицинской помощью. Страховой случай считается урегулированным, когда по медицинским показаниям исчезает необходимость дальнейшего лечения. Число страховых случаев по правилам ДМС может быть неограниченным.

Страховое покрытие по ДМС определяется одним из следующих способов:

- твердо установленной страховой суммой, в пределах которой оплачивается годовой объем конкретных медицинских расходов застрахованного;
- перечнем страховых случаев, при которых гарантируется полная оплата лечения;
- перечнем медицинских расходов с лимитом ответственности страховщика по каждому виду.

Полное покрытие по ДМС гарантирует оплату следующих расходов:

1) затраты, связанные с амбулаторным лечением, включая: врачебную помощь (посещения врача, обследования, консультации специалистов, проведение операций в амбулаторных условиях); лабораторные анализы и диагностику; лекарства; лечебные средства иного характера (физиотерапия, массаж, оптика, протезы, аппараты для дализа, сердечной стимуляции, инвалидные коляски и т.п.);

2) затраты, связанные со стационарным лечением: врачебная помощь, включая операции, доставка в клинику, содержание в стационаре, затраты на диагностику, лекарства и иные лечебные средства.

3) затраты на стоматологические услуги.

Определение страхового покрытия включает также и условия расширения содержания договора по желанию застрахованного лица.

Обычно они включают гарантии дополнительных видов медицинских расходов и условия применения других ступеней страхового тарифа.

В правилах страхования ДМС аналогично другим видам страхования приводится стандартный набор *исключений* из страхового покрытия. Страховая выплата не производится страховщиком в случае, 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 клиниках, не имеющих официальной аккредитации или лицензии;
- заболевание или травма явились результатом попытки покушения на самоубийство;
- заболевание или травма явились следствием алкогольного, наркотического или токсического опьянения.

Программы ДМС

Если Правила ДМС характеризуют экономико-правовые аспекты предлагаемых страховщиком видов медицинского страхования, то программы ДМС содержат:

- перечень медицинских услуг, входящих в страховое покрытие;
- шкалу страховых сумм, в пределах которых может заключаться страховой договор;
- лимиты ответственности страховщика по видам медицинских услуг;
- опционы с указанием размеров дополнительного страхового взноса;
- шкалу страховых премий, соответствующих шкале страховых сумм;
- перечень медицинских учреждений, обслуживающих данную программу;
- период страхования.

Примеры макетов программ медицинского страхования приведены в табл.

Таблица Основные макеты программ ДМС

Гарантии/объем	Амбулаторная помощь	Комбинированная 1	Комбинированная 2	Стационарная помощь
Программа				
1. Госпитализация, включая операции и медикаменты:	—	1000 у.е./100% оплаты по тарифам социального обеспечения"	2000 у.е./200% оплаты исходя из тарифов социального обеспечения	1000 у.е./100% оплаты по тарифам социального обеспечения
1.1. транспорт	—	гарантируется	гарантируется	гарантируется
1.2. отдельная палата	—	опцион	100 у.е. л сутки	опцион
1.3. уход	—	опцион	20 у.е. в сутки	опцион
1.4. роды	—	опцион	500 у.е. / 200% тарифа социального обеспечения	опцион
2. Неотложная помощь	500 у.е./100% тарифа	500 у.е./100% тарифа	1000 у.е./200% тарифа	-
3. Амбулаторная помощь	1000 у.е./100% тарифа	500 у.е./100% тарифа	2000 у.е./200% тарифа	-
4. Лекарства	200 у.е./50% реальных расходов	200 у.е./50% реальных расходов	300 у.е./75% реальных расходов	-
5. Диагностика	300 у.е./100% тарифа	300 у.е./100% тарифа	600 у.е./200% тарифа	300 у.е./100% тарифа
6. Физиотерапевтическое лечение	300 у.е./100% тарифа	300 у.е./100% тарифа	600 у.е./200% тарифа	300 у.е./100% тарифа
7. Стоматология				
7.1. лечение	опцион	опцион	1000 у.е./200% тарифа	
7.2. протезирование			опцион	
7.2. услуги ортодонта			опцион	
8. Списки медицинских учреждений	Список «А»	Список «К»	Список «К»	Список «С»
9. Страховой взнос	а у.е.	в у.е.	с у.е.	d у.е.