**СОДЕРЖАНИЕ**

[Введение](#_Toc166923512)

[1 Экономическая сущность и финансовые основы медицинского страхования](#_Toc166923513)

[1.1 Состав и структура медицинского страхования](#_Toc166923514)

[1.2 Теория и практика функционирования медицинского страхования за рубежом](#_Toc166923515)

[1.3 Социально-экономическое содержание системы добровольного медицинского страхования](#_Toc166923516)

[2 Организация финансового обеспечения здравоохранения в системе медицинского страхования](#_Toc166923517)

[2.1 Государственные гарантии, предоставляемые гражданам РФ по оказанию медицинской помощи](#_Toc166923518)

2.2 Аналитический обзор по страховым организациям, медицинского страхования в Свердловской области

2.3 Характеристика функционирования ЗАО СК "Мединком"

[3 Финансово-экономическое обоснование развития медицинского страхования в Российской федерации](#_Toc166923519)

[3.1 Экономико-организационные и законодательные совершенствования медицинского страхования](#_Toc166923520)

3.2 Экономический эффект от введения "пакетного" медицинского страхования

[Заключение](#_Toc166923521)

[Список использованной литературы](#_Toc166923522)

Приложения

# ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы дипломного исследования связана с тем, что многогранные перемены современного российского общества кардинальным образом изменяли жизненную стратегию людей. Показатели здоровья стали рассматриваться в качестве кумулятивных индикаторов уровня благополучия, качества жизни в целом. Здоровье - реальный человеческий ресурс. Медицинское страхование содействует человеку в преодолении проблем охраны здоровья.

В настоящее время медицинское страхование находится на этапе развития всех форм: обязательной и добровольной. Механизмы реализации форм медицинского страхования должны в полной мере осуществляться в рыночных условиях хозяйствования и реально гарантировать гражданам Российской Федерации доступную медицинскую помощь.

Объект исследования - совокупность экономических отношений, возникающих в деятельности медицинской страховой организации - ЗАО СК «МЕДИНКОМ».

Предмет исследования – финансовый механизм медицинского страхования.

Цель дипломной работы - изучение теоретических основ и практических аспектов функционирования медицинского страхования в РФ; разработка и обоснование механизма функционирования и реформирования системы медицинского страхования с определением активной роли государства, органов управления здравоохранением, медицинских учреждений и страховщиков.

Задачи исследования:

- провести теоретический анализ экономической сущности и финансовых основ медицинского страхования;

- исследовать организацию финансового обеспечения здравоохранения в системе медицинского страхования

- разработать рекомендации по развитию медицинского страхования в РФ, обосновать их экономическую эффективность.

Информационная база дипломного исследования: В ходе подготовки дипломного исследования использованы федеральные законы, нормативные решения Министерства финансов Российской Федерации, Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Федеральной службы государственной статистики, аналитические материалы страховой медицинской организации. Важной частью информационной базы послужили труды ученых-экономистов, упомянутых в библиографии.

Методы дипломного исследования: В ходе проведения дипломного исследования использовался диалектический метод, раскрывающий возможности изучения экономических явлений в динамическом развитии, взаимосвязи и взаимообусловленности. Системный подход к объекту исследования реализовывался при помощи метода научной абстракции, графических приемов, анализа и синтеза, группировок и сравнения.

Структура работы отражает логику, порядок исследования и решения поставленных задач. Дипломная работа состоит из введения, трех глав, заключения, списка использованной литературы, таблиц и рисунков.

В первой главе «Экономическая сущность и финансовые основы медицинского страхования» определены формы и принципы организации, и источники финансирования медицинского страхования. Достаточное внимание уделено обобщению теории и практики функционирования медицинского страхования за рубежом. Довольно важным является построение и социально-экономическое содержание системы добровольного медицинского страхования.

Во второй главе «Организации финансового обеспечения здравоохранения в системе медицинского страхования» дана оценка государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации медицинской помощи. Важной выступает характеристика территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации, проживающим на территории субъекта Федерации (на примере Свердловской области) с выделение финансового механизма с обоснованием законодательно-экономической базы управления. Представлена характеристика деятельности конкретной страховой организации, продемонстрированы основные финансово-хозяйственные показатели в динамике.

В третьей главе «Финансово-экономическое обоснование развития медицинского страхования в РФ» намечены экономико-организационные и законодательные основы совершенствования обязательного медицинского страхования. При этом рассматриваются базовые тарифы на медицинские услуги и источники финансирования в системе обязательного медицинского страхования.

# 1 ЭКОНОМИЧЕСКАЯ СУЩНОСТЬ И ФИНАНСОВЫЕ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

## 1.1 Состав и структура медицинского страхования

Медицинское страхование - форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья, имеющая своей целью гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия (Закон РФ от 28 июня 1991 г. N 1499-I "О медицинском страховании граждан в Российской Федерации"). При платной медицине данный вид страхования является инструментом для покрытия расходов на медицинскую помощь, при бесплатной медицине - это дополнительный источник финансирования медицинских затрат.

В большинстве стран мира, и Россия в этом смысле - не исключение, расходы граждан, связанные с получением медицинской помощи, возмещаются за счет средств обязательного или/и добровольного медицинского страхования[25, c.54].

Рассмотрим систему медицинского страхования с точки зрения деятельности ее участников и субъектов. Согласно Закону РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» субъектами ОМС являются юридические лица, обязанные в соответствии с законом заключать договор ОМС и уплачивать страховые взносы. При страховании неработающих граждан в качестве страхователей выступают государственные органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления. Страхователями для работающих граждан являются работодатели — предприятия, организации, учреждения, физические лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица.

Страховщиками являются юридические лица — страховые медицинские организации (СМО), имеющие государственную лицензию на осуществление ОМС. Кроме того, СМО независимо от ее организационно-правовой формы на дату регистрации должна иметь оплаченный уставный капитал стоимостью не менее 1200-кратного минимального размера оплаты труда, установленного законодательством. Другие организационные, экономические требования, предъявляемые к деятельности СМО, изложены в Общем положении о СМО, утвержденном постановлением Правительства РФ № 41 от 23.01.92. Страховые медицинские организации проводят ОМС на некоммерческой основе [30, c.78].

Застрахованными лицами являются физические лица, в пользу которых заключен договор ОМС.

В качестве медицинских учреждений в системе ОМС выступают лечебно-профилактические учреждения (поликлиники, больницы, медицинские центры), научно-исследовательские медицинские институты, другие медицинские учреждения, имеющие лицензии на оказание медицинской помощи по программам ОМС и добровольного медицинского страхования, а также прошедшие аккредитацию и получившие соответствующий сертификат [21, c.90].

Добровольное медицинское страхование регулируется теми же законами, что и ОМС.

Предметом ДМС является здоровье застрахованного лица, подверженное риску его повреждения в результате неблагоприятных событий или заболевания застрахованного, вызывающих необходимость обращения в медицинские учреждения за получением медицинской помощи.

Объектом ДМС являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с дополнительными затратами на получение медицинской помощи в связи с обращением в медицинские учреждения.

Страховым случаем является обращение застрахованного лица в течение срока действия договора ДМС в медицинское учреждение из числа предусмотренных договором при заболеваниях, повреждениях здоровья иди определенных состояниях застрахованного, требующих оказания медицинской помощи, услуг, включенных в программу (договор) ДМС.

Субъектами ДМС являются страхователи, страховщики, застрахованные лица, медицинские учреждения.

Страхователями при ДМС могут быть в отличие от ОМС дееспособные физические лица, заключающие, как правило, договоры индивидуального медицинского страхования в свою пользу (страхователь является одновременно и застрахованным лицом) или в пользу другого лица (застрахованного) и уплачивающие страховую премию (взносы) из своих доходов. Страхователями являются также юридические лица, заключающие договоры коллективного медицинского страхования в пользу своих работников.

Страхователи — юридические лица могут уплачивать страховую премию по договорам ДМС за счет средств создаваемых ими страховых фондов для проведения различных видов страховой защиты путем отчислений, относимых на издержки производства и обращения. При недостатке этих средств возможно использование прибыли, остающейся в распоряжении предприятия (чистой прибыли).

Страховщиками при добровольном медицинском страховании могут быть не только СМО, но и страховые компании, проводящие другие виды личного и имущественного страхования, получившие лицензию на ДМС.

Застрахованными лицами могут быть физические лица, не имеющие заболеваний, ограничивающих принятие их на страхование в соответствии с правилами ДМС. Не принимаются обычно на страхование граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, а также ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы. Договор ДМС (в большинстве случаев) заключается на основании письменного заявления страхователя по установленной страховщиком форме и прилаженной к нему «Анкеты здоровья» подлежащего страхованию физического лица (застрахованного). За достоверность представленных в заявлении и «Анкете здоровья» данных несут ответственность согласно ч. 3 ст. 944 ГК РФ страхователь и застрахованное лицо. Договор ДМС может быть заключен без проведения медицинского освидетельствования состояния здоровья застрахованного [26, c.33].

Медицинские учреждения, оказывающие медицинскую помощь и услуги застрахованным лицам по программам ДМС, должны соответствовать тем же требованиям, что и при ОМС. Они предоставляют медицинские услуги, помощь по программам ДМС на договорной основе со страховщиками.

Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование предусматривает минимально необходимый перечень медицинских услуг, который гарантируется каждому человеку, имеющему страховой полис, право на пользование медицинскими услугами: услугами стационара, поликлиники, помощью на дому и т.п. Однако страховая медицина не предусматривает уход за больными, проведение профосмотров, дорогостоящего лечения.

Добровольное медицинское страхование является дополнением к обязательному страхованию. Осуществляется оно на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. [38,c.71]

Основные отличия обязательного и добровольного медицинского страхования друг от друга состоят в следующем:

а) по классификации отраслей:

1. обязательное медицинское страхование — один из видов социального страхования;
2. добровольное медицинское страхование - один из видов личного страхования (по законодательству Российской Федерации) ;

б) по кругу (охвату) страхователей (застрахованных):

1. для обязательного медицинского страхования характерен всеобщий,
2. массовый охват;
3. для добровольного медицинского страхования - в силу принципа добровольности заключения договора носит выборочный характер .и может проявляться в форме как коллективного, так и индивидуального страхования;

в) по признаку инструментов правового регулирования: обязательное медицинское страхование регламентируется в основном законом об

1. обязательном страховании;
2. добровольное медицинское страхование регулируется действующим
3. гражданским законодательством и специальным страховым законодательством (например, законом о договоре страхования, как в Германии, или законом об организации страхового дела в РФ, как в России);

г) по субъектному составу:

1. обязательное медицинское страхование осуществляется, как правило, государственной организацией и страхователями выступают работодатели;
2. добровольное медицинское страхование осуществляется частными страховыми организациями и страхователями выступают юридические лица и граждане по собственному волеизъявлению;

д) по порядку установления условий страхования: в обязательном медицинском страховании определяются государством и, как правило, закрепляются в законе об обязательном страховании;

1. в добровольном медицинском страховании условия страхования,
2. полисные условия, тарифы и т.п., определяются коммерческими страховыми компаниями по согласованию с органом по надзору за страховой деятельностью;

е) по источнику финансирования:

1. в обязательном медицинском страховании - это взносы работодателей, государственный бюджет;
2. в добровольном медицинском страховании - источник формируется из личных доходов граждан, прибыли работодателей, и по природе своей это добровольные расходы страхователей;

ж) по объему страхового покрытия:

* 1. обязательное медицинское страхование гарантирует стандартный минимальный объем услуг, при этом программа, как правило, утверждается компетентным органом государственной власти;
	2. в добровольном медицинском страховании программа страхования и объем услуг устанавливаются правилами страхования и договором страхования;

з) по применяемым принципам контроля качества медицинских услуг:

1. в обязательном медицинском страховании система контроля качества определяется компетентным органом государственной власти;
2. в добровольном медицинском страховании система контроля качества устанавливается договором страхования. [43, c.179]

Бюджетный источник финансирования участия государства в обязательном медицинском страховании при уплате взносов за определенные категории населения (неработающее население: пенсионеры, дети и некоторые другие) формируется за счет налогов. Средства по этой статье бюджетных расходов аккумулируются в специальном государственном фонде, который распределяет средства среди тех страховых компаний, которые обладают правом на осуществление обязательного медицинского страхования. Страховые компании, в свою очередь, являясь посредниками между государством и медицинским учреждением, занимаются экономической экспертизой медицинских услуг учреждений и решают проблему эффективности использования выделенных средств [45, c.115].

