

Содержание

добровольный медицинский страхование

Введение

1. Сущность добровольного медицинского страхования
 - 1.1 Теоретические аспекты добровольного медицинского страхования
 - 1.2 Договор добровольного медицинского страхования
 - 1.3 Тарифная политика добровольного медицинского страхования
2. Анализ добровольного медицинского страхования
 - 2.1 Анализ добровольного медицинского страхования в Российской Федерации
 - 2.2 Характеристика и анализ предприятия ООО «Росгосстрах»
 - 2.3 Программы добровольного медицинского страхования
3. Проблемы и перспективы развития добровольного медицинского страхования
 - 3.1 Проблемы добровольного медицинского страхования
 - 3.2 Перспективы развития добровольного медицинского страхования
 - 3.3 Основные направления развития в ООО «Росгосстрах»

Заключение

Список использованных источников

Введение

Общепризнано, что основой цивилизованного общественного развития и приоритетом национальной политики любого современного государства является человеческий потенциал. Основопологающей составляющей человеческого капитала государства является здоровье его населения, которое напрямую зависит от состояния системы здравоохранения и экономики страны.

Являясь стратегической отраслью народного хозяйства, система здравоохранения обеспечивает воспроизводство населения, социальные гарантии и здоровье граждан. Здравоохранение является современным общественным институтом, для которого с одной стороны, характерно приоритетное выполнение социальных функций, с другой - функционирование в рамках рыночной экономики. Одной из основных форм социально-рыночного функционирования системы здравоохранения в настоящее время является добровольное медицинское страхование. В течение почти десятилетнего периода своего функционирования, добровольное медицинское страхование завоевало одно из лидирующих положений на отечественном страховом рынке, стало полноправным участником системы финансирования здравоохранения и на сегодняшний день является актуальным и перспективным.

Добровольное медицинское страхование является одним из видов самостоятельной отрасли финансов - страхования и преследует социальную цель - предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового финансирования.

Актуальность и востребованность данного вида страхования обусловлены специфичностью предмета страхования и его высокой ценностью - человек и его здоровье.

Добровольное медицинское страхование - это особая форма организации медицинского страхования здоровья человека, которая предоставляет российским гражданам возможность полного или частичного компенсирования расходов на медицинское обслуживание. Как правило, в современном обществе оно применяется в дополнение к системе обязательного медицинского страхования и осуществляется за счет личных средств российских граждан, взносов работодателей и другого бюджета.

Цель дипломной работы заключается в проведении анализа и определение перспективных направлений развития добровольного медицинского страхования как элемента социальной защиты населения.

Для реализации поставленной цели в работе были определены следующие задачи: дать теоретическое обоснование добровольного медицинского страхования, изучить порядок заключения и ведения страхового договора.

проанализировать деятельность ООО «Росгосстрах» в отношении добровольного медицинского страхования;

разработать пути совершенствования добровольного медицинского страхования проводимого ООО «Росгосстрах».

Объектом исследования является добровольное медицинское страхование в России (на примере ООО Росгосстрах).

Предметом исследования является развитие системы добровольного медицинского страхования.

Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения и списка использованных источников.

Во введении определена актуальность выбранной темы исследования, цель, задачи, объект и предмет исследования.

В первой главе раскрыты теоретические аспекты добровольного страхования, правила заключения договора и тарифная политика добровольного медицинского страхования.

Во второй главе представлен анализ развития добровольного медицинского страхования. Дана характеристика предприятия ООО «Росгосстрах».

В третьей главе выявлены проблемы и определены перспективы развития добровольного медицинского страхования.

В заключении сделаны выводы о перспективных направлениях развития ДМС.

Методологической основой написания дипломной работы послужили научные труды, монографии и статьи следующих авторов Козлов А. Худяков А.И., Щербаков В.А., Гришин Г.В., Федорова Т.А., Орланюк-Малицкая Л.А., Яновая С.Ю., Сахирова Н.П. и др.

1. Сущность добровольного медицинского страхования

1.1 Теоретические аспекты добровольного медицинского страхования

Медицинское страхование, или страхование здоровья, включает в себя все виды

страхования для защиты имущественных интересов страхователя и застрахованного, связанных с расстройством здоровья и потерей трудоспособности. Интерес страхователя получать медицинскую помощь и медицинское облуживание вследствие какого-либо случая, за счет средств страховщика.

Медицинское страхование - это страхование событий, которые могут нанести потерю здоровья по какой-либо причине: несчастный случай, болезнь, отравление, умышленное нанесение вреда здоровью третьими лицами и др.

Медицинское страхование подразделяется на добровольное и обязательное.

Добровольное медицинское страхование (далее ДМС) образуется за счет страховых взносов предприятия или организаций, взносов различных групп населения и отдельных граждан.

ДМС - это как индивидуальное страхование, так и коллективное страхование.

При коллективном ДМС, в качестве страхователей выступают предприятия, организаций и учреждения, которые заключают договор со страховой организацией для страхования своих работников и иных физических лиц (членов семей работников и т. д.).

При индивидуальном ДМС, как правило, выступают граждане, которые заключают договор страхования со страховой компанией, для страхования себя или иного лица (родственника и т. д.) за собственные денежные средства.

Программы медицинских услуг и их объем, выбор условий получения медицинской помощи, это все должно быть прописано в договоре (страховом полисе).

Страховая компания должна реализовать программы ДМС на основе договоров с лечебно-профилактическими учреждениями (далее ЛПУ), частно лечащими врачами или врачами групповой практики.

ЛПУ в равноправии должны нести экономическую ответственность за предоставление застрахованным гражданам медицинскую помощь и услуги на должном уровне и качестве, как и при обязательном медицинском страховании. В случае нарушения этих требований страховая компания вправе полностью или частично не оплачивать стоимость медицинских услуг.

Внедрение системы ДМС на регионально уровне (область, край и т. д.) необходимо в соответствующих нормативных документах указать, государственные медицинские учреждения обязаны реализовать добровольные медицинские программы без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Тарифная политика на медицинские и другие услуги по ДМС как страховой компании так и производителя услуг (медицинского учреждения).

Размеры страховых взносов по ДМС соответственно могут быть установлены только по договорной основе. При этом учитывается оценка вероятности заболевания и еще нескольких факторов, таких как пол, возраст, профессия, и состояние здоровья на момент заключения договора ДМС.

Основной документ, которые регламентирует систему страхования, это Гражданский Кодекс Российской Федерации.

Федеральный закон «Об организации страхового дела в Российской Федерации» регулирует отношения в области страхования между собой, а также устанавливает

основные принципы государственного регулирования страховой деятельности. Данный закон создает базу страховой деятельности. Более конкретен по отношению к медицинскому страхованию Федеральный Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

О понятии медицинского страхования ст. 1 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» дает весьма мало сведений, ограничиваясь лишь тем, что оно является формой социальной защиты, интересов населения в охране здоровья.

По мысли законодателя, этот закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности государства и граждан, учреждений, предприятий в охране здоровья в новых экономических условиях и обеспечивает конституционное право граждан России на медицинскую помощь.

Его целью является гарантирование гражданам при наступлении страхового случая, получить медицинскую помощь за счет накопительных средств (в том числе государственной и муниципальной системах здравоохранения) и финансировать дальнейшие профилактические мероприятия (вакцинацию, диспансеризацию и т. д.). ДМС это такой вид страхования, который позволяет и осуществляет на основе программ страхования, обеспечение граждан, получением дополнительных медицинских услуг сверх установленных программ по обязательному медицинскому страхованию.

Регулирование ответственности сторон в системе медицинского страхования значительное внимание уделяет статья 27 Закона « О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Закон «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации».

В данной статье медицинские учреждения несут ответственность за объем и качество предоставляемых услуг и за отказ в их предоставлении застрахованной стороне; страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора.

Оплата услуг медицинского учреждения, страховой организаций, производится в порядке и по сроку, предусмотренном договором между сторонами, и не позднее месяца с момента предоставления документа об уплате.

Ответственность за невыполнение этих обязательств тоже определено условиями договора медицинского страхования.

Статья 9 Закона «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» определяет обязанности страхователя. Страхователь имеет право на:

участие во всех видах медицинского страхования;

свободный выбор страховой компаний;

осуществление контроля над выполнением условий договора медицинского страхования;

возвратность части страховых взносов, от страховой медицинской организаций при ДМС в соответствии с условиями договора.

Предприятие (страхователь) кроме прав, перечисленных в части первой настоящей статьи, имеет право на: привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на ДМС своих работников.

Страхователь обязан:

заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;

вносить страховые взносы в порядке, установленном настоящим Законом и договором;

в пределах своей компетенций принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

предоставлять страховой медицинской организаций информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, являющиеся самостоятельными хозяйствующими субъектами, с любыми формами собственности, предусмотренными законодательством РФ, обладающие необходимыми для осуществления медицинского страхования уставным фондом и организующие свою деятельность в соответствии с законодательством, действующим на территории РФ. Страховые медицинские организации не входят в систему здравоохранения.

Страховая медицинская организация имеет право:

свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

устанавливать размер страховых взносов по ДМС;

принимать участие при определении тарифов на медицинские услуги;

предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального вреда, ущерба, причиненного застрахованному лицу каким либо способом по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;

заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;

заключать договора на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по ДМС с любыми медицинскими и иными учреждениями;

с момента заключения договора медицинского страхования выдавать страхователю или застрахованному лицу страховые медицинские полисы;

осуществлять возвратность части страховых взносов страхователю или застрахованному лицу, если это предусмотрено договором страхования.

1.2 Договор добровольного медицинского страхования

Порядок заключения и ведения страхового договора ДМС имеет общие, особенные черты заключения по сравнению с другими договорами.

Как и любой договор страхования, его начинают заключать с предоставления страхователю заявления на страхование.

Заявление должно быть составлено как на самого страхователя, так и на членов его семьи.

При коллективном страховании - на наемных работников.

Страхователь в заявлении, должен предоставить следующую информацию:

возраст;

пол;

семейное положение;

профессия;

место жительства;

состояние здоровья на момент заполнения заявления;

наличие хронических заболеваний;

получение каких-либо травм;

физические показатели;

перечень перенесенных заболеваний.

Если договор заключается с высокими гарантиями, то в заявлении указывается:

наличие наследственных болезней;

продолжительность жизни родителей;

данные основных лабораторных анализов;

предрасположенность к определенным заболеваниям.

По требованию страховщика пройти дополнительное медицинское обследование или предоставить выписки из историй болезни.

При заключении коллективных договоров страхования данные о состоянии здоровья, застрахованных, не требуются.

В заявлении оговаривается срок действия страхового договора.

Сроки заключения договора ДМС:

неопределенный срок - пока страхователь заинтересован в продолжении договора и регулярно по условиям производит оплату страховой премий

определенный срок - от года до 10 лет

конкретный кратковременный период, например на время зарубежной поездки

Договор ДМС имеет три ступени для того, что бы вступить в силу:

Первая ступень - формальное начало договора, оно определяется датой подписания договора страхователем и страховщиком.

Этот этап подтверждает факт договоренности об объеме, условиях и сроках предоставления страховой защиты.

Вторая ступень - материальное начало страховой защиты, это факт уплаты страховой премий и выдача страхового полиса страхователю.

Третья ступень - техническое начало страховой защиты, оно выражается в том, что начиная с момента, указанного в договор, страховщик несет полную ответственность по принятым на себя обязательствам.

Договор страхования заключается в письменной форме, несоблюдение этого правила влечет недействительность договора.

При заключении договора страхования между страхователем и страховщиком, должен состояться факт соглашения по следующим существенным условиям:

о застрахованном лице;

о характере событий, на случай наступления которого осуществляется страхование;
о сроке действия договора и размера страховой суммы.

Так же, при заключении договора, страховщик при необходимости, вправе провести медицинское анкетирование и (или) назначить страхователю дополнительный медицинский осмотр страхуемого лица для оценки фактического его состояния здоровья, при этом предварительный медицинский осмотр производится за счет денежных средств страхователя.

В зависимости от результатов анкетирования или осмотра, исходя из данных результатов, страховщик вправе присвоить застрахованному соответствующую группу риска и воспользоваться при расчете страхового взноса повышающими или понижающими коэффициентами.

Заключение договора страхования с юридическими лицами, является заявлением в письменной или устной форме, в заявлении указываются:

желаемые условия страхования (программы);

срок страхования;

другие данные, имеющие значение для установления страховой суммы и страхового тарифа.

Страховщик в течение пяти рабочих дней, принимает решение о возможности заключения договора страхования и делает отметки на заявлении страхователя.

Страховой полис выдается так же в течение 5 рабочих дней после вступления договора страхования в силу.

Заключение договора страхования с физическими лицами в их пользу или пользу третьих, является заявлением в письменной или устной форме, в заявлении указываются:

фамилия, имя, отчество лица;

домашний адрес;

телефон;

паспортные данные;

условия страхования (выбранная программа страхования);

срок действия договора страхования;

другие условия заключения договора, если таковые имеются.

Все договора вступают в законную силу с указанного срока.

Договор страхования прекращается в случаях:

истечения срока его действия;

исполнение страховщиком обязательств перед страхователем по договору в полном объеме;

ликвидация страхователя, который является юридическим лицом, или смерть страхователя, который является физическим лицом;

в случае смерти застрахованного лица;

другие случаи, которые предусмотрены законодательными актами и договором страхования.

Страховой договор может быть прекращен досрочно по требованию страхователя

или страховщиком. Письменное уведомление другой стороны не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения страхового договора, если не предусмотрено иное.

Страховой договор может быть прекращен до наступления срока, на который он был заключен, если после его вступления в законную силу вероятность наступления страхового случая отпала, и вероятность страхового риска прекратилась по иным обстоятельствам.

Досрочное прекращение страхового договора предполагает возврат части страховой премии, в соответствии с условиями страхового договора.

Во всех случаях прекращения договора страхования, страховые полисы должны быть переданы страховщику страхователем, и действия этих договоров прекращаются.

Расторжение договора по инициативе страховщика или страхователя:

страхователь расторгает договор в случае нарушения страховщиком принятых на себя обязательств по отношению к страхованию и в случае повышения страховой премии;

страховщик расторгает договор в случае неуплаты страхователем страховых взносов в конкретные и установленные сроки;

страховщик расторгает договор в случае нарушений страхователем обязанности предоставления в заявлении полной и добросовестной информации о застрахованных лицах;

ложные данные по медицинским показателям;

использование медицинским полисом другими лицами;

смерть застрахованного (по решению суда);

ликвидация страховщика.

Если договор досрочно прекращен, часть страховых взносов возвращается страхователю, возвращается пропорционально истекшему сроку действия договора, за вычетом произведенных страховщиком расходов.

1.3 Тарифная политика добровольного медицинского страхования

При добровольном медицинском страховании тариф по договору страхования определяется на основе статистики Страховщика ОАО "МСЦ" по медицинскому страхованию с учетом индивидуальной оценки риска, а также результатов анкетирования и предварительного обследования застрахованных, включая предшествующий опыт страхования и конкретный перечень медицинских услуг, предусмотренных программой страхования и других условий договора страхования. Значение поправочного коэффициента к базовым тарифам может меняться от 0,2 до 12. При страховании по индивидуальным программам добровольного медицинского страхования тарифы по амбулаторно-поликлинической помощи, стационарной помощи и скорой медицинской помощи для конкретных заболеваний определяются андеррайтерами на основе индивидуальной оценки риска с учетом предшествующего опыта страхования, конкретного перечня медицинских услуг, предусмотренных программой страхования и других условий Договора страхования. Страховщики поднимают многие тарифы, несмотря на кризис. Быстрее всего дорожает медицинская страховка - на растущие издержки клиник накладывается

забота граждан о здоровье, подстегиваемая кризисным стрессом и опасениями потерять корпоративный пакет.

В 2012-2013 г. тарифы на корпоративные программы добровольного медицинского страхования (ДМС) повысили почти все лидеры рынка. МАКС - в среднем на 10-12%, «АльфаСтрахование» - тоже в среднем на 10%, РОСНО - до 10%. В Росгосстрахе цена полисов ДМС выросла от 5-10% до 30-50%, в «РЕСО-Гарантии» - от 15% до 40% в зависимости от клиник и набора услуг, а в «Ингосстрахе» - в среднем в 1,5-1,7 раза, рассказали «Ведомостям» представители страховщиков. Тарифы для новых корпоративных клиентов в «Ренессанс Страховании» по сравнению с прошлым годом выше в среднем на 10-15%, говорит исполнительный вице-президент «Ренессанса» Сирма Готовац, а для действующих клиентов компания может «подкручивать» программу под выделенный бюджет: предлагает замену услуг, выбор клиник и др. В среднем по рынку полисы ДМС подорожали примерно на 15%.

Главный повод для повышения тарифов - рост цен на услуги клиник, говорят страховщики в один голос. Если раньше цены ведущих клиник росли в среднем на 15-20% в год, то в кризис некоторые повысили стоимость услуг на 50-100%.

Есть еще несколько предпосылок для роста цен на ДМС. Например, увеличение числа обращений в клиники клиентов страховщиков. В кризис из-за стресса и неуверенности в завтрашнем дне люди стали больше внимания уделять здоровью - в результате выросло число обращений застрахованных по ДМС и средняя стоимость обращения.

Особенность определения тарифных ставок в добровольном медицинском страховании (ДМС) состоит в том, что этот вид страхования, с одной стороны, относится к видам страхования жизни, что предполагает выплату страховой суммы, с другой - для ДМС характерен рискованный характер выплат, что предполагает выплаты на принципе возмещения ущерба. В связи с этим актуарные расчеты в ДМС базируются на основных принципах расчета тарифных ставок по иным видам страхования, чем страхование жизни с учетом особенностей страхования жизни.

Во-первых, расчет тарифных ставок производится относительно основных видов медицинской помощи: амбулаторно-поликлинической, стационарной и комплексной (включающей амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь вместе).

Дополнительно могут быть выделены другие виды медицинской помощи: скорая медицинская помощь, дневные стационары, диагностические исследования, стоматологическая помощь, лекарственное обеспечение и т.д. в зависимости от направлений ДМС в страховой компании.

Во-вторых, в рамках лицензированных направлений ДМС страховая компания разрабатывает отдельные Программы ДМС, например, такие: родовспоможения, стоматологической помощи, диагностических исследований и другие, для которых расчет тарифных ставок производится отдельно.

В-третьих, при расчете тарифных ставок и разработке Программ ДМС должны быть исключены те виды медицинской помощи (по объемам, стоимости), которые заложены в Территориальной программе государственных гарантий обеспечения населения края (области) бесплатной медицинской помощью.

В-четвертых, для расчета тарифных ставок по ДМС используются данные отдельной отрасли статистики - медицинской статистики (статистики здравоохранения), в которых учитываются как основные демографические показатели (продолжительность жизни, смертность), так и показатели заболеваемости, госпитализации.

В-пятых, расчет тарифных ставок ДМС может производиться на случай выплаты страховой суммы или суточных выплат (расчет по стационарной медицинской помощи) при наступлении заболевания. (3)

Принципиальный расчет тарифных ставок в ДМС проводится в следующем порядке.

Расчет тарифных ставок по ДМС производится по дифференцированным видам медицинской помощи, которые, как правило, делятся на:

амбулаторно-поликлиническую;

стационарную;

комплексную (включающую амбулаторно-поликлиническую и стационарную).

Размер совокупной брутто-ставки рассчитывается по формуле (1):

(1)

где Бст - брутто-ставка, ед.;

Нст - нетто-ставка, ед.;

n - нагрузка, %.

Нетто-ставка рассчитывается по следующей формуле (2):

$$\text{Нст} = \text{Но} + \text{Нр}, \quad (2)$$

где Но - основная часть нетто-ставки.

Нетто-ставка определяется по формуле (3):

$$\text{Но} = 100 \cdot \text{В} / \text{С} \cdot \text{р}, \quad (3)$$

где В - среднее возмещение, ед.;

С - средняя страховая сумма, ед.;

р - вероятность наступления страхового случая.

Вероятность наступления страхового случая рассчитывается по формуле (4):

$$\text{р} = [1 - (1 - \text{р}_1) \cdot (1 - \text{р}_2) \cdot \dots \cdot (1 - \text{р}_k)], \quad (4)$$

где $\text{р}_1, \text{р}_2, \dots, \text{р}_k$ - вероятности обращения за медицинской помощью для каждого класса болезней (профиля отделения), предусмотренных условиями страхования;

Нр - рисковая надбавка.

Рисковая надбавка может быть рассчитана: при наличии данных по числу заключенных договоров страхования по формуле (5):

(5)

где б(г) - гарантия безопасности,;

у² - среднееквадратическое отклонение среднего возмещения;

n - число договоров страхования.

при отсутствии данных по числу заключенных договоров страхования по формуле

(6):

(6)

где n - число лет наблюдения.

при разработке новой Программы ДМС по формуле (7):

(7)

где n - прогнозируемое число договоров ДМС.

С учетом того, что ДМС подлежат лица с существенно отличающимися индивидуальными особенностями от средних характеристик (возраст, состояние здоровья, условия труда, образ жизни и т.д.), вероятность наступления случая заболевания у этих лиц различна.

В связи с этим вырабатываются общие принципы дифференциации тарифных ставок по данным признакам.

Базовая тарифная ставка (нетто-ставка) корректируется по следующим группам здоровья в зависимости от результатов предварительного медицинского освидетельствования:

группа здоровья 1 - практически здоровые лица без отягощенной наследственности, имеющие в анамнезе детские болезни, простудные заболевания, аппендицит, грыжу; без вредных привычек или при их умеренной выраженности, не работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 2 - практически здоровые лица с повышенным риском заболевания, отягощенной наследственностью по диабету сердечнососудистыми, почечно- и желчнокаменной болезнями, психическими заболеваниями. В анамнезе - черепно-мозговые травмы, осложненные детские болезни, злоупотребление алкоголем, курение, работавшие или работающие на производстве с особо вредными условиями труда;

группа здоровья 3 - лица трудоспособного возраста, имеющие хронические заболевания с тенденцией к обострению чаще двух раз в году, злоупотребляющие алкоголем, систематически употребляющие транквилизаторы, снотворные, страдающие выраженными невротами, психопатиями, гипертонической болезнью I и II степени, ИБС без выраженной стенокардии, перенесшие полостные операции.

Тарифные ставки также дифференцируются по возрасту, полу, городскому и сельскому населению, при индивидуальном или коллективном страховании.

2. Анализ добровольного медицинского страхования

2.1 Анализ добровольного медицинского страхования в Российской Федерации

По итогам 2012-2013 года, на рынке добровольного медицинского страхования образовалось несколько лидирующих страховых компаний с высоким рейтингом надежности А++.

Согласно статистике, на 2011-2013 гг. прослеживается положительная динамика развития добровольного медицинского страхования.

Таблица 1. Анализ добровольного медицинского страхования в РФ. Эксперт РА.

Место

Страховая компания/ группа

Взносы тыс. руб.

Выплаты тыс. руб.

Взносы 2012г. тыс. руб.

Уровень выплат %

Темпы прироста взносов %

Рейтинги надежности на 2014г.

1

2

3

4

5

6

7

8

1

СК «СОГАЗ»

19910035

9628599

18141362

48.4

9.7

A++

2

ОСАО «РЕСО-ГАРАНТИЯ»

5377620

2880558

4315

53.6

24.6

A++

3

СГ «Альянс»

4919336

2704080

4386944

55.0

12.1

A++

4

СГ «Ингосстрах»

4743328

3143621

4697160

66.3

1.0

A++

5

СК «РОСГОССТРАХ»

4656519

4534355

4495151

43543

3.6

A++

6

СГ «АльфаСтрахование»

4135359

2351752

3401526

56.9

21.6

A++

7

СК «Согласие»

2953109

1783532

2771650

60.4

6.5

A++

8

СГ «ТРАНСНЕФТЬ»

2256663

852027

1990920

37.8

13.3

A++

9

СГ «Ренесанс»

1836157

893321

1739309

48.7

5.6

A++

10

ООО «Сургутнефтегаз»

1724779

544215

1466268

31.6

17.6

A+

11

СГ «МАКС»

1431901

772399

1286431

53.9

11.3

A++

12

СГ «УралСиб»

1051951

583117

1159987

55.4

-9.3

A++

13

СОАО «ВСК»

1005737

507225

1320968

50.4

-23.9

A++

14

СК «ЭНЕРГОГАРАНТ»

818027

460149

506980

56,3

61,4

A++

15

СГ «Чулпан»

685061

311745

592101

45,5

15,7

A+

16

СК «ВТБ Страхование»

655146

539260

501497

82,3

30,6

A++

17

ЗАО «АЛИКО»

571171

230877

352300

40,4

62,1

A++

18

СГ «СГ МСК»

539396

351659

659815

65,2

-22,5

A+

19

СЗАО «Медэкспресс»

495629

259055

426269

52,3

16,3

A+

20

ЗАО «ГУТА-Страхование»

463112

260393

288729

56,2

60,4

A+

Продвижение программ ДМС, включающих критические заболевания, станет драйвером рынка медицинского страхования в условиях сокращения предприятиями программ ДМС. Осложнение экономической ситуации вынудило корпоративных клиентов оптимизировать свои страховые бюджеты, что привело к сокращению темпов прироста взносов по ДМС (на 3,9 п. п. за год, до 5,8% за 9 месяцев 2013 года по сравнению со значением за аналогичный период 2012 года). При этом, по прогнозу «Эксперта РА», в случае активного продвижения продуктов, включающих критические заболевания, доля розничного страхования в совокупных взносах по ДМС уже к 2020 году может достичь 10-15%, доля страхования от критических заболеваний - 12-18%.

По мере усиления кризисных явлений в экономике корпоративные клиенты

начинают отказываться от ДМС либо сокращать страховые программы. Осложнение экономической ситуации (темпы прироста ВВП замедлились и составили 1,2% за 9 месяцев 2013 года против 3,0% за 9 месяцев 2012 года) вынудило предприятия оптимизировать свои страховые бюджеты, что привело к сокращению темпов прироста взносов по ДМС (на 3,9 п. п. за год, до 5,8% за 9 месяцев 2013 года по сравнению со значением за аналогичный период 2012 года). При этом ДМС по-прежнему остается корпоративным сегментом страхования. Розничный сегмент ДМС, хотя и развивается, остается крайне незначительным (6,0% совокупных взносов по ДМС в 2012 году, 5,3% в 2011 году). Объем платежей по ОМС вырос на 60,8% за 9 месяцев 2013 года по сравнению со значением за 9 месяцев 2012 года и составил 843,4 млрд. рублей.

В 2013 году рынок ДМС рос за счет инфляции, по оценкам «Эксперта РА», объем взносов по ДМС составил 115-117 млрд. рублей (+ 6-7% к значению 2012 года). Среднесрочный прогноз зависит от того, насколько быстро пройдет внедрение программ ДМС, включающих критические заболевания, на рынок. Если спрос на такие продукты на ранних этапах внедрения будет незначительным (негативный сценарий), в 2014 году темпы прироста взносов сократятся и составят 4-6%, в 2015 - 6-10%. В случае удачного выхода таких продуктов на рынок (позитивный сценарий), несмотря на развитие кризиса, темпы прироста взносов по ДМС в 2014 году составят 7-9%, в 2015 году - 10-15%.

В отсутствие законодательных инициатив по синергии рынков ОМС и ДМС драйверами роста рынка медицинского страхования станут программы, включающие критические заболевания. Массовый старт продаж таких продуктов ожидается в 2014 году. В условиях высокой стоимости лечения критических заболеваний потенциальный спрос на такие программы ДМС очень высок. В случае реализации позитивного сценария доля розничного страхования в совокупных взносах по ДМС уже к 2020 году может достичь 10-15% (продукт будет интересен и частным лицам: его стоимость будет сопоставима для корпоративных клиентов и клиентов - физических лиц), доля страхования от критических заболеваний - 12-18%. В случае если продукт не будет пользоваться большим спросом, доля розничного страхования в совокупных взносах по ДМС практически не вырастет (составит 6-7%), доля страхования от критических заболеваний будет находиться на уровне 4-6%. По мере усиления кризисных явлений в экономике корпоративные клиенты начинают отказываться от ДМС либо сокращать страховые программы. Осложнение экономической ситуации вынудило предприятия оптимизировать свои страховые бюджеты, что привело к сокращению темпов прироста взносов по ДМС (рис.1) (на 10,7 п. п. за год, до 5,8% за 2013 год по сравнению со значением за 2012 год). Объем платежей по ОМС вырос на 18,8% за 2013 год по сравнению со значением за 2012 год и составил 1059,3 млрд рублей. Драйверами роста рынка медицинского страхования станут программы, включающие критические заболевания. Массовый старт продаж таких продуктов ожидается в 2014 году. Среднесрочный прогноз зависит от того, насколько быстро пройдет внедрение программ ДМС, включающих критические заболевания, на рынок. Если спрос на такие продукты на ранних этапах внедрения

будет незначительным (негативный сценарий), в 2014 году темпы прироста взносов сократятся и составят 4-6%, в 2015 - 6-10%. В случае удачного выхода таких продуктов на рынок (позитивный сценарий), несмотря на развитие кризиса, темпы прироста взносов по ДМС в 2014 году составят 7-9%, в 2015 году - 10-15%.

Рисунок 1. Прогноз динамики взносов по ДМС Эксперт РА.

Осложнение экономической ситуации привело к сокращению темпов прироста взносов по ДМС. При отсутствии законодательных инициатив по синергии ДМС и ОМС, которые могли бы стать мощным драйвером развития сегмента, источником роста будут программы, включающие критические заболевания.

В условиях осложнения экономической ситуации многие предприятия сократили свои страховые бюджеты, в первую очередь за счет расходов на добровольное медицинское страхование. Компании отказались от программ добровольного медицинского страхования или сократили объем получаемых услуг. В результате за год темпы прироста взносов по добровольному медицинскому страхованию сократились более чем на 10% и составили 5,8% за 2013 год по отношению к 2012 году.

В условиях сокращения темпов прироста взносов по корпоративному добровольному медицинскому страхованию доля розничного добровольного медицинского страхования остается невысокой.

Объем платежей по ОМС растет. За 2013 год он составил 1 трлн 162,5 млрд рублей.

Доля добровольного медицинского страхования в структуре медицинского страхования сокращается: за 2012 год она составила 9%, что на 1,9% ниже, чем в 2012 году.

Лидеры рынка добровольного медицинского страхования увеличили свою рыночную долю. Доли «СОГАЗа» и «РЕСО-гарантии» увеличились на 0,6% за год, за 2013 год составив 21,6 и 7,7% соответственно.

Поменялись лидеры ОМС. «МАКС-М» переместился со второго на первое место, «РОСНО-МС» заняла третье место.

Концентрация на рынке медицинского страхования продолжает расти. Она составила 68,1% за 2013 год, это значительно ниже, чем за 2012 год. Доля топ-20 по добровольному медицинскому страхованию составила 82,4% за 2013 год. Мы прогнозируем, что в 2014 году эта доля может превысить 85%.

Увеличилась доля Москвы и Санкт-Петербурга в совокупных взносах по добровольному медицинскому страхованию. Это связано с тем, что крупные корпорации заключают договоры страхования в Москве и Санкт-Петербурге, а также с тем, что поликлиник в регионах не хватает. Многие региональные предприятия предпочитают программы прикрепления, а не программы добровольного медицинского страхования.

Отсутствуют законодательные инициативы по синергии ОМС и добровольного медицинского страхования. По нашим оценкам, если бы место добровольного медицинского страхования было определено в системе здравоохранения, то уже в 2017 году объем рынка ДМС мог вырасти в 4-5 раз. Но сегодня программы ОМС и добровольного медицинского страхования дублируются.

В существующих условиях драйвером роста рынка добровольного медицинского страхования станут программы, включающие критические заболевания. Такие программы включают в основном риски онкологических заболеваний. Их цена варьируется от 200 до 700 долларов США. Предоставляется лечение в российских и зарубежных клиниках. Активный старт продаж подобных программ страховщики планируют в 2014 году. В основном продажи на первом этапе будут проводиться через корпоративных клиентов, на последующих этапах присоединятся и розничные клиенты. Ключевым преимуществом страховщиков в этом сегменте будет качественная составляющая сервиса и сопровождения клиентов по таким договорам. Мы даем два прогноза развития рынка - негативный и позитивный сценарий, которые зависят от того, насколько активно страховщики будут продвигать такие программы на рынок. В случае невысокого спроса на такие программы темпы прироста взносов по добровольному медицинскому страхованию в 2014 году сократятся и не превысят 6%, а в 2015 году составят 6,1%. В случае успешного продвижения программ добровольного медицинского страхования, включающих критические заболевания, на рынке добровольного медицинского страхования темпы прироста несколько составят 7-9% в 2014 году и 10-15% в 2015 году. Долгосрочный прогноз зависит от активности страховщиков по продвижению программ от критических заболеваний и спроса клиентов на них. В 2020 году, в случае реализации негативного сценария, доля сегмента добровольного медицинского страхования от критических заболеваний в совокупных взносах по добровольному медицинскому страхованию не превысит 6%, в случае позитивного сценария может достигнуть 18%. При этом развитие подобных программ дает шанс для развития розничного добровольного медицинского страхования, так как в них присутствует грейс-период и нет ухудшающего отбора. Стоимость таких программ и для корпоративных, и для розничных клиентов примерно одинакова, поэтому желание у частных лиц купить программы будет велико. Что касается прогноза платежей по ОМС, то, по данным ФФОМС, рынок будет расти на 15-20% ближайшие два года.

2.2 Характеристика и анализ предприятия ООО «Росгосстрах»

Росгосстрах -- крупнейшая по количеству офисов продаж и территориальному охвату страховая компания в России, предоставляющая широкий спектр страховых услуг частным лицам и компаниям для защиты от самых разнообразных рисков. Сеть представительств компании Росгосстрах сопоставима с инфраструктурой Сбербанка России и «Почтой России».

История компании насчитывает более 90 лет. Образованная в феврале 1992 года, компания стала правопреемником Госстраха РСФСР, который был создан в 1921 году. Развитие российского рынка страховых услуг в значительной степени определялось деятельностью Госстраха, а затем «Росгосстраха».

Страховая компания предлагает широкую линейку страховых продуктов, программ и услуг -- от популярных программ страхования имущества и автомобилей любого класса до страхования космической отрасли.

Росгосстрах - лидер отечественного рынка страхования по сборам и выплатам. Среди

его клиентов - миллионы россиян, десятки тысяч корпоративных клиентов, как в столице, так и в регионах.

Сейчас компания оказывает существенное влияние на формирование страхового рынка России. Уставный капитал Общества составляет 8113433947 рублей и составляется из номинальной стоимости долей Участников.

В группу компаний «Росгосстрах» входит порядка 3000 агентств и страховых отделов, а также 400 центров урегулирования убытков, общая численность работников системы достигает 64000 человек, в том числе более 46000 агентов. Общество имеет круглую печать, содержащую, в том числе, его полное фирменное наименование на русском языке, основной государственный регистрационный номер (ОГРН) и указание на место нахождения Общества. ООО вправе иметь штампы и бланки со своим наименованием, собственную эмблему, а также регистрируемый в установленном порядке товарный знак (знак обслуживания) и другие средства визуальной идентификации. Также общество может вступать в национальные, иностранные и международные союзы, ассоциации и объединения.

Общество может создавать филиалы и открывать представительства на территории Российской Федерации и других государств, действующие на основании утверждаемых Обществом положений. Руководители филиалов Общества и представительств Общества действуют на основании доверенности, выдаваемой Обществом. Перечень созданных филиалов Общества и открытых представительств Общества указывается в Приложении к Уставу.

Общество может иметь дочерние и зависимые общества с правами юридического лица, созданные на территории Российской Федерации в соответствии с законодательством РФ, а за пределами территории Российской Федерации - в соответствии с законодательством иностранного государства по месту нахождения дочернего или зависимого общества, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации.

Росгосстрах включает в себя такие виды деятельности, как:

- 1) Страхование;
- 2) Перестрахование.

Компания осуществляет добровольное и обязательное страхование в соответствии с законодательством Российской Федерации и получаемыми в установленном порядке лицензиями на право проведения страховой деятельности.

Финансовая устойчивость и стабильность подтверждена рейтингом «Эксперт РА» А++ (исключительно высокий уровень надежности).

Миссия компании звучит так: защита благосостояния людей путем предоставления им доступных и отвечающих их потребностям страховых услуг.

Филиал ООО «РГС - Медицина», «Росгосстрах - Пермь - Медицина» работает на территории Пермского края с 2005 года и в настоящее время обеспечивает страховую защиту более 383 тысяч застрахованных граждан края. В филиале застрахованы по обязательному медицинскому страхованию работники таких крупных предприятий, организаций, учреждений области как ОАО «Инкар», ОАО «Протон», ЗАО «УралАлмаз», ОАО «Сильвинит», ОАО «Соликамскбумпром», ОАО «АК

Лысьвинский металлургический завод», Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера, крупнейшие муниципальные и коммерческие медицинские учреждения Пермского края.

ООО «РГС - Медицина» в связи с проведенной в 2011 году реорганизацией стало законным правопреемником крупнейшей пермской компании ООО «МСК «Медпрана - Люкс». В настоящее время деятельность филиала ООО «РГС-Медицина» - «Росгосстрах-Пермь-Медицина» организована с учетом региональной сети присоединенной компании.

На территории Пермского края работает центральный офис филиала в г. Перми и 28 представительств в районах.

В филиале и его представительствах созданы все условия для быстрого и качественного обслуживания клиентов. Получить или обменять полис ОМС можно в одном из офисов на территории Пермского края.

Для лиц с ограниченными возможностями (инвалидов), маломобильных групп населения предусмотрена возможность в режиме «Пункты выдачи полисов» оставить заявку на оформление полиса ОМС на дому.

Для обеспечения защиты прав и законных интересов застрахованных лиц в филиале ООО «РГС - Медицина» - «Росгосстрах - Пермь - Медицина» функционирует отдел защиты прав застрахованных и экспертизы качества медицинской помощи, в котором можно получить исчерпывающую информацию и квалифицированную помощь по всем вопросам ОМС, в том числе взимания денежных средств за медицинские услуги, включенные в территориальную программу ОМС, ограничения доступности медицинской помощи или некачественного ее оказания и многим другим.

Для обеспечения предоставления застрахованным в компании гражданам медицинской помощи в соответствии с Территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи, филиалом заключены договоры со всеми медицинскими организациями, включенными в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС региона.

Адрес центрального офиса филиала компании: 614990, Пермский край, г. Пермь, ул. Героев Хасана, д. 9.

Стратегическая цель компании -- сделать из Росгосстраха в течение 10-15 ближайших лет компанию, которая из года в год будет:

- эталоном надежности и качества обслуживания для клиентов в финансовой отрасли;

- эталоном качества работы сотрудников и качества управления людьми и процессами;

- эталоном работодателя для сотрудников в финансовой отрасли.

Анализ финансовых показателей страховой компаний ООО «Росгосстрах» за 2013 г. показывает, что компания более чем успешна и это показано на следующей таблице.

Таблица 2. Показатели финансового состояния ООО «Росгосстрах». www.rgs.ru.

Показатель

Оптимальное значение

Фактическое значение

Показатели общей платежеспособности

2011 год

2012год

2013 год

1

2

3

4

5

6

1

Доля собственного капитала

20%-40%

53,56

54,6

58,34

2

Уровень покрытия страховых резервов-нетто собственным капиталом

Не менее 50%

497

581,68

453,31

3

Текущая платежеспособность

Более 100%

90,44

100,73

116,19

Показатели достаточности страховых резервов

4

Доля страховых резервов по рисковым видам страхования в страховых премиях

не более 100%

29,78

38,64

26,84

5

Уровень покрытия резерва незаработанной премии дебиторской задолженностью

менее 100%

64,8

33,14

14,37

Показатели убыточности страховых операций

6

Уровень выплат

5%-60%

74,54

80,85

78,38

7

Уровень убыточности-нетто

5%-60%

83,24

82,26

81,81

8

Уровень расходов

5%-30%

40,24

18,74

8,02

9

Комбинированный показатель убыточности

10%-90%

123,47

101

89,83

Показатели деловой активности

10

Изменение активов за отчетный период

5%-30%

19,04

20,14

-13,57

11

Изменение объема сбора страховой премии (кроме жизни)

5%-50%

5,02

-19,33

70,6

Показатели ликвидности

13

Доля наиболее ликвидных активов в общем объеме активов

20%-100%

35,72

41,26

36,72

14

Общая ликвидность баланса

100%-130%

306,48

268,14

102,52

15

Ликвидность денежных средств

100%

250,61

228,17

74,34

16

Текущая ликвидность

600%-900%

1278,92

1066,44

214,11

17

Доля кредиторской задолженности в активах

не более 40%

3,4

3,15

3,5

Показатели инвестиционной деятельности

18

Рентабельность инвестиционной деятельности

Не менее 1/3 ст. реф.

0,27

11,1

5,24

19

Доля дохода по инвестициям в капитале и резервах

Не менее 1/3 ст. реф.

0,2

5,55

2,11

Показатели рентабельности

20

Рентабельность страховой и финансово-хозяйственной деятельности

1%-15%

9,76

26,13

2,75

21

Рентабельность собственного капитала

Не менее 5%

10,42

26,44

2,72

Анализ был проведен на основе данных отчетности компании за 2011-2013 гг. Наибольшее внимание уделялось финансовой устойчивости организации путем расчета показателей общей платежеспособности, деловой активности, ликвидности активов, различных показателей эффективности деятельности. Один из базовых показателей финансовой устойчивости является доля собственного капитала в пассивах. С каждым годом данный показатель растет в сторону 60%, что свидетельствует о повышении устойчивости компаний. Уровень покрытия страховых резервов-нетто собственным капиталом в десятки раз

превышает установленное минимальное значение.

Объем собственного капитала достаточно для покрытия принятых на себя рисков, выраженных в виде страховых технических резервов-нетто.

Анализ показал, что высокое значение показателей вызвано высокой долей собственного капитала, и небольшим объемом резервов, так как при расчете учитываются резервы только по рисковому виду страхования.

Анализ показал, что текущая платежеспособность ООО «Росгосстрах» не достигает оптимального значения в 2011 году, но в 2012 и 2013 гг. уже можно судить, что средств в виде поступлений страховой премии достаточно для покрытия текущих расходов на страховые выплаты по страховым событиям, текущих расходов на ведение дела, операционных, управленческих расходов.

Платежеспособность более 100% говорит о стабильности в работе компании с постепенным ростом.

При анализе финансового состояния важен уровень достаточности страховых резервов. Их доля в объеме страховой премии в 2013 году резко упала по сравнению с предыдущими, это связано в первую очередь со значительным снижением страховых премий. Темпы роста резервов ниже. Уровень покрытия резерва незаработанной премии дебиторской задолженностью с каждым годом уменьшается примерно в 2 раза, что связано с сокращением дебиторской задолженности.

Анализ показывает, что показатели соответствуют норме, наблюдается положительная динамика размера премий и дебиторской задолженности при стабильном росте резервов.

Расчет показателей убыточности также является необходимым элементом анализа устойчивости страховой компании. Фактический уровень выплат значительно превышает оптимальный и составляет в среднем за 3 года около 80%. Такой высокий уровень выглядит настораживающим и может говорить о некорректности применяемых страховых тарифах.

Слишком высокие значения уровня убыточности-нетто за весь период свидетельствуют о том, что несбалансированность страхового портфеля компании и неоптимальной политики перестрахования (в данном случае ее отсутствие).

Однако по анализу видно, что уровень расходов в 2013 году по сравнению с 2011 годом сократился в пять раз, благодаря росту премий и стабильному уровню расходов. Это значит, что компания провела эффективные мероприятия по урегулированию расходов, что сразу же сказалось на комбинированном показателе убыточности. Только в 2013 году его уровень не превысил нормативного значения в 90%.

Показатели ликвидности позволяют определить на сколько полно и в срок страховая компания способна расплачиваться по своим обязательствам. Доля наиболее ликвидных активов в общем объеме в 2013 году составляет почти 37%, что говорит о высоком запасе прочности по ликвидности.

Общая ликвидность баланса в 2011-2013 гг. была очень высока - более 250%. Это объясняется большими объемами денежных средств, а значит что и потерей в некоторой степени доходности.

В 2013 году в связи с уменьшением их объема, а так же из-за привлечения краткосрочных займов общая ликвидность снизилась до 102%, что входит в нормативный диапазон. Если рассматривать показатель ликвидности денежных средств, то все-таки в 2013 году их объем недостаточен для покрытия краткосрочных обязательств и резервов. Однако в 2011-2012 гг. ликвидность денежных средств, превышает норму более чем в 2 раза, что подтверждает их избыточность и необходимость пересмотра политики размещения средств на тот период времени. Текущая ликвидность подтверждает выше сказанное. Доля кредиторской задолженности находится в пределах 3-3,5% активов, следовательно, опасений по поводу возникновения риска неплатежеспособности нет.

Показатели деловой активности характеризуют развитие страховой компаний в целом. В первые два года наблюдался 20%-й прирост активов, в 2013 году произошло их сокращение, прежде всего, за счет уменьшения объема денежных средств.

Анализ наблюдает высокие темпы прироста объема сбора страховой премии, увеличивается число заключенных договоров страхования, расширение клиентской базы. Страховые резервы соответственно растут, только более низкими темпами.

Показатели рентабельности собственного капитала и финансово-хозяйственной деятельности были особенно высоки в 2012 году, однако в следующем году они упали до 2,72% - 2,75%. Основным фактором этому стало резкое снижение дохода от обязательного медицинского страхования примерно на 40%, на что, в свою очередь, повлияло увеличение расходов на введение дела.

Из анализа можно сделать вывод, что положение страховой компании ООО «Росгосстрах» является относительно устойчивым. Высокий уровень показателей общей платежеспособности, обеспеченный большой долей собственного капитала, достаточность резервов и сокращение расходов, приводящий в итоге конечный показатель убыточности в норму, говорят о высокой финансовой устойчивости. Несмотря на сокращение активов, сбор объема страховой премии растет, что говорит об общем разв...