Акбашева А.Ш.

ассистент,

Уфимская государственная академия экономики и сервиса iraeva1@yandex.ru

недобросовестное медицинское страхование

недобросовестная конкуренция малых страховых компаний – основа нарушения защиты прав потребителя

Аннотация

В статье речь пойдет о развитии конкуренции на рынке страховых услуг и защите прав и интересов потребителя.

елая ориентировочные прогнозы на 2009 г., эксперты сходятся на том, что в целом можно ожидать сокрашения объемов федерального рынка добровольного медицинского страхования (ДМС) примерно на 15%, а в более пессимистическом варианте - до 30%. Аналитики отмечают, что кризис затрагивает различные категории клиентов - как корпоративных, так и индивидуальных. Оценить тенденции изменений можно будет ближе к середине 2009 г. по мере формирования статистических данных. В условиях кризиса размер бюджета на ДМС будет определяться финансовой устойчивостью и возможностями компании-страхователя в целом.

Согласно данным Росстрахнадзора, по итогам 9 месяцев 2008 г. сбор премий по личному страхованию российских компаний составил 85 млрд руб. Вместе с тем эксперты считают, что показатель сбора премий по ДМС составляет примерно 70% от этой суммы. А по итогам 2008 г. эта величина может оказаться примерно на уровне 70–75 млрд руб.

Коррупционные проявления со стороны руководителей лечебных учреждений

Во все инстанции поступают многочисленные жалобы граждан с заявлениями о нарушении их прав при получении медицинской помощи в лечебных учреждениях.

По некоторым обращениям проводились проверки в лечебных учреждениях на предмет соблюдения конкурентного законодательства.

Наиболее полно работа механизма оказания медицинской помощи



с участием страховых компаний характеризует проверка в медицинском учреждении «Городская клиническая больница». Уфимская компания «Страховые инвестиции» имеет своего представителя в приемном отделении больницы.

К договору на предоставление медицинских услуг по ДМС прилагается программа. Она гарантирует предоставление медицинской помощи в условиях терапевтического стационара. Таким образом, страховым случаем является обращение застрахованного в медицинское учреждение.

В соответствии с разделом 4 названой программы стоимость услуг не может превышать лимит страховой ответственности.

Обращение гражданина в лечебное учреждение за медицинской

Ключевые слова:

добровольное медицинское страхование; монополис; обязательное медицинское страхование; коррупция; недобросовестная конкуренция; права потребителя; страховая медицинская организация

Keywords:

voluntary medical insurance; monopolis; compulsory health insurance; corruption; unfair competition; consumer rights; Health Insurance Organization помощью и в связи с этим заключение договора страхования не является страховым случаем, так как не отвечает признакам вероятности и случайности, исходя из определения ч. 1 ст. 9 Закона об организации страхового дела в Российской Федерации.

В ходе анализов выявлено, что страховая компания не имеет договора аренды, и ее представители находятся в лечебном учреждении незаконно. Договор о сотрудничестве между лечебным учреждением и страховой компанией не заключен. Между тем, при обращении граждан в лечебное учреждение им рекомендуется заключить договор ДМС, по которому заявителю может быть оказана медицинская помощь.

Агентами страховых компаний, от имени данного общества заключающих договора ДМС, в день заключаются договора на сумму 30-40 тыс. руб. При приеме денежных средств кассовый чек гражданам не выдается, т.к. кассовый аппарат отсутствует. При этом деньги хранятся в сейфе и по истечении месяца инкассируются работниками ООО «Страховые инвестиции» без оформления документов.

Подобная практика существует в большинстве лечебных учреждений России, что лишает граждан права на бесплатную медицинскую помощь в объеме, определеном программой обязательного медицинского страхования (ОМС). Таким образом создаются условия для коррупционных проявлений со стороны руководителей лечебных учреждений. Также это способствует оттоку денежной наличности

из сферы здравоохранения; перетоку бюджетных средств в коммерческие организации.

«Монополис» под видом добровольного медицинского страхования

Монополис, по сути, является платой за оказываемые услуги. После того как в кассу медучреждения внесены деньги, пациенту вместо квитанции выдается полис страховой компании. Следует иметь в виду, что в данном случае страхуются лишь деньги пациента. Если возникают послеоперационные осложнения по вине врача, свои права пациенту сложно отстоять даже в суде.

Практика применения «монополиса» под видом ДМС, где страховая организация играет роль всего лишь некоего посредника, подразумевает:

- высокую вероятность двойного платежа за один и тот же вид медицинских услуг;
- нарушение принципа добровольности;
- отсутствие факта расчета и явочный характер страхового взноса, величина которого совпадает со стоимостью и со временем оказания медицинской услуги;
- скрытую систему платных услуг, не подпадающую под ограничения соответствующих законодательных актов и налогообложения.