Добровольное медицинское страхование может осуществляться как дополнительное к обязательному страхованию, но на основе договора (т.е. на добровольной основе) либо как самостоятельный вид страхования безотносительно к тому, существует ли в той или иной стране система обязательного медицинского страхования.

Чтобы определить и проанализировать задачи социального страхования необходимо отметить его основные функции и виды. К важнейшим функциям социального страхования, как составляющей социальной политики относятся:

* защитная функция заключается в поддержании сложившегося материального уровня застрахованного, если обычный источник дохода становится для него недоступным, а также, когда ему предстоят дополнительные непредвиденные расходы, не предусмотренные в его привычном бюджете;
* компенсирующая функция состоит в возмещении ущерба утраты трудоспособности и ущерба здоровью с помощью материального возмещения утраты заработка, а также оплаты услуг в связи с лечением и реабилитацией;
* воспроизводственная функция заключается в том, что социальное страхование призвано обеспечивать застрахованным (и членам их семей) покрытие всех расходов, достаточных для нормального протекания воспроизводственного цикла (что охватывает практически весь жизненный цикл) в случае болезни, старости, инвалидности, безработицы, беременности;
* перераспределительная функция определяется тем, что социальное страхование значительно влияет на общественное распределение и перераспределение. Социальные выплаты увеличивают долю вновь созданной стоимости, направляемой на потребление застрахованным. Сущность функции заключается в разделении материальной ответственности за социальные риски между всеми застрахованными, всеми работодателями и государством;
* стабилизирующая функция заключается в согласовании интересов социальных субъектов по ряду принципиальных для жизнедеятельности наемных работников вопросов - уровню социальной защиты; кругу лиц, подлежащих социальному страхованию; распределению финансовой нагрузки между социальными субъектами; участию в управлении социальным страхованием [16, c.238].

В основе обязательного медицинского страхования лежат следующие основные организационно-экономические и правовые принципы.

а) Всеобщий характер.

Все граждане РФ независимо от пола, возраста, состояния здоровья, места жительства, уровня личного дохода имеют право на получение медицинских услуг, включенные в государственную (базовую) программу ОМС.

б) Государственный характер.

Средства ОМС находятся в государственной собственности РФ. Государство в лице местных органов исполнительной власти выступает непосредственным страхователем неработающего населения. Оно осуществляет контроль за сбором, перераспределением и использованием средств обязательного медицинского страхования, обеспечивает финансовую устойчивость системы ОМС, гарантирует выполнение обязательств перед застрахованными.

в) Некоммерческий характер.

Средства ОМС не могут стать доходом (прибылью) юридических и физических лиц, являющихся акционерами или учредителями страховых медицинских организаций, участвующих в операциях ОМС. Прибыль (доход), получаемая от операций ОМС, может направляться только на развитие системы ОМС и учреждений здравоохранения.

г) Общественная солидарность и социальная справедливость.

Все члены общества имеют равные права на получение медицинской помощи за счет средств ОМС, однако фактически потребление медицинских услуг осуществляется лишь отдельными, нуждающимися в них лицами.

Страховые платежи по ОМС уплачиваются за всех граждан, но востребование финансовых ресурсов осуществляется лишь по обращению за медицинской помощью (принцип "здоровый платит за больного"). Номенклатура и объем предоставляемых услуг не зависит от абсолютного размера платежа по ОМС. Граждане с различным уровнем дохода и соответственно с различным объемом начислений на заработную плату имеют одинаковые права на получение медицинских услуг, входящих в программу обязательного медицинского страхования (принцип "богатый платит за бедного") [13, c.311].

### Финансовый механизм функционирования медицинского страхования.

ОМС осуществляется на основе двух видов программ — базовой программы и территориальных (по субъектам РФ) программ ОМС. Базовая программа разрабатывается Минздравом РФ, согласовывается с Минфином РФ, профсоюзными органами и утверждается Правительством РФ. Базовой программой ОМС гарантируются:

* первичная медико-санитарная помощь, включающая скорую медицинскую помощь, диагностику и лечение в амбулаторных условиях (включая неотложную и доврачебную помощь), консультации специалистов, прививки, периодические медицинские осмотры установленных контингентов, дородовой или послеродовой патронаж, прерывание беременности;
* первичная медико-социальная помощь (включая доврачебную помощь и помощь на дому больным, инвалидам и престарелым);
* восстановительное лечение, реабилитация и динамическое наблюдение детей, подростков, инвалидов;
* стационарная медицинская помощь больным с острыми заболеваниями и обострениями, хроническими заболеваниями, при травмах, отравлениях, ожогах, инфекционных заболеваниях, лицам, подлежащим изоляции в стационаре, плановой госпитализации для диагностических исследований и лечения.

На основе базовой программы органами управления субъектов РФ разрабатываются и утверждаются территориальные программы ОМС. Объем и условия оказания медицинских услуг, предусмотренные ТП ОМС, не могут быть ниже установленных в базовой программе. [2, c.24]

Объем и условия лекарственной помощи определяются ТП ОМС. Оплата медикаментов и изделий медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой помощи осуществляется за счет территориального фонда ОМС (ТФ ОМС), а при амбулаторно-поликлинической помощи и лечении — за счет личных средств граждан.

Для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по ОМС во всех субъектах РФ используются средства Федерального фонда ОМС (ФФ ОМС) и финансовые средства государственной, муниципальной систем здравоохранения.

Финансовые средства государственной системы ОМС формируются за счет уплаты страхователями страховых взносов в Федеральный и территориальные фонды ОМС, созданные органами государственной власти (Федеральным Собранием и Правительством РФ, органами власти субъектов РФ) и осуществляющие свою деятельность как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. [11, c.248]

Страхователи-работодатели производят отчисления (страховые взносы) за работающих граждан в эти фонды по страховому тарифу от фонда оплаты труда (ФОТ) по всем основаниям, который устанавливается законом. За неработающих граждан взносы перечисляются соответствующими органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальными образованиями из их бюджетов по установленной ставке на одного человека. При недостатке средств в муниципальных бюджетах предусматривается возможность целевых дотаций из бюджетов субъектов РФ на уплату взносов в фонды ОМС.

Страховая медицинская организация получает средства на оплату оказанных застрахованным лицам медицинских услуг по ОМС от территориального фонда ОМС (ТФ ОМС) на основании договора о проведении ОМС и его финансирования между страховщиком и этим фондом. [15, c.313]

Принципиальная схема движения финансовых средств и организации страховых отношений в системе ОМС представлена на рисунке 1. [18, c.119]

Обязательное медицинское страхование осуществляется на основании двух видов договоров: договора на оказание медицинских услуг, заключаемого между страховщиком и медицинским учреждением, и договора ОМС между страхователем и страховой организацией (СМО).


#### Рисунок 1 - Принципиальная схема организации ОМС

Типовой договор ОМС содержит: наименование сторон; обязанности страховщика по оплате медицинских и иных услуг, оказываемых застрахованным лицам (по прилагаемому к договору перечню услуг на момент его заключения и списку застрахованных), а также по выдаче каждому застрахованному страхового полиса; обязанности страхователя по уплате страховых взносов в фонд ОМС (с поквартальным перерасчетом при изменении числа застрахованных) и представление в установленный договором срок списка застрахованных лиц страховщику; программу ОМС и перечень медицинских учреждений, оказывающих медицинскую помощь застрахованным по этой программе; размер страхового тарифа, сроки и форму уплаты страховых взносов; момент вступления договора ОМС в действие и срок его действия; ответственность сторон за невыполнение своих обязательств по договору ОМС и ответственность страховщика за некачественное оказание медицинских услуг застрахованным лицам; порядок разрешения споров; юридические адреса и банковские реквизиты сторон.

Договоры об оказании медицинской помощи и услуг застрахованным по ОМС заключаются между СМО — страховщиками и медицинскими учреждениями. Порядок, условия заключения, исполнения, изменения и прекращения данного договора регулируются ст. 420—453 ГК РФ и указанным выше законом о медицинском страховании. Договор наряду с общепринятыми положениями содержит: перечень и объем подлежащих оказанию медицинских услуг по программе ОМС; количество застрахованных лиц, порядок их обращения за медицинской помощью и учета объема оказанных услуг; размер платы (тарифов) за медицинские услуги, порядок их установления и согласования со страховщиком; порядок и форму расчетов между сторонами договора; требования к качеству медицинских услуг и ответственность исполнителя за низкий его уровень. [29, c.208]

В соответствии с разработанными в 1993 г. ФФ ОМС «Методическими рекомендациями по выбору способа и организации оплаты медицинской помощи в системе ОМС граждан» применяются следующие способы оплаты медицинской помощи:

* по смете расходов на оказание медицинских услуг по перечню, включенному в программу ОМС;
* по средней стоимости пролеченного больного данной группы больных;
* за пролеченного больного;
* за число койко-дней;
* комбинированный способ.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС согласно Закону о медицинском страховании устанавливаются соглашением между страховыми медицинскими организациями, органами исполнительной власти субъектов РФ, муниципальных образований и профессиональными медицинскими ассоциациями. [31, c.311]

Страховой полис ОМС выдается застрахованному лицу страховой медицинской организацией или страхователем-работодателем, а в некоторых случаях — медицинскими учреждениями по постоянному месту жительства. По страховому полису ОМС застрахованные граждане имеют право на получение медицинских услуг по перечню и в объеме, предусмотренных в программе ОМС, на всей территории РФ; свободный выбор медицинской организации и врача; предъявление иска страхователю, СМО, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного вреда здоровью.

В системе ОМС страховщику отводится ведущая роль в организации страхования граждан на случай болезни, повреждения здоровья; в использовании средств, уплачиваемых страхователями в фонды ОМС в виде страховых взносов; в контроле за объемом и качеством оказываемых застрахованным лицам медицинских услуг аккредитованными медицинскими учреждениями.

СМО при необходимости создают экспертные медицинские комиссии, которые проверяют правильность поставленного диагноза, проведенного лечения, рекомендованных медицинских процедур, медикаментов. При наличии ошибок, низкого качества оказываемой медицинской помощи СМО вправе частично или полностью не возмещать затраты медицинского учреждения на предоставленные медицинские услуги, предъявить в соответствии с договором штрафные санкции, расторгнуть договор, поставить вопрос о лишении аккредитационного сертификата.

Страхователь, а также застрахованный гражданин при неудовлетворительной работе СМО по организации страхования, по контролю за объемом и качеством предоставляемых медицинскими учреждениями услуг или защите интересов застрахованных лиц (в том числе в суде) вправе обратиться в ТФ ОМС с просьбой о замене СМО. Страхователь может также расторгнуть договор ОМС. [44, c.233]

Если финансовые средства государственной системы ОМС (страховой фонд) аккумулируются в централизованных Федеральном и территориальных фондах ОМС, минуя СМО, то страховые фонды ДМС формируются и используются децентрализованно — непосредственно страховщиками.

Принципиальная схема движения финансовых средств и организации страховых отношений при ДМС представлена на рисунке 2. [18, c.123]


#### Рисунок 2 - Принципиальная схема организации ДМС

ДМС проводится, как и ОМС, на основании двух видов договоров: договора ДМС между страхователем и страховщиком и договора на предоставление медицинских услуг по программе ДМС, заключаемого между страховщиком и медицинским учреждением.

Содержание договора ДМС практически одинаково с договором ОМС. Различия между этими договорами сводятся к следующему:

* объем страховой ответственности (обязательств) страховщика в договоре ДМС может устанавливаться по соглашению сторон как по всему перечню услуг, предоставляемых стационарными и амбулаторными медицинскими учреждениями по программам ДМС, так и выборочно. В связи с этой особенностью в договоре ДМС предусматривается страховая сумма как предельный уровень страхового обеспечения, определяемая исходя из перечня и стоимости медицинских услуг по данному договору;
* страховая премия, уплачиваемая страхователем за страхование, исчисляется страховщиком разными способами. В частности, по одному из них страховая премия определяется исходя из стоимости программы ДМС или перечня медицинских услуг из этой программы, включенных в договор ДМС, и рассчитанной по статистическим данным убыточности страховой суммы. Применяется и другой способ расчета страховой премии: умножение страхового тарифа на величину страховой суммы;
* срок действия страховой защиты застрахованного лица при ДМС всегда ограничен сроком действия договора ДМС, который может быть от установленного страховщиком минимального периода до одного года или более, в то же время как ОМС действует бессрочно;
* при неуплате страхователем очередных страховых взносов при рассроченном платеже страховой премии по договору ДМС страховая защита имущественных интересов застрахованного лица может быть прекращена. По страховому полису ОМС застрахованный получает медицинскую помощь и в том случае, если страхователь не уплатил (просрочил) очередной страховой взнос. [51, c.19]

Страховой полис ДМО, выдаваемый застрахованному лицу, является основным документом подтверждающим его право на получение медицинской помощи в указанных на оборотной стороне полиса медицинских учреждениях. Порядок обращения застрахованного лица в медицинское учреждение, учета объема и стоимости медицинских услуг, предъявления счета и оплаты его страховщиком определяются в договоре на предоставление медицинской помощи (услуг) между этими юридическими лицами — субъектами ДМС.

Функции, обязанности, права и ответственность субъектов ДМС аналогичны существующим при обязательном медицинском страховании.

##

## 1.2 Теория и практика функционирования медицинского страхования за рубежом

В мире в основном существует две модели страхования обязательное и добровольное.Главной особенностью зарубежной практики, характерной для всех стран, является то, что обе системы медицинского страхования образуют взаимодополняющую модель, которая позволяет обеспечить покрытие всех или почти всех рисков заболевания и его последствий.

Способы распределения «ответственности» между добровольным и обязательным медицинским страхованием различаются от страны к стране. В одних государствах добровольное медицинское страхование играет второстепенную роль (примером может служить Великобритания) и служит дополнительным источником покрытия расходов на медицинские услуги. Тогда как в других - например, в Германии, Нидерландах, занимает более важное место, так как может заменять обязательное (государственное) страхование. По общему правилу зарубежная практика такова, что при использовании комбинированной системы медицинского страхования (и обязательной и добровольной форм) чем большая часть населения вовлечена в обязательное (государственное) медицинское страхование, тем меньшая его часть обращена к добровольному [14, c.90].

Добровольное медицинское страхование представляет собой совокупность видов страхования, предусматривающих обязанности страховщика по страховым выплатам в размере частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных его обращением в медицинское учреждение за медицинскими услугами, включенными в определенную программу медицинского страхования. Предметом добровольного медицинского страхования является здоровье застрахованного лица, подверженное риску его повреждения в результате неблагоприятных событий или заболеваний застрахованного, вызывающих необходимость обращения в медицинские учреждения за получением медицинской помощи. Объектом добровольного медицинского страхования являются имущественные интересы застрахованного лица, связанные с дополнительными затратами на получение медицинской помощи в связи с обращением в медицинские учреждения. При определении страховой суммы и страховых взносов для страхователя, как и в договоре страхования от несчастных случаев, принимают во внимание такие факторы, как профессия, возраст, состояние здоровья потенциального страхователя. Как правило, на страхование не принимаются граждане, состоящие на учете в психоневрологических, туберкулезных, кожно-венерических диспансерах, ВИЧ-инфицированные, инвалиды I группы и некоторые иные категории граждан.

Страховщик заключает с медицинскими учреждениями соответствующие договоры на оказание услуг по добровольному медицинскому страхованию, а медицинское учреждение обязано предоставлять оговоренные услуги лицам, имеющим договор страхования с данным страховщиком. Медицинское учреждение песет гражданско-правовую ответственность за предоставление страхователю медицинских услуг предусмотренного договором объема и стандартов качества в соответствии с условиями договора, заключенного между ним и страховой организацией. В случае нарушения стандартов страхования страховщик имеет право частично или полностью не оплачивать стоимость медицинских услуг.

Обычно стоимость оказанных медицинских услуг не возмещается страховщиком, если застрахованный получил травму или с ним произошел несчастный случай: в состоянии алкогольного, наркологического или токсического опьянения; в результате совершения застрахованным умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи с повреждением здоровья; в результате покушения на самоубийство, за исключением когда застрахованный не доведен до такого состояния третьими лицами; при умышленном причинении себе телесных повреждений и т. д. [12, c.98]

Договор добровольного медицинского страхования часто заключается в форме коллективного страхования, где в качестве страхователя выступают предприятия и организации, заключающие договор со страховщиком о страховании своих работников или иных физических лиц (например, членов семей работников). Ставки страховых взносов по коллективному страхованию обычно ниже, чем по индивидуальному.

Важными тенденциями, характерными для системы здравоохранения многих зарубежных стран и во многом предопределенными развитием добровольного медицинского страхования, являются уменьшение времени пребывания застрахованных в стационаре и широкое распространение амбулаторной медицинской практики, в том числе и для проведения целого ряда операционных вмешательств. Это, в свою очередь, позволило частным страховщикам более четко структурировать риски, принимаемые на страхование, а также более эффективно управлять рисками, как в рамках отдельного договора или группы договоров, так и в целом в указанном виде страхования [39, c.87].

Медицинские услуги, предоставление которых гарантируется в рамках добровольного медицинского страхования, оказывают медицинские учреждения либо врачи общей практики (семейные врачи) и медицинские специалисты, аккредитованные при определенном медицинском учреждении.

Часто в полисе и правилах добровольного медицинского страхования, выдаваемых зарубежным частным страховщиком, можно встретить такое ограничение, как: «действие настоящего полиса распространяется на возмещение расходов по получению медицинских услуг у частнопрактикующего врача». И связано это не столько с тем, что уровень квалификации частнопрактикующего врача ниже (зачастую он такой же, как и у врачей, работающих в медицинских учреждениях, либо даже выше). Причиной тому служат два фактора. Первый предопределен порядком ценообразования на медицинские услуги: общепринятой практикой является установление каждым медицинским учреждением единообразных цен для всех страховых организаций, чьи клиенты (страхователи) прибегли к медицинской помощи в указанных учреждениях. А второй вызван общим и небезосновательным представлением о том, что финансовая основа ответственности медицинского учреждения за качество предоставления медицинских услуг выше, чем у частнопрактикующего врача, даже при наличии такого равного условия и у того, и у другого, как полис страхования профессиональной ответственности.

Зарубежная страховая компания, как правило, предлагает страхователю (застрахованному лицу) два варианта возмещения медицинских расходов, связанных с получением медицинской помощи:

а) это оплата счетов непосредственно медицинскому учреждению, если у страховщика существуют договорные отношения с таким медицинским учреждением медицинское учреждение согласилось на оплату оказанных услуг по факту.

б) компенсация расходов самому страхователю после того, как он произвел такие расходы, на основе счетов, выставленных медицинским учреждением.

В большинстве зарубежных стран предметом особого внимания государственных надзорных органов и объектом особой регламентации служат вопросы о системе оплаты медицинских услуг и прейскурантах медицинской помощи. Поскольку интересы сторон в таких переговорах противоположны, а страховщик представляет интересы значительных групп населения, эти отношения жестко регламентированы как в отношении самого процесса переговоров, так и регулирования ценообразования, роста стоимости в течение года и прочее. Как отмечалось выше, часто объектом особо пристального контроля является идентичность тарифов на медицинские услуги, предоставляемые одним лечебным учреждением различным страховым компаниям [40, c.77].

Во многих странах добровольное медицинское страхование служит не альтернативой, а дополнением обязательному медицинскому страхованию. При этом оно обеспечивает предоставление медицинских услуг в более комфортных условиях и по более высоким ценам. Этот фактор повлек целесообразность государственного регулирования в отношении квотирования объема (доли) услуг, предоставляемых, в частности, стационарными клиниками в рамках добровольного медицинского страхования. При этом в качестве основных методов оплаты услуг стационарного лечения применяются следующие способы финансирования, каждый в отдельности или комбинированно:

а) по фактически произведенным затратам;

б) по количеству койко-дней на основе фиксированной ставки суточных расходов (издержек);

в) за пролеченного больного по нормативным показателям;

г) путем формирования годового бюджета в отношении договорного объема деятельности стационара. [65, c.64]

В результате длительных исследований и сбора статистических материалов, тщательного исследования рынка спроса на услуги добровольного медицинского страхования, а также соотношения между собой системы добровольного и обязательного медицинского страхования частные страховщики разработали определенную структуру полисных обязательств -структуру страхового покрытия, которая позволяет оплачивать широкий спектр медицинских расходов с учетом индивидуальных запросов потребителей.

Для возмещения сумм, израсходованных на лечение, страховщики предлагают договоры страхования, по которым в качестве базовых возмещаются:

а) расходы на госпитализацию и стационарное лечение,

б) расходы на амбулаторное лечение,

в) на стоматологическую помощь

г) на приобретение лекарств.

Предоставление покрытия в отношении двух последних видов расходов имеет определенные особенности. Например, срок действия договора делится на два этапа (периода): первый предполагает частичное покрытие указанных расходов, и в течение периода частичного покрытия расходов на стоматологическую помощь или приобретение медикаментов в аптеке доля участия страховщика увеличивается, а доля собственного удержания страхователя снижается, затем наступает период покрытия указанных расходов в полном размере. Пример описанных условий страхования может выглядеть следующим образом: в первый год страхования участие страховщика в компенсации расходов в связи с получением страхователем стоматологической помощи может составить 30%, тогда как собственное удержание страхователя -70%, во второй год это соотношение составит 40% к 60%, в третий - 50% к 50%, на четвертый год модифицируется до 70% к 30% и лишь с пятого года страхования страховщик начнет возмещать 100% понесенных расходов.

По договору, как правило, компенсируются или оплачиваются и те расходы, которые могут потребоваться на реабилитацию излеченного больного, если такие расходы могут быть квалифицированы как расходы, непосредственно связанные с ранее понесенными медицинскими расходами, сама реабилитация предписана показаниями врача и осуществляется в сроки и в порядке, предписанном врачом. Полис может предусматривать также покрытие так называемых «связанных» расходов, т.е. расходов, непосредственно связанных с оказанием медицинских услуг, например, дополнительный (в том числе специальный) уход младшего медицинского персонала, транспортные расходы и т.п. [39, c.46]

В качестве дополнительной опции (дополнительного покрытия) договор может также включать покрытие в отношении потери дохода, возникшей в связи с утратой временной трудоспособности по причине болезни. Конечно, в этой связи должен соблюдаться принцип прямой причинно-следственной связи между временной утратой трудоспособности и заболеванием, покрываемым по договору, а также должна существовать возможность обоснования и доказывания объема (размера) потери дохода.

В некоторых странах также допускается возможность включения в договор добровольного медицинского страхования условия о выплате страхового пособия, общий размер которого зависит от числа дней болезни — в случае временной утраты трудоспособности, либо аннуитета (ренты) в случае утраты трудоспособности на длительное время. Здесь важно учитывать, что такая практика не является единообразной: во многих странах вышеназванное покрытие предоставляется по страхованию жизни.

Вариантов комбинирования в структуре покрытия видов медицинских услуг, расходы по которым компенсируются страховщиком, размера, формы и типа возмещения, а также иных факторов — множество. Приводим здесь лишь один пример для иллюстрации сказанного.

По договору страхования расходов на госпитализацию (часто такое страхование именуют еще «Клиника» или «Клиника Плюс» в зависимости от условий страхового покрытия) возмещение расходов может осуществляться в полном размере суммы произведенных расходов, указанной в счете, или частично, либо по твердой ставке за каждый день пребывания в клинике. Страховщик может установить при этом дополнительный лимит ответственности по одному случаю или по одному виду услуг (амбулаторные, стационарные и т.п.), а может указать совокупный (агрегатный) годовой лимит в отношении всех случаев обращения за любой медицинской помощью. В договоре может быть также предусмотрено возмещение расходов, соответствующих минимальному набору медицинских услуг, либо возмещение любых расходов, кроме тех, которые оказаны в связи с заболеваниями, причины которых или которые (сами заболевания) включены в объем исключений по полису. В некоторых случаях в странах, где установлено соотношение между обязательным и добровольным медицинским страхованием, полис может также предусматривать возмещение расходов, связанных с оказанием медицинской помощи, сверх уровня (объема медицинских услуг и сумм расходов по ним), гарантированного государством. Распространенной стала также возможность приобретения дополнительной опции в отношении так называемого страхования «смертельных болезней» [23, c.15].

Структура страхового покрытия по договору добровольного медицинского страхования, помимо видов медицинской помощи (стационарная, амбулаторная и т.п.), возможно, перечня медицинских услуг, видов расходов по ним (только расходы по медицинским услугам или так называемые «связанные» расходы), включает в себя также и перечень исключений. Поскольку российские страховщики, осуществляющие добровольное медицинское страхование, используют довольно стандартный перечень общих исключений, мы рассмотрим его ниже при анализе российской практики добровольного медицинского страхования. А здесь особо подчеркиваем, что зарубежные страховщики в структуре страхового покрытия в части перечня исключений выделяют как общие исключения, так и специальные, характерные для конкретного страхователя.

Для теории и практики зарубежного добровольного медицинского страхования характерны четыре очень важных базовых элемента, которые отличают ее от российской:

а) так называемая «рисковая» модель страхования — она означает, что страховщик предоставляет страховое покрытие по договору, не требуя прикрепления страхователя к определенному медицинскому учреждению или учреждениям. Страховщик формулирует существенные условия страхования (виды медицинской помощи, перечень услуг, виды расходов и т.п.), в том числе устанавливает годовой лимит ответственности, в рамках которого он будет возмещать указанные расходы. Учитывая сказанное, страховой тариф отражает особенности рисковой модели и колеблется в среднем в пределах 10%. Для сравнения: российская модель добровольного медицинского страхования предполагает возмещение расходов, понесенных в связи с получением медицинской помощи в определенных медицинских учреждениях, поименованных в полисе страхователя (застрахованного), так называемая система прикрепления;

б) срок страхования - как правило, добровольное медицинское страхование является долгосрочным. В некоторых странах, правда, существует законодательное ограничение срока страхования (например, в Германии), однако и в них срок страхования по общему правилу составляет пять, десять, а то и более лет. Указанные ограничения скорее направлены на защиту интересов страховых организаций: они дают возможность по истечении определенного времени еще раз осуществить оценку степени риска, который наверняка изменится по истечении десяти и более лет жизнедеятельности человека;

в) период ожидания — или временная франшиза, устанавливая которую, страховщик может установить в договоре страхования некоторый временной интервал, что будет означать, что любые расходы, возникшие в связи с получением медицинской помощи (медицинских услуг) в указанный период (период ожидания), страхователь возмещает самостоятельно, независимо от того, что причины обращения за медицинской помощью (услугами) покрываются по полису. Как и любая франшиза, период ожидания влияет на стоимость страхования в сторону ее снижения. Как правило, период ожидания в зависимости от вида страхования, опыта страховой компании, индивидуальных особенностей риска, иной раз и мотивов страхования, колеблется от 30 до 365 дней (с учетом, конечно, длительного периода страхования, характерного для зарубежной практики осуществления добровольного медицинского страхования);

г) момент (возраст) вхождения в договор страхования - как и предыдущее понятие, возраст вхождения в договор тесно связан с особенностями срока страхования в добровольном медицинском страховании.

Применение данного условия предполагает, что для каждого конкретного страхователя (застрахованного) в течение всего срока страхования будут применяться тарифы, установленные в момент (в возрасте) его вхождения в договор страхования. Это означает, что чем моложе человек, желающий заключить договор добровольного медицинского страхования, тем выгоднее условия он получит, и при этом - на весь период страхования [21, c.70].

Охрана здоровья населения России является комплексной задачей, в решении которой принимают участие различные государственные и общественные структуры, поскольку здоровье человека зависит от целого ряда факторов: типа и характера труда, жилищных условий, качества работы, сферы быта, от уровня образования и культуры итак далее. Главной отраслью, отвечающей за здоровье людей, является здравоохранение, которое предоставляет населению лечебную, санитарно-профилактическую, медико-реабилитационную и фармацевтическую помощь.

Для развитых стран характерна тенденция постоянного увеличения инвестиций в сферу здравоохранения. Так, в последние годы их удельный вес составляет около 10-14% от валового национального продукта, иногда как в России не более 3%. Реальная возможность оздоровления нации определяется в конечном итоге теми финансовыми ресурсами, которые выделяются на ее содержание и развитие.

В зависимости от того, чему отдается предпочтение - экономическому эффекту или социальной справедливости - метод хозяйствования и финансирования здравоохранения. В мировой практике известны 3 основные модели организации и финансирования здравоохранения: платная медицина, действующая на рыночных отношениях; государственная медицинская помощь с бюджетной системой финансирования; - организация здравоохранения на принципах социального страхования и многоканальной системы финансирования отрасли.

В России осуществляется переход к третьей модели, совмещающей в себе возможности рынка и государственного регулирования с широким использованием медицинского страхования (добровольного и обязательного). При этом государство играет роль гаранта в удовлетворении общественно необходимых потребностей граждан в медицинском обслуживании вне зависимости от уровня их доходов. В настоящее время в качестве источников финансирования используются бюджетные ассигнования и разнообразные внебюджетные средства (целевые фонды, ФОМС, банковские кредиты и т.д.). Важнейшими являются бюджетные ассигнования и средства фонда ОМС. Проблема состоит в правильном и четком разграничении объектов, финансируемых за счет этих источников, выработка критериев, позволяющих определить целесообразность использования того или иного источника, эффективность использования финансовых средств всеми участниками системы ОМС.

В ходе реформирования российской системы здравоохранения должен быть тщательно проанализирован зарубежный опыт и использованы основные концептуальные преимущества, способные улучшить положение в отрасли.

## 1.3 Социально-экономическое содержание системы добровольного медицинского страхования

Начало развитию добровольного медицинского страхования положено с принятием Федерального закона от 28 июня 1991 года № 1499-1. «О медицинском страховании граждан в РСФСР» (в редакции от 2 апреля 1993 года № 4741-1) В законе даны определения добровольного медицинского страхования, указаны его виды, названы возможные страхователи, определено содержание договора страхования, дано определение страховой медицинской организации, ее прав и обязанностей, порядка получения лицензий на право осуществления добровольного медицинского страхования, определены источники средств добровольного медицинского страхования и порядок установления размера взносов, тарифов на медицинские услуги [19, c.35].

Как правило, российские страховые компании заключают договоры страхования на год. На российском страховом рынке доминирует практика заключения коллективных договоров. Это прежде всего вызвано такими факторами, как низкая платежеспособность потенциальных индивидуальных страхователей (добровольное медицинское страхование скорее используется как элемент наполнения социального пакета, предоставляемого работодателем своим работникам), невысокой страховой культурой потенциального индивидуального потребителя.

В российской практике используются условия страхования, предусматривающие прикрепление к медицинскому учреждению или медицинским учреждениям, либо комбинированная (смешанная модель) -рисковая на базе прикрепления, что предопределяет и необычно высокие для страхования тарифы (порой они достигают 70% от размера страховой суммы).

В случае заинтересованности страхователя в заключении договора страхования на крупную страховую сумму зарубежный страховщик обязательно проведет предварительную предстраховую экспертизу состояния здоровья потенциального страхователя, российский страховщик не проводит ее вообще.

Российской страховой организации приходится довольно тщательно планировать страховые выплаты по договорам добровольного медицинского страхования, в том числе с учетом способа расчетов, предусмотренные по договору между медицинским учреждением и страховой организацией по оказанию медицинских услуг клиентам страховщика. Термин «планирование» здесь вполне уместен, поскольку страховой тариф по данному виду страхования отражает, как правило, уровень предполагаемых расходов, а значит, и уровень страховых выплат, увеличенный на размер расходов страховщика на ведение дела. Конечно, чем большую часть в портфеле страховщика занимают договоры добровольного медицинского страхования, смоделированные на «рисковой» основе (и прежде всего при соблюдении технологии принятия риска на страхование), тем больше страховой тариф объективно отражает математическую вероятность наступления страхового события по данному виду, уровень возможного убытка (т.е. размер расходов, понесенных в связи с получением медицинской помощи) и т.д. [27, c.285]

Добровольное медицинское страхование является наглядным примером того, сколь важную роль играет принцип антиселекции рисков. Например, страховщик решил создать соответствующие условия страхования, согласно которым будут заключаться договоры страхования женщин от рака молочной железы. Большую долю клиентов в портфеле указанных рисков составят женщины с уже существующей проблемой либо предрасположенные к ней. Таким образом, предлагая покрытие в отношении медицинских расходов, понесенных в связи с лечением рака молочной железы, в качестве отдельного вида страхования, а не опции к базовому покрытию (более широкому покрытию), которое предоставляется большинству страхователей (без выборки в пользу тех, кто нуждается в покрытии конкретного риска в силу существования предрасположенности к определенному заболеванию), страховщик тем самым создает потенциальную ситуацию, при которой выплаты будут осуществляться большинству застрахованных лиц.

Объектом добровольного медицинского страхования является имущественный интерес лица, о страховании которого заключен договор страхования (застрахованного лица), связанный с дополнительными расходами, вызванными обращением застрахованного в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу страхования. [28, c.103]

Сущность медицинского страхования, в том числе понятие объекта страхования, определена в ряде нормативных документов на территории Российской Федерации. В частности, установлено, что страховые выплаты по добровольному медицинскому страхованию производятся в форме частичной или полной компенсации дополнительных расходов застрахованного, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

Иными словами, при документировании страховых операций по добровольному медицинскому страхованию наряду с собственно договором страхования (полисами) и Правилами страхования должна применяться также Программа медицинского страхования. Указанная программа согласовывается с органом исполнительной власти по страховому надзору и содержит перечень медицинских услуг, компенсация расходов по которым включена в объем ответственности страховщика по договору страхования. [22, c.117]

В свою очередь, неотъемлемой частью договора об оказании медицинских услуг застрахованным, заключенного между страховщиком и медицинским учреждением, являются тарифы (прейскуранты) на медицинские услуги. При получении счета медицинского учреждения об оказанных застрахованному услугах страховщик должен удостовериться в том, что:

а) указанные в счете услуги включены в программу медицинского страхования данного застрахованного лица;

б) тарифы за оказанные услуги соответствуют уровню согласованных тарифов.

Лишь при соблюдении указанных условий, а также при наличии соответствующей претензионной документации по страховому случаю (заключение врача с диагнозом и предписаниями о лечении, выписки из истории болезни, счет медицинского учреждения с расшифровкой позиций расходов, страховой акт, первичный учетный документ, который надлежащим образом должен быть составлен сотрудником страховой компании, и др.) сумма медицинских расходов, фактически оказанных медицинским учреждением застрахованному лицу, может быть признана страховой выплатой. [41, c.196]

Федеральный закон от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ» в статье 2 устанавливает в качестве субъектов медицинского страхования, в частности, медицинское учреждение.

При этом под медицинскими учреждениями в системе медицинского страхования понимаются: «имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские и медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно».

Кроме того, закон в статье 15 закрепляет право страховой организации заключать договоры «на оказание медицинских, оздоровительных и социальных услуг гражданам по добровольному медицинскому страхованию с любыми медицинскими или иными учреждениями».

Этот же закон дает четкую квалификацию требованиям, которые предъявляются к таким медицинским учреждениям, а именно: это должны быть медицинские учреждения, получившие лицензию и(или) аккредитацию на осуществление своей деятельности на территории РФ. Статья 21, в частности, под лицензированием (аккредитацией) медицинской деятельности понимает: «Лицензирование — это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений)» [46, c.14].

Таким образом, страховые организации, созданные в РФ и действующие на основе законодательства РФ, вправе заключать договоры на оказание медицинских услуг застрахованным лицам с медицинскими учреждениями, обладающими лицензией (аккредитацией) на осуществление их деятельности согласно действующему российскому законодательству.

Страховым случаем по добровольному медицинскому страхованию является событие, предусмотренное правилами страхования каждого конкретного страховщика и произошедшее в период действия договора страхования, с наступлением которого возникает обязанность страховщика осуществить выплату страхового обеспечения в размере полной или частичной компенсации дополнительных расходов застрахованного лица, вызванных обращением его в медицинские учреждения за медицинскими услугами, включенными в программу медицинского страхования.

Страховым случаем в зависимости от положений конкретных правил страхования может признаваться обращение страхователя (застрахованного лица) в течение периода действия договора страхования в медицинское учреждение:

а) при остром заболевании;

б) при обострении хронического заболевания;

в) при родах, травме, отравлении и других несчастных случаях;

г) при необходимости проведения реабилитационного лечения за получением:

1) консультативной,

2) лечебной,

3) профилактической,

4) восстановительной и иной помощи, предусмотренной договором страхования.

По правилам российских страховых компаний договор страхования может быть заключен на условиях:

а) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (программа «Амбулаторная помощь»);

б) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в терапевтическом стационаре, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Терапевтический стационар»);

в) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационаре с возможностью проведения застрахованному лицу хирургической операции в связи с болезнью, родами или в результате несчастного случая, лечебно-восстановительной терапии в отделениях реабилитации или санаторно-курортных условиях (программа «Хирургический стационар»);

г) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторную стоматологическую помощь (программа «Стоматологическая помощь»);

д) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, медицинскую помощь в терапевтическом, хирургическом стационаре, стоматологическую помощь («Комплексная программа»);

е) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерскую помощь («Дородовое наблюдение женщин»);

ж) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерскую помощь («Оказание акушерской помощи»);

и) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях здравоохранения, оказывающих акушерскую помощь («Индивидуальное ведение родов»);

к) гарантированного предоставления и оплаты медицинских услуг, предусмотренных программой медицинского страхования, в учреждениях лечебно-восстановительной терапии, в отделениях реабилитации или санаторно-курортных учреждениях («Восстановление и реабилитация») и другие. [50, c.74]

В соответствии с договором страхования страховщик, по общему правилу, принимает на себя обязательство организовать и оплатить медицинские услуги, оказанные страхователю (застрахованному лицу) в лечебных учреждениях по существующим технологиям в соответствии с условиями договора страхования.

Стандартными общими исключениями из страхового покрытия по договору являются обращения за медицинской помощью:

а) по поводу получения травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в связи с совершением действий, в которых судом или следственными органами установлены признаки умышленного преступления;

б) в связи с умышленным причинением себе телесных повреждений, в том числе с покушением на самоубийство;

в) в связи с оплатой услуг, препаратов, лечения, включая любой период пребывания в стационаре или амбулаторного лечения, которые не были рекомендованы, письменно засвидетельствованы личным врачом страховщика или лечащим врачом застрахованного лица в качестве необходимых и разумных мер (мероприятий) по проведению лечения;

г) в случае применения косметической или пластической хирургии, кроме необходимости ее использования после несчастного случая;

д) по поводу коррекции зрения или его исследования с целью назначения линз или очков или их подбора, кроме фактов нарушения зрения в результате несчастного случая;

е) по поводу алкоголизма, токсикомании или наркомании;

ж) в связи с венерическими заболеваниями, заболеваниями любой формой СПИДа или ВИЧ-инфекций в любой стадии.

Основаниями, освобождающими страховую организацию от обязанности произвести страховую выплату, являются обращения за медицинской помощью, вызванные:

а) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

б) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

в) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

г) стихийными бедствиями.

Поскольку добровольное медицинское страхование рассматривается законодательством как вид договора личного страхования, то вопросы регулирования порядка заключения, осуществления и прекращения договора личного страхования закреплены в главе 48 Гражданского кодекса РФ. Так, согласно статье 934 ГК РФ по договору личного страхования «одна сторона (страховщик) обязуется за обусловленную договором плату (страховую премию), уплачиваемую другой стороной (страхователем), выплатить единовременно или выплачивать периодически обусловленную договором сумму (страховую сумму) в случае причинения вреда жизни или здоровью самого страхователя или другого названного в договоре гражданина...» [57, c.93].

Статья 942 ГК РФ выделяет существенные условия договора личного страхования, к которым относятся:

а) сведения о застрахованном лице;

б) сведения о характере события, на случай которого проводится страхование (страхового случая);

в) о размере страховой суммы;

г) о сроке действия договора.

Систематизируя основные тенденции развития добровольного медицинского страхования в России, следует отметить, что медицинские и страховые услуги занимают два первых места в списке неудовлетворенных потребностей российского среднего класса. Основу добровольного медицинского страхования в России составляют комплексные полисы, которые не только включают различные виды базовых медицинских услуг (амбулаторные, поликлинические, стационарной и скорой помощи), но и позволяют выбрать лечебное учреждение. Помимо базовых услуг, предлагаются и услуги круглосуточных диспетчерских служб, диспансеризация, профилактика. Для дорогих полисов компании используют модульный подход к составлению программ медицинского страхования, который позволяет заключить договор по индивидуальной программе в соответствии с потребностями клиента. Потенциал рынка добровольного медицинского страхования не полностью реализован. В частности, это связано с тем, что сам рынок медицинских услуг только создается. Для решения этой проблемы страховые компании часто инвестируют средства в медицинские учреждения, с которыми они сотрудничают, для улучшения качества обслуживания застрахованных.

Справедливо было бы назвать российскую теорию и практику осуществления добровольного медицинского страхования довольно противоречивой. С одной стороны, в соответствии с действующим российским законодательством оно относится к личному страхованию, и его часто сравнивают со страхованием жизни. А с другой, — многие специалисты справедливо относят его к рисковым видам страхования и сравнивают со страхованием имущества, расходов. Вместе с тем, систематизируя зарубежный опыт, было бы неверным утверждать, что в других странах существует однозначное толкование. В зарубежной практике медицинскому страхованию скорее отводят промежуточное место между страхованием жизни и видами страхования иными, чем страхование жизни. [59, c.114]

# 2 ОРГАНИЗАЦИЯ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

## 2.1 Государственные гарантии, предоставляемые гражданам российской федерации по оказанию медицинской помощи

В целях обеспечения конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи Правительство Российской Федерации ежегодно принимает Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. В частности, на 2007 г. одновременно Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации предписывается внести до 1 июня 2007 г. в установленном порядке в Правительство Российской Федерации предложения об утверждении программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2008 год, а до 1 июля 2007г. - доклад о ходе реализации Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год. При этом названный государственный орган обязывается давать разъяснения по вопросам формирования и экономического обоснования Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год.

Правительством Российской Федерации рекомендуется органам государственной власти субъектов Российской Федерации утвердить территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

На основании нормативных документов осуществлялось представление медицинской помощи в предшествующие годы. В частности, основанием служили Постановление Правительства Российской Федерации от 11 сентября 1998 г. N 1096 "Об утверждении Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью"; Постановление Правительства Российской Федерации от 26 октября 1999 г. N 1194 "О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью"; Постановление Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2000 г. N 907 "О Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью"; Постановление Правительства Российской Федерации от 24 июля 2001 г. N 550 "О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи".[68, c.50]

Рассмотрим более подробно действующую программу на 2007 г. Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год определяет виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений. Программа включает в себя:

- виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно;

- медицинскую помощь, предоставляемую в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования;

- медицинскую помощь, предоставляемую за счет средств бюджетов всех уровней;

- нормативы объемов медицинской помощи;

- нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи;

- подушевые нормативы финансирования Программы.

Программа разработана исходя из нормативов объемов медицинской помощи (по видам медицинской помощи), которые являются основой для формирования расходов на оказание гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи в бюджетах всех уровней, бюджетах Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

На основе Программы органы государственной власти субъектов Российской Федерации разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи, включающие территориальные программы обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи могут предусматривать предоставление дополнительных объемов и видов медицинской помощи за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации.

Рассмотрим виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно. Гражданам Российской Федерации в рамках Программы бесплатно предоставляются:

а) скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение беременных женщин и здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах всех типов.

Амбулаторно-поликлиническая помощь включает в себя оказание медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами);

в) стационарная помощь:

1) при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

2) при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;

3) при патологии беременности, родах и абортах и др. [8, c.27]

При оказании скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов предоставляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Заслуживает более внимательного рассмотрения медицинская помощь, предоставляемая в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования предоставляется амбулаторно-поликлиническая и стационарная помощь при инфекционных и паразитарных заболеваниях (за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза и синдрома приобретенного иммунодефицита), при новообразованиях, болезнях эндокринной системы, расстройствах питания и нарушениях обмена веществ, болезнях нервной системы, болезнях крови, кроветворных органов и отдельных нарушениях, вовлекающих иммунный механизм, болезнях глаза и его придаточного аппарата, болезнях уха и сосцевидного отростка, болезнях системы кровообращения, болезнях органов дыхания, болезнях органов пищеварения, болезнях мочеполовой системы, болезнях кожи и подкожной клетчатки, болезнях костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболеваниях зубов и полости рта, при травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин, а также при врожденных аномалиях (пороках развития), деформациях и хромосомных нарушениях [69, c.44].

В рамках базовой программы предоставляется также медицинская помощь при беременности, родах и в послеродовый период, при абортах и отдельных состояниях, возникающих в перинатальный период.

В рамках базовой программы осуществляется проведение мероприятий по профилактике заболеваний, включая диспансерное наблюдение, в том числе здоровых детей, а также по профилактике абортов.

Базовая программа осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования.

В дипломном исследовании автором проанализирована динамика бюджетных ассигнований на здравоохранение и взносов на обязательное медицинское страхования в Российской Федерации в период рыночных реформ (рисунок 3).



Рисунок 3 - Динамика бюджетных ассигнований на здравоохранение и взносов на обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, тыс. руб.

Медицинская помощь, предоставляемая за счет средств бюджетов всех уровней гражданам на территории Российской Федерации предоставляется:

а) за счет средств федерального бюджета:

1) специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь, оказываемая в федеральных специализированных медицинских организациях;

2) дополнительная бесплатная медицинская помощь, в том числе предусматривающая обеспечение отдельных категорий граждан необходимыми лекарственными средствами, предоставляемая в соответствии с главой 2 Федерального закона "О государственной социальной помощи";

б) за счет средств бюджетов субъектов Российской Федерации:

1) специализированная (санитарно-авиационная) скорая медицинская помощь;

2) специализированная медицинская помощь, оказываемая в специализированных медицинских организациях субъектов Российской Федерации в соответствии с номенклатурой медицинских организаций, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации, при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, а также высокотехнологичные виды медицинской помощи.

Расходы бюджетов субъектов Российской Федерации включают в себя обеспечение специализированных медицинских организаций субъектов Российской Федерации лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, а также донорской кровью и ее компонентами.

В соответствии с законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации в отношении отдельных категорий граждан осуществляются дополнительные меры по оказанию медицинской помощи и лекарственному обеспечению;

в) за счет средств бюджетов муниципальных образований:

1)скорая медицинская помощь;

2) первичная медико-санитарная помощь в амбулаторно-поликлинических, стационарно-поликлинических и больничных организациях, в том числе женщинам в период беременности, во время и после родов. [8, c.42]

Расходы бюджетов муниципальных образований включают в себя обеспечение организаций муниципальной системы здравоохранения лекарственными и иными средствами, изделиями медицинского назначения, иммунобиологическими препаратами и дезинфекционными средствами, донорской кровью и ее компонентами, а также обеспечение граждан лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения.

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в соответствии с Программой, рассчитаны исходя из расходов медицинских организаций на ее оказание с учетом индекса потребительских цен, предусмотренного основными параметрами прогноза социально-экономического развития Российской Федерации на 2007 год, и составляют:

а) на 1 посещение в амбулаторно-поликлинической организации - в среднем 116,9 рубля, в том числе 89,5 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования; на 1 пациенто-день в дневном стационаре - в среднем 238,3 рубля, в том числе 228,1 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;

б) на 1 койко-день в стационаре - в среднем 674,3 рубля, в том числе 521,8 рубля за счет средств обязательного медицинского страхования;

в) на 1 вызов скорой медицинской помощи - 1064 рубля. [8, c.34]

Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальных программ обязательного медицинского страхования, учитывают расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, на приобретение медикаментов и перевязочных средств, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов, а также расходы по оплате стоимости лабораторных и инструментальных исследований, производимых в других учреждениях (при отсутствии своей лаборатории и диагностического оборудования), и оплате организации питания предприятиями общественного питания (при отсутствии своего пищеблока).

При выполнении нормативов финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования, рассчитанных на основе нормативов, предусмотренных настоящей Программой, в состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации. [49, c.88]

Подушевыми нормативами финансирования Программы являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на 1 человека в год.

Подушевые нормативы финансирования территориальных программ формируются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации исходя из нормативов, предусмотренных в разделах V и VI Программы, с учетом соответствующих районных коэффициентов. [67, c.88]

Подушевые нормативы финансирования Программы установлены в расчете на 1 человека в год (без учета расходов, связанных с обеспечением необходимыми лекарственными средствами категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) и составляют в среднем 3951,7 рубля, в том числе:

1936,3 рубля - за счет средств обязательного медицинского страхования;

2015,4 рубля - за счет средств соответствующих бюджетов, включающих финансирование скорой медицинской помощи, специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи, высокотехнологичных видов специализированной медицинской помощи, оказание медицинской помощи при заболеваниях, передаваемых половым путем, туберкулезе, синдроме приобретенного иммунодефицита, психических расстройствах и расстройствах поведения, наркологических заболеваниях, отдельных состояниях, возникающих у детей в перинатальный период, содержание медицинских организаций, работающих в системе обязательного медицинского страхования, а также финансирование медицинских организаций, не участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования. [8, c.23]

Выравнивание условий финансирования территориальных программ осуществляется в порядке, установленном бюджетным законодательством и законодательством об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации.

Инициативно в рамках дипломного исследования проведем анализ состава доходов и источников финансирования учреждений здравоохранения по уровням функционирования. Так, на федеральном уровне из общей совокупности источников финансирования расходов за счет бюджетных источников покрывается более 80% потребности в денежных средствах федерального лечебного учреждения. Ресурсами ОМС обеспечивается около 8,5%. Денежные средства, поступившие при оказании платных медицинских услуг и по каналам ДМС, покрывают 10% совокупной потребности федеральных медицинских учреждений (рисунок 4).



Рисунок 4 – Структура доходов и источников финансирования учреждений здравоохранения федерального уровня

Ежегодно Правительство Свердловской области представляет территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи. Рассмотрев представленную Правительством Свердловской области Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год, Областная Дума Законодательного Собрания Свердловской области принимает Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год.

Правительству Свердловской области предлагается подготовить документы, обосновывающие необходимость выделения дополнительных финансовых средств на реализацию Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год.

От имени территории готовится ходатайство в Федеральный Фонд обязательного медицинского страхования Российской Федерации о выделении дополнительных финансовых средств на выравнивание условий финансирования Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год;

о выделении дополнительной дотации Территориальному фонду обязательного медицинского страхования Свердловской области на выполнение Территориальной программы обязательного медицинского страхования в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования.

Правительство Свердловской области представляет в Областную Думу в срок до 1 августа 2007 года информацию об исполнении Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи за первое полугодие 2007 года.

По предыдущим временным периодам действовал пакет нормативной документации по обоснованию территориальной программы. В частности, постановления Областной Думы от 24.11.2005 г. № 1091-ПОД «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2006 год», от 23.06.2006 г. № 384-ПОД «Об исполнении Территориальной программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, бесплатной медицинской помощью за 2005 год», от 03.12.2006 г. № 1050-ПОД «О Территориальной программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год» [9, c.11].

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи является системой государственных мероприятий, обеспечивающих население Свердловской области гарантированным объемом медицинской и лекарственной помощи.

Программа составлена на основе Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год, утвержденной Постановлением Правительства Российской Федерации от 26.11.2006 г. № 690.

Программа включает в себя:

- виды медицинской помощи, предоставляемой населению бесплатно;

- территориальную программу обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области;

- программу медицинской помощи, предоставляемой гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, за счет средств бюджетов всех уровней;

- территориальные нормативы по формированию объемов медицинской помощи и финансовых ресурсов;

- виды и объемы медицинской помощи, а также объем финансовых средств на здравоохранение Свердловской области и Программу на 2007 год. [9, c.14]

Условия и порядок предоставления медицинской помощи при реализации Программы регламентируются федеральным законодательством. При реализации Программы гарантируется приоритетное финансирование медицинской помощи детям.

Финансирование Программы осуществляется за счет средств бюджетов всех уровней, средств обязательного медицинского страхования и других поступлений.

Контроль за качеством, объемами и условиями предоставления медицинской помощи осуществляется Министерством здравоохранения Свердловской области, государственным внебюджетным Территориальным фондом обязательного медицинского страхования Свердловской области, исполнительными органами местного самоуправления муниципальных образований, расположенных на территории Свердловской области, и страховыми медицинскими организациями. Программа действует с 1 января по 31 декабря 2007 года.

Гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, в рамках Программы бесплатно предоставляются:

*-* скорая медицинская помощь при состояниях, угрожающих жизни или здоровью гражданина или окружающих его лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострениями хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах;

- амбулаторно-поликлиническая помощь, включая проведение мероприятий по профилактике (в том числе диспансерному наблюдению, включая наблюдение беременных женщин и здоровых детей), диагностике (в том числе в диагностических центрах) и лечению заболеваний как в поликлинике, так и на дому, а также в дневных стационарах всех типов. Амбулаторно-поликлиническая помощь включает в себя оказание медицинской помощи врачами общей практики (семейными врачами);

- стационарная помощь: при острых заболеваниях и обострениях хронических болезней, отравлениях и травмах, требующих интенсивной терапии, круглосуточного медицинского наблюдения и изоляции по эпидемиологическим показаниям; при плановой госпитализации с целью проведения диагностики, лечения и реабилитации, требующих круглосуточного медицинского наблюдения, в том числе в детских и специализированных санаториях;

- при патологии беременности, родах и абортах и др. При оказании скорой медицинской помощи, стационарной медицинской помощи и медицинской помощи в дневных стационарах всех типов предоставляется бесплатная лекарственная помощь в соответствии с федеральным и областным законодательством. [9, c.28]

При оказании амбулаторной медицинской помощи бесплатное или льготное лекарственное обеспечение осуществляется в случаях, если граждане имеют право на получение соответствующих мер социальной поддержки, установленных федеральным или областным законодательством.

Государственный внебюджетный Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области оплачивает медицинскую помощь и медицинские услуги, предусмотренные территориальной программой обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области.

Средства государственного внебюджетного Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области используются медицинскими организациями на оплату труда с начислениями, медикаменты, в том числе на иммунобиологические лекарственные средства, перевязочные средства, продукты питания, мягкий инвентарь и обмундирование.

В рамках действия программы устанавливаются нормативы объемов медицинской помощи. Объемы медицинской помощи определяются исходя из нормативов объемов лечебно-профилактической помощи в расчете на одного человека в год.

Устанавливаются следующие нормативы:

а) скорая медицинская помощь.

Показатель объема скорой медицинской помощи выражается в количестве вызовов в расчете на одного человека в год. Норматив вызовов в среднем по области составляет 0,318 вызовов;

б) амбулаторно-поликлиническая помощь, в том числе медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах всех типов.

в) стационарная помощь.

При выполнении нормативов финансирования территориальных программ обязательного медицинского страхования, рассчитанных на основе нормативов, предусмотренных настоящей Программой, в состав затрат на оказание медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования могут быть включены иные расходы в соответствии с бюджетным законодательством Российской Федерации.

Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области установлены в рублях в расчете на одного человека в год и составляют в среднем 5728 рубля.

Подушевыми нормативами финансирования Программы являются показатели, отражающие размер средств на компенсацию затрат по предоставлению бесплатной медицинской помощи в расчете на одного человека в год.

Подушевые нормативы финансирования Программы формируются исходя из нормативов, предусмотренных в нормативах объемов медицинской помощи, нормативах финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи.

Подушевые нормативы финансирования Программы установлены в рублях в расчете на одного человека в год (без учета расходов, связанных с обеспечением необходимыми лекарственными средствами категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг) и составляют в среднем 5649 рублей, в том числе 2567 рублей за счет средств обязательного медицинского страхования и 3082 рублей за счет средств соответствующих бюджетов. [9, c.25]

Анализ структуры доходов и источников финансирования учреждений здравоохранения регионального уровня, проведенный в рамках дипломного исследования демонстрирует следующее. Примером, лечебно-профилактических учреждений регионального уровня выбраны специализированные и широко-профильные учреждения (рисунок 5).



Рисунок 5 – Структура доходов и источники финансирования учреждений здравоохранения регионального уровня

В составе источников по противотуберкулезному диспансеру доминирующее положение занимают средства бюджета. Это обосновано социальной значимостью и необходимостью финансового обеспечения учреждения данного направления деятельности.

Несколько другое соотношение по кожновенерологическому диспансеру. Доля бюджетных средств сократилась примерно до 76%. При этом определенное участие в финансирований принимает ОМС, часть расходов покрывается за счет платных медицинских услуг и ДМС.

Областная больница финансируётся примерно в.равных позициях за счет средств бюджета и ОМС, при сохранении 10% размера денежных средств, поступающих от платных медицинских услуг и ДМС.

На муниципальном уровне несколько другие соотношения (рисунок 6).

Рисунок 6 – Структура доходов и источники финансирования учреждений здравоохранения муниципального уровня

Более наглядно данные диаграмм сведены в таблицу 1.

Таблица 1 - Виды и объемы медицинской помощи, предоставляемой населению Свердловской области на 2007 год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вид медицинской помощи  | Единица измерения  | Плановые объемы медицинской помощи  |
| Медицинская помощь, предоставляемая гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, за счет средств бюджетов всех уровней: |  |  |
| Скорая медицинская помощь  | тыс. вызовов  | 1404,38  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь  | тыс. посещений  | 6544,31  |
| Стационарная помощь  | тыс. койко-дней  | 4341,01  |
| Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах  | тыс. пациенто-дней | 466,32  |
| Территориальная программа обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области:  |  |  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь  | тыс. посещений  | 34305,46  |
| Стационарная помощь  | тыс. койко-дней  | 9081,777  |
| Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах  | тыс. пациенто-дней | 2154,55  |
| Всего:  |  |  |
| Амбулаторно-поликлиническая помощь  | тыс. посещений  | 40849,77  |
| Стационарная помощь  | тыс. койко-дней  | 13422,787  |
| Медицинская помощь, предоставляемая в дневных стационарах  | тыс. пациенто-дней | 2620,87  |

Примечание: численность населения Свердловской области 4409,7 тыс. человек.

Таблица 2 – Объем финансовых средств, направленных на здравоохранение Свердловской области и реализацию территориальной программы государственных гарантий гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование  | Сумма (тысяч рублей)  | Расходы на одного человека (рублей)  |
| Расходы областного бюджета без платежей на обязательное медицинское страхование неработающего населения  | 6614024  | 1500  |
| Расходы местных бюджетов (с учетом ЗАТО)  | 7325360  | 1661  |
| Расходы Территориального фонда обязательного медицинского страхования Свердловской области (с учетом ЗАТО) - всего: в том числе расходы областного бюджета по платежам на обязательное медицинское страхование неработающего населения  | 11319718 6067623  | 2567 1376  |
| Расходы на финансирование здравоохранения Свердловской области - всего: в том числе на финансирование Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год.  | 25259102 24911860 | 5728 5649  |

Таким образом, можно сделать вывод, что финансирование здравоохранения осуществляется на основании межбюджетных отношений, при этом объемы финансирования являются недостаточными.

**2.2 Аналитический обзор по страховым организациям, медицинского страхования в свердловской области**

Медицинское страхование, являясь одним из видов личного страхования выступает важным фактором социальной защиты населения и по мере развития российской экономики, отмечается заметный рост финансирования обязательного медицинского страхования и увеличение страховых сборов по добровольному медицинскому страхованию.

Успехи пока весьма скромные, но сохраняющиеся на протяжении определенного времени тенденции, позволяют говорить о поступательном развитии российского страхового рынка, в том числе медицинского страхования.

Основные тенденции рынка:

* Российский страховой рынок пока еще слабо развит по сравнению с западными. Однако в последние несколько лет он развивается очень активно.Наиболее значимые факторы, которые влияют на развитие страхового рынка – законодательство и социально-экономическая ситуация в стране.
* Страховой рынок в России довольно концентрирован. 10 крупнейших страховых организаций собрали по итогам 1-го полугодия 41% национальной страховой премии. Об этом свидетельствуют данные, предоставленные Всероссийским союзом страховщиков.
* Еще одна явная тенденция - это вероятное появление на рынке большого числа страховых брокеров. Множество некрупных универсальных страховых компаний, не имея возможности работать с клиентами от своего имени, уже сейчас предлагают клиентам пакеты страховых услуг разных компаний, оптимизированных под конкретного клиента. Для клиента такой пакет выгоден тем, что он экономит время для оформления всех подобных сделок самостоятельно, а страховой брокер получает свои проценты от сделок со всеми заинтересованными сторонами. [17, c.88]

Развитие страхового рынка напрямую зависит от повышения благосостояния граждан. В Германии, например население тратит на страхование 35-40% доходов, в России же этот показатель не превышает 3-4%. Основной рост рынка еще впереди. По некоторым прогнозам расходы россиян на страхование достигнут европейского уровня, когда средний уровень доходов на одного человека по стране составит 30-40 тысяч рублей [20, c.5].

Емкость страхового рынка в Свердловской области (совокупный размер поступлений всех страховых компаний) по итогам 9 месяцев 2006 года достигла 7 143 млрд. рублей, что на 16,3% больше показателя за аналогичный период 2005 года. Это свидетельствует о развитии страхования в Уральском федеральном округе высокими темпами.

По мнению специалистов, рынок медицинского страхования в Уральском федеральном округе менее активный по сравнению с другими видами страхования (например, с имущественным). Между тем медицинских страховщиков в Уральском федеральном округе достаточно для того, чтобы не жаловаться на нехватку игроков на этом рынке.

Более низкое развитие медицинского страхования по сравнению с другими видами страхового дела связано с несколькими причинами:

Высокая затратность организации и дальнейшей деятельности страховой компании (в связи с необходимостью постоянного проведения экспертиз).

Низкая активность населения по заключению договоров добровольного медицинского страхования. Это связано с тем, что граждане России предпочитают страховать имущество, а не собственные жизнь и здоровье. Тут играет роль и недостаточно высокий уровень жизни, и отсутствие свободных денежных средств, и еще не сложившаяся культура страхования. Вот почему добровольным медицинским страхованием сегодня часто занимаются те же компании, которые оказывают услуги по имущественному страхованию, а также корпоративные и каптивные страховые компании. [23, c.88]

 На развитие медицинского страхования влияет высокая, по сравнению с другими видами страхования, степень риска наступления страхового случая.

Имеются законодательные ограничения для страховщиков в системе обязательного медицинского страхования (ОМС согласно законодательству является некоммерческой деятельностью, т.е. страховая компания не может иметь извлечение прибыли основной целью своей деятельности, страховая компания, занимающаяся обязательным медицинским страхованием, не может заниматься другими видами страховой деятельности кроме добровольного медицинского страхования). [24, c.88]

В Свердловской области, по данным Федеральной службы страхового надзора РФ, на 30 июня 2006 года 111 страховых компаний (всего в России – 1001, в Уральском федеральном округе – 348). Отличительная черта региона – большая доля региональных операторов. В области 39 местных фирм и 72 филиала федеральных компаний. Для сравнения: в соседней Челябинской области это соотношение – 15 и 71 соответственно [71].

Медицинских компаний в Уральском федеральном округе порядка 43, в то время как для качественного обслуживания клиентов достаточно полутора десятков. Основными участниками рынка медицинского страхования являются следующие компании:ООО ЕСК «Пульс» , ООО СМК «Астрамед-МС», ООО МС «Мегус-АМТ», ЗАО СК «Мединком», ЗАО МСК «Тирус-Медсервис», ООО СМК «Фонд Здоровья», ООО СМК «Урал-Рецепт М», ООО МСК «Данко», ООО СМО «Тагил-Медсервис», ООО СК «Крона-СК», ООО «Уральская страховая медицина», ООО ЖСМК «Дормедсервис», ЗАО СК «Сакс-Мед», ООО МСК «Остров», ЗАО СМК «Гарант-Энергомед», ООО СМК «Кольцо Урала-медицина», ООО СК «Белая Башня-Здоровье». Показатели характеризующие деятельность этих компаний представлены в виде таблиц в Приложении А.

Таблица 3 - Сведения о поступлении страховых премий (взносов) по регионам Российской Федерации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Рег. номер | Город | Итого (кроме обязат. мед. страхов.) | в том числе по договорам |
| добровольного | Обязат. медицинское страхов. |
| страхов. жизни | личного страхов. |  |
| Свердловская область |   |   | 9 921 528 | 263 251 | 2 467 696 | 1 231 609 |
| АСТРАМЕД-МС | 1372 | Екатеринбург | 24 211 | 0 | 24 211 | 159 536 |
| БЕЛАЯ БАШНЯ-ЗДОРОВЬЕ | 1499 | Екатеринбург | 104 308 | 0 | 104 308 | 83 070 |
| ГАРАНТ-СТРАХОВАНИЕ | 3894 | Москва | 91 | 0 | 0 | 0 |
| ГАРАНТ-ЭНЕРГОМЕД | 2753 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 44 933 |
| ДАНКО | 1564 | Кировград | 96 | 0 | 96 | 3 191 |
| ДОРМЕДСЕРВИС | 1548 | Екатеринбург | 28 897 | 0 | 28 897 | 20 816 |
| КОЛЬЦО УРАЛА-МЕДИЦИНА | 3313 | Екатеринбург | 9 177 | 0 | 9 177 | 58 145 |
| КРОНА-СК | 1476 | Екатеринбург | 10 264 | 0 | 10 264 | 43 652 |
| МЕГУС-АМТ | 1734 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 35 031 |
| МЕДИНКОМ | 43 | Екатеринбург | 148 253 | 0 | 148 253 | 218 079 |
| ОСТРОВ | 3282 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 36 030 |
| ПУЛЬС | 1409 | Екатеринбург | 24 207 | 0 | 24 207 | 41 661 |
| ТАГИЛ-МЕДСЕРВИС | 1098 | Нижний Тагил | 17 479 | 0 | 17 479 | 113 636 |
| ТИРУС-МЕДСЕРВИС | 788 | Верхняя Салда | 0 | 0 | 0 | 81 493 |
| УРАЛ-РЕЦЕПТ М | 1457 | Екатеринбург | 5 368 | 0 | 5 368 | 226 446 |
| УРАЛЬСКАЯ СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА | 1712 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 43 613 |
| ФОНД ЗДОРОВЬЯ | 1759 | Реж | 0 | 0 | 0 | 8 798 |

Начинается процесс слияния и укрупнения страховых компаний, что приведет к тому, что на рынке останутся только те компании, которые наиболее качественно осуществляют услуги.

По итогам первого полугодия 2006 года взносы в компаниях Свердловской области составили 692 196 000 рублей. Это положительная динамика развития данной отрасли страхования. Выплаты достигли 597 874 000 рублей. В целом в Уральском федеральном округе сумма страховых взносов составила 11 807 382 000 рублей, сумма выплат – 10 847 571 000 рублей [71].

В Свердловской области работают по обязательному медицинскому страхованию 16 страховых компаний. В связи с Постановлением Правительства Свердловской области № 585-ПП от 26 июля 2005 года «Об утверждении территориальных правил обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих на территории Свердловской области» возможно, произойдет перераспределение страхового поля в следствии свободной конкуренции между страховыми компаниями. Количество региональных медицинских страховых компаний будет снижаться. Есть два варианта развития ситуации. Либо компании самостоятельно будут развивать свою сеть, вкладывая серьезные средства, либо продаваться кому-то из крупных операторов рынка.

Издание «Деловой квартал», опубликовало в номере от 27 ноября 2006 года «Рейтинг страховых компаний по взносам по добровольному страхованию за I-III квартал 2006 года». В данном рейтинге представлены данные по 20 страховым компаниям. Была произведена выборка по тем компаниям, которые занимаются добровольным личным страхованием. Первые три места занимают крупные московские компании: «Согаз», «Жасо», «Росно» взносы которых составили 323 506 тысяч рублей, 251 551 тысяч рублей, 101 310 тысяч рублей соответственно, выплаты 229 723 тысяч рублей, 156 307 тысяч рублей, 9 550 тысяч рублей. На четвертом месте расположена екатеринбургская страховая компания «Мединком», взносы которой составили 99 896 тысяч рублей, выплаты 87 271 тысяч рублей. Нужно учесть тот факт, что «Мединком» в отличие от всех остальных страховых компаний опубликованных в рейтинге занимается исключительно медицинским страхованием.

В России страхование, как и вся экономическая система, находится в состоянии реформирования. Во многих развитых странах мира страховые компании по своей мощности и размерам концентрируемого в них капитала стоят наравне с банками и являются важной отраслью финансового сектора экономики. Роль страхования в современной экономике обусловлена выполняемой страхованием функцией финансового стабилизатора развития экономики, который, с одной стороны, позволяет субъектам экономики компенсировать ущербы, наступающие вследствие неизбежных случайных событий, а с другой стороны, накапливать инвестиционные ресурсы. [32, c.74]

В условиях развития российской экономики потребность в страховых услугах будет расти вместе с ростом объемов хозяйственной деятельности. Во многих отраслях страхование является необходимой предпосылкой экономического роста, его составной компонентой. Это относится, в частности, к инвестициям, в жилищное строительство, которые финансируются ипотечным кредитом и гарантируются в значительной части страхованием жизни заемщика в пользу кредитора. Поэтому более чем скромные объемы российского страхования отнюдь не свидетельствуют об отсутствии у него огромного потенциала развития.

Факторами, ограничивающими возможности развития российского страхового рынка, являются: недостаточная емкость рынка с точки зрения капитала, которым располагают страховые компании, выступающие на стороне производителей страховых услуг; невысокая платежеспособность физических и юридических лиц, выступающих на стороне потребителей страховых услуг; недостаточная страховая культура населения и самих страховщиков; серьезные трудности с обеспечением профессионально подготовленными кадрами, отвечающими современным требованиям ведения страховых операций. [34, c.55]

Основная тенденция последних лет – планомерное ужесточение требований к страховым компаниям со стороны государства. В частности, по закону «Об организации страхового дела в РФ» к 1 июля 2007 года страховые организации должны нарастить свой уставный капитал. С введением данных требований к уставному капиталу в июле 2006 года были отозваны лицензии у 17 страховых компаний, работающих на территории Уральского федерального округа. Часть, из которых медицинские страховщики. С рынка уходят те, кто случайно на нем оказался, либо те, кто и так собирался закрываться или объединяться с другими компаниями, создавая более крупные. Надежность рынка в целом при этом растет. По данным Федеральной службы страхового надзора в 2007 году будут отозваны лицензии у 28% от общего числа страховых организаций Уральского федерального округа по причине недостаточности уставного капитала. По новым требованиям страховые компании должны были увеличить свой уставный капитал: предоставляющим универсальный спектр услуг,- до 30 млн. рублей; те, кто страхует жизнь,- до 60 млн. рублей, перестраховщикам – до 120 млн. рублей. Законодатель учел, что единовременно игроки рынка не смогут выполнить его требования, поэтому предложил компаниям увеличить капитал в три этапа. Первый этап прошел в 2005 году, второй завершился в июле 2006 года, третий запланирован на 1 июля 2007 года. Многие страховщики уже сейчас не могут выполнить такие требования, поэтому вынуждены уходить с рынка. Отзыв лицензий 17 уральских страховщиков был связан с наступлением очередного этапа в смене объемов капитализации. В тоже время часть страховых компаний смогла доказать, что их капиталы соответствуют требованиям законодателя, а причиной отзыва послужили технические ошибки в документации или в сроках ее предоставления. Эти компании добились восстановления лицензий и пока работают в прежнем режиме. Страхователи заключившие договора с компаниями, которые будут ликвидированы, никак не пострадают, портфели этих страховщиков перераспределятся между другими игроками рынка. [71] Также Федеральная служба страхового надзора ввела новые формы отчетности для страховщиков, затем развернула борьбу со схемным страхованием (использование страхования жизни и других видов полисов для ухода от налогообложения), сейчас идет работа над увеличением надежности компаний. Специалисты считают, что ужесточение правил игры положительно скажется на рынке. Компании становятся крупнее, а значит, растет их надежность, повышается качество услуг и соответственно увеличивается доверие населения к страхованию в целом. Для эффективной страховой компании нарастить капитал до 30 млн. рублей не представляет большого труда. В связи с вступлением России во Всемирную торговую организацию на рынке скоро появятся иностранные игроки, поэтому отечественные операторы должны быть готовы к этому моменту. Конкурировать с иностранцами смогут те, кто серьезно подготовится к их приходу[35, c.17] (Приложение В).

В дальнейшем медицинский страховой рынок будет развиваться высокими темпами, этому способствует и рост благосостояния населения, и стабилизация экономической ситуации в стране. Страховой рынок будет расти качественно и количественно. Прибыльность этого рынка станет очевидной, именно в этой сфере будут сосредоточены значительные средства. [36, c.462]

**2.3 Характеристика функционирования зао ск «мединком»**

Как известно, во многих странах мира страхование стало неотъемлемой чертой цивилизованной жизни. Услугами страховых компаний пользуются частные лица, государственные и коммерческие структуры, бизнесмены, крупные корпорации. Именно поэтому страхование является одним из самых мощных финансовых институтов и играет важную роль в социально-экономической жизни своих стран.

В России, несмотря на все сложности становления рыночных отношений, формируется круг крупных страховых компаний. До сих пор продолжается тенденция по увеличению их удельного веса на российском страховом рынке. Одно из ведущих мест на рынке медицинского страхования занимает страховая компания «Мединком». При осуществлении страховой деятельности «Мединком» основное внимание уделяет индивидуальному подходу к каждому клиенту и неукоснительному выполнению всех взятых на себя обязательств. При разработке и внедрении новых страховых продуктов специалисты компании руководствуются принципом их соответствия потребностям клиента по удобству условий, доступности тарифов и качеству сервиса.

Положительный эффект такого подхода к бизнесу подтвержден ведущими позициями в рейтингах страховщиков по объему собираемых страховых премий.

«Мединком» уделяет большое внимание развитию и поддержанию долгосрочных взаимоотношений с каждым клиентом – и с частным лицом, и с крупной организацией. Также общество рассматривает страхование как форму создания для граждан благоприятной среды безопасности путем защиты их здоровья.

Правовой статус:

ЗАО СК «Мединком» является юридическим лицом, имеет самостоятельный баланс, расчетный, валютный и др. счета, может от своего имени приобретать и осуществлять имущественные и личные неимущественные права, нести обязанности, быть истцом и ответчиком в суде.

ЗАО СК «Мединком» является собственником принадлежащего ему имущества, включая имущество, переданное ему акционерами. ЗАО СК «Мединком» осуществляет согласно действующему законодательству владение и распоряжение находящимся в его собственности имуществом в соответствии с целями своей деятельности и назначением имущества. Филиалы, представительства и др. обособленные подразделения ЗАО СК «Мединком», не имеющие прав юридического лица, наделяются основными и оборотными средствами за счет ОАО ЗАО СК «Мединком». Общество несет ответственность по своим обязательствам всем принадлежащим ему имуществом. Акционеры не отвечают по обязательствам общества и несут риск убытков, связанных с деятельностью общества, в пределах стоимости принадлежащих им акций.

Характерная черта «Мединком» – разработка, совершенствование и предложение страхователям новых, самых современных продуктов. Спектр страховых предложений «Мединком» юридическим и физическим лицам является самым широким среди страховых компаний УРФО. «Мединком» готово предложить каждому гражданину, трудовому коллективу, предприятию и организации комплексный подход к страхованию, обеспечивающий полный учет потребностей и возможностей сторон в целях устойчивости и благополучия в обществе.

СК «Мединком» является крупнейшей страховой медицинской организацией на Урале, «Мединком» осуществляет свою деятельность в соответствии с лицензией на обязательное и добровольное медицинское страхование и страхование лекарственного обеспечения С № 004366.

Рассмотрим отдельные виды деятельности компании:

Участие в профессиональных союзах. Мединком - один из основных инициаторов создания Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков (МСМС). В 2004 году компания на альтернативной основе была избрана представителем МСМС в Уральском Федеральном Округе. СК «Мединком» является членом Совета по страховой деятельности при Правительстве Свердловской области, членом Координационного Совета Межрегионального Союза Страховщиков «Белый Соболь», возглавляет в нём Комитет по медицинскому страхованию.

Страховая деятельность. В рамках обязательного медицинского страхования компания оказывает услуги более чем 1 миллиону человек, что составляет 20% населения Свердловской области. За все годы деятельности СК «Мединком» обслуживает своих застрахованных на самом высоком уровне. В кадровом составе фирмы – специалисты высокой квалификации, в качестве врачей-экспертов работают кандидаты и доктора медицинских наук.

Собственные активы позволяют взять на себя обязательства в объёме 600 миллионов рублей, что подтверждает высокую надёжность и финансовую устойчивость компании

Только в 2006 году создано 5 новых филиалов и представительств в Свердловской области и 7 в Челябинской области.

Полноту страховой защиты обеспечивает также и хорошо развитая региональная сеть. На сегодняшний день в региональную сеть ЗАО СК «Мединком» входят 25 филиалов в Муниципальных образованиях Свердловской области, что позволяет компании удовлетворить потребности клиентов практически на всей территории Свердловской области.

В настоящее время СК «Мединком» осуществляет деятельность в 25 муниципальных образованиях Свердловской области.

Мединком стоял у истоков создания системы медицинского страхования в Свердловской области и продолжает принимать активное участие в подготовке и обсуждении аналитических и нормативно-методических документов.

При реализации Национального проекта «Здоровье» страховой компанией «Мединком» выполняется большой объём работы, направленной на гарантированное обеспечение качественной медицинской помощью населения Свердловской и Челябинской областей.

В настоящее время ЗАО «СК «Мединком» активно участвует в реализации медицинских программ, действующих на территории Свердловской области.

Основная функция страховой компании при работе в системе обязательного медицинского страхования – контроль качества оказания медицинской помощи. В рамках программы проводится медицинская и экономическая экспертиза, информационно-аналитическая работа, проводятся семинары, совещания, медсоветы с участием медицинских работников, на которых не только разбираются типичные ошибки, