

Медицинское страхование



Добровольное медицинское страхование (ДМС)
является одним из самых перспективных видов
страхования. В современных социально-
экономических условиях, когда бесплатная медицина
потеряла кредит доверия, на первый план выходит
именно добровольное медицинское страхование,
являясь залогом качественного сервисного
обслуживания.

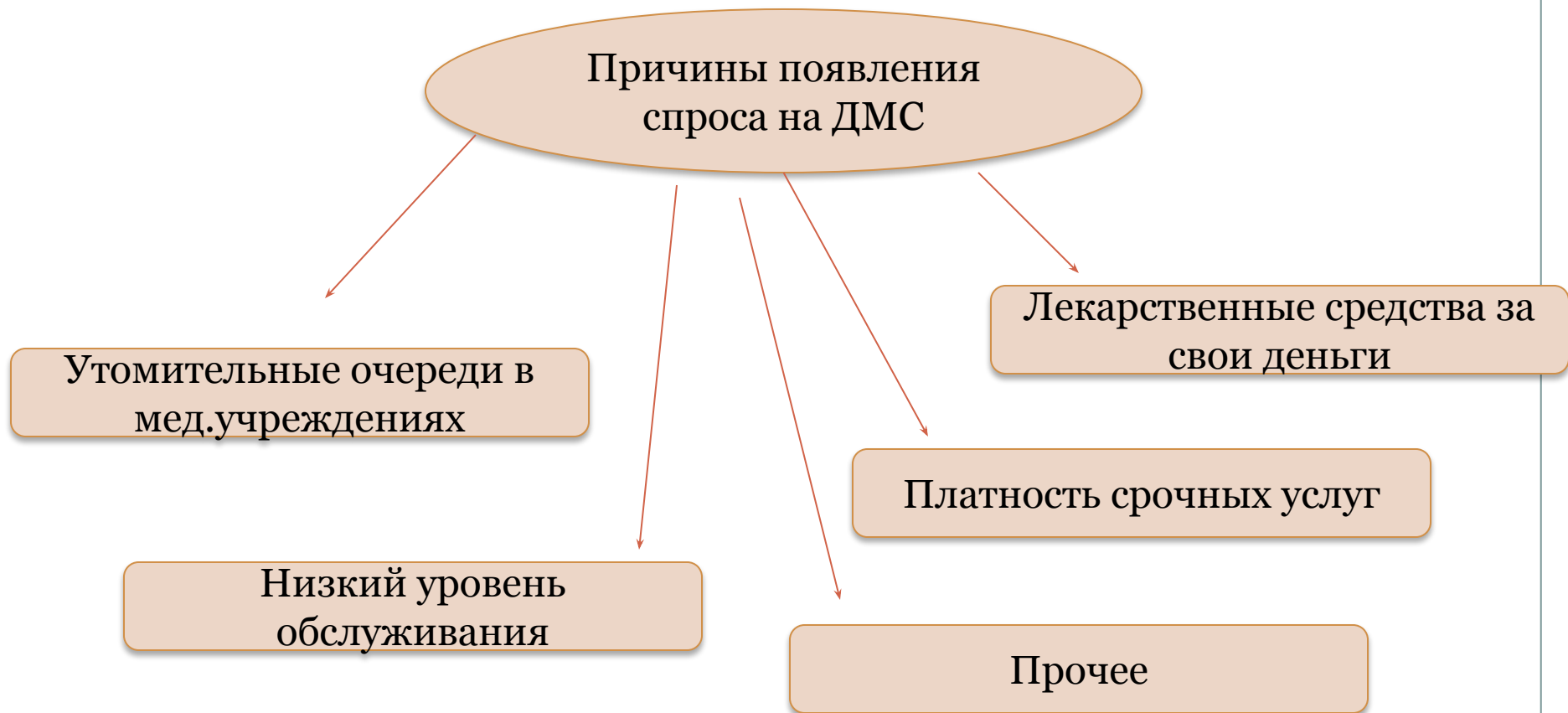
Страхователями по договору ДМС являются юридические лица (работодатели) и физические лица.

Страховщиком по операциям ДМС является страховая компания любой организационно-правовой формы, имеющая лицензию на проведение конкретного вида страхования.

Застрахованными являются физические лица, в пользу которых заключен договор добровольного медицинского страхования.

Каждый застрахованный получает полис добровольного медицинского страхования. Договор ДМС, как правило, не заключается с инвалидами I группы, ВИЧ-инфицированными и пр.

Требования к медицинским учреждениям, предоставляющим услуги по ДМС, аналогичны требованиям к медицинским учреждениям, функционирующим в системе ОМС.



Если приобретение полиса ДМС в крупных городах дает возможность получать медицинское лечение более качественно: можно пойти в хорошую дорогую клинику, где медицинский персонал тщательно следит за каждым пациентом. То в регионах низкая конкуренция на рынке приводит к росту цен на медицинское обслуживание, при этом медучреждений, способных полноценно обслуживать такого рода программы, постоянно не хватает. Во многих, даже больших, городах существуют лишь несколько больниц или поликлиник, с которыми страховщики могли бы работать. Они диктуют свои условия, имея тем самым собственный механизм страхования. У человека нет права выбора, в какую поликлинику идти. Полис ДМС дает право только, например, на 2-х местную палату. Специалисты боятся открывать платные медицинские учреждения. И это связано со многими проблемами: сложностью получения разрешения, лицензии, не способностью пациентов оплачивать лечение.

Проблемы ДМС



«Серая» медицины препятствует повышению культуры получения платных медицинских услуг.

Ряд клиник отказывается работать со страховыми компаниями, предпочитая осуществлять расчеты с пациентами напрямую.

Медицинские учреждения иногда повышают цены несколько раз в год, из-за чего страховые компании вынуждены брать на себя дополнительные расходы,

Проблемы ДМС



Необходимость совершенствовать законодательство

Низкие доходы значительной части населения, приводящие к дефициту массового спроса на коммерческое медицинское страхование

Российская система добровольного медицинского страхования требует реформирования с учетом современного состояния материально-технической базы медицинских учреждений

Перспективы и приоритеты ДМС



Наиболее эффективный механизм финансирования медицины
Увеличение размера вычета из налогооблагаемой базы при расчете налога на прибыль на сумму страховых взносов, уплаченных по договорам ДМС
Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.
Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

Наиболее эффективный механизм финансирования медицины

Увеличение размера вычета из налогооблагаемой базы при расчете налога на прибыль на сумму страховых взносов, уплаченных по договорам ДМС

Принятие закона о государственных гарантиях оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Развитие солидарных форм оплаты медицинских услуг.

Необходимость принятия нового закона диктуется следующими соображениями:

- государственные гарантии оказания гражданам страны бесплатной медицинской помощи должны быть: а) максимально конкретными, б) ясными для населения, в) финансово сбалансированными. И она должна быть единой для всех;
- среди возможных вариантов реформирования государственных гарантий в настоящее время четко обозначился один главный – конкретизировать гарантии оказания бесплатной медицинской помощи по видам, объемам, порядку и условиям ее оказания.
- люди должны быть уверены в том, что эти гарантии будут реально обеспечены. Нужны новые механизмы их реализации, в которых четко определены роли тех, кто обеспечивает соблюдение гарантий, простые процедуры рассмотрения жалоб, санкции за нарушения и прочее;
- ясность государственных гарантий обеспечивается информированием пациента о том, что ему положено. Пусть даже не каждый гражданин поймет содержание стандарта во всех деталях, но наиболее важные для него наборы услуг должны стать абсолютно прозрачными и доступными для пациента.

Внедрение единых, наиболее эффективных способов оплаты медицинской помощи:

- отказ от методов сметного финансирования сети медицинских организаций;
- переход от метода ретроспективного возмещения расходов на медицинскую помощь (метод «зарабатывания»), не позволяющего достаточно четко контролировать затраты, к методу предварительной оплаты согласованных (планируемых) объемов медицинской помощи, сориентированных на конкретный результат по критериям доступности и качества оказанной МП;
- в первичной медико-санитарной помощи – сочетание подушевого метода финансирования прикрепленного населения с ориентацией на заинтересованность медицинских работников в улучшении показателей здоровья населения, доступности и результативности не только амбулаторно-поликлинической, но и стационарной медицинской помощи.

Государственный надзор за деятельностью субъектов страхового дела осуществляется в целях соблюдения ими страхового законодательства, предупреждения и пресечения нарушений страхового законодательства, обеспечения защиты прав и законных интересов страхователей, иных заинтересованных лиц и государства, эффективного развития страхового дела.

Страховой надзор включает в себя:



1

2

3

Субъекты страхового дела обязаны:

1

2

3

Для получения лицензии на осуществление добровольного медицинского страхования соискатель лицензии представляет в орган страхового надзора:

- заявление о предоставлении лицензии;
- учредительные документы соискателя лицензии;
- документ о государственной регистрации соискателя лицензии в качестве юридического лица;
- документы, подтверждающие оплату уставного капитала в полном размере;
- правила страхования по видам страхования с приложением образцов используемых документов;
- положение о формировании страховых резервов;
- расчеты страховых тарифов с приложением используемой методики актуарных расчетов и указанием источника исходных данных, а также структуры тарифных ставок;
- экономическое обоснование осуществления видов страхования и т.д.