Немаловажно и то, что при этом пациенты не только теряют права на защиту от некачественной медицинской помощи, но и лишаются определенных, законодательно установленных финансовых компенсаций. Уже два года работает

...в 2009 г. можно ожидать сокращения объемов федерального рынка добровольного медицинского страхования на 15–30%

закон о налоговой льготе, позволяющий каждому российскому налогоплательщику иметь социальный налоговый вычет за оплаченную им медицинскую или лекарственную помощь. По «монополису» это не получится – он не является для налоговых служб документом, подтверждающим оплату фактически оказанных медицинских услуг.

Монополис отличается тем, что гражданину предлагают приобрести его не заранее, на случай возможной болезни, а когда больной уже обратился за медицинской помощью. Фактически такой полис не является страховкой, это всего лишь одна из форм взимания с пациента денег за медицинские услуги.

Чаще всего недобросовестные страховые компании включают в договор ДМС медицинские услуги, которые входят в территориальную программу ОМС и должны быть оказаны бесплатно. Выявлены случаи, когда в «добровольную страховку» была включена даже реанимационная помощь после операции, что является грубейшим нарушением закона.

Еще один вариант неправомерного взимания денежных средств с пациента – составление такой программы ДМС, которая не имеет ничего общего с медицинской помощью. В такую программу могут быть включены:

- сервисные услуги в стационаре (к примеру, одноместная палата с удобствами);
- квалификация медицинского персонала (пациенту обещают, что его будет лечить врач высшей категории), но о том, какие именно медицинские услуги будут оказаны больному за его деньги по данному страховому полису, в документе нет ни слова.

Махинации

В случае оказания услуг посредством использования «монополисов» допускаются следующие нарушения:

- событие, в силу наступления которого производится выплата страховщиком лечебному учреждению суммы денег, не является страховым, так как не обладает признаками вероятности и случайности: полис выписывается непо-

монополис отличается тем, что гражданину предлагают приобрести его не заранее, на случай возможной болезни, а когда больной уже обратился за медицинской помощью

средственно при обращении лица в лечебное учреждение;

- сумма взноса, уплачиваемого лицом, обратившимся в лечебное учреждение, совпадает по времени и величине с суммой произведенной выплаты, в связи с чем страховщик не имеет возможности накопить необходимые средства для гарантирования гражданам при возникновении страхового случая получения медицинской помощи;
- выдаваемые гражданам полисы не соответствуют в части оформления требованиям действующего законодательства: не содержат в большинстве случаев сведений о застрахованном лице, о размере страховой суммы; не содержат программу ДМС, перечень лечебных учреждений;
- нарушается порядок оформления квитанции о получении страхового взноса (форма А-7), являющейся бланком строгой отчетности. Отмечены случаи наличия на квитанции штампа лечебного учреждения, используемого для оформления больничного листа;
- отдельные медицинские услуги, оказываемые гражданам под предлогом оформления договора ДМС, предусмотрены программой ОМС, что дает основание предполагать двойную оплату одной и той же услуги.

Таким образом, указанная деятельность не является страховой, а полученные по таким договорам денежные суммы соответственно не являются страховыми взносами и страховыми выплатами.

Недобросовестная конкуренция отдельных страховых компаний,

представляющих «сомнительные» страховые услуги, отсутствие должного контроля за их деятельностью со стороны Федеральной службы по страховому надзору приводят:

- к искажению рынка страховых услуг;
- оттоку финансовых средств из региона;
- нарушению прав граждан на бесплатную медицинскую помощь, прав на защиту от случайных врачебных ошибок;
- недобросовестной конкуренции.

Литература

- 1. Российская Федерация. Законы. О защите конкуренции: федеральный закон: от 26.10.2006 г.
- 2. Российская Федерация. Законы. Об организации страхового дела в Российской Федерации: федеральный закон: от 27.11.1992 г.
- 3. Программа обязательного медицинского страхования Республики Башкортостан от 1 октября 2007 г.

выявлены случаи,
когда в «добровольную
страховку» была
включена даже
реанимационная помощь
после операции,
что является грубейшим
нарушением закона

- 4. Отчеты Росстрахнадзора РФ за 2007, 2008 гг.
- 5. Российская Федерация. Законы. О медицинском страховании: федеральный закон: от 27.11.2007 г.
- 6. Аналитическая записка УФАС РБ от 3.03.2009 г.
- 7. Программа добровольного медицинского страхования Республики Башкортостан 1 января 2008 г.

рп

Akbasheva A.Sh.

assistant, Ufa State Academy of Economics and Service

Negligent health insurance

 ${\bf u}$ nfair competition of small insurance companies - the basis of violations of consumer rights

Annotattion

his article will discuss the development of competition in the insurance market and protection of the rights and interests of consumers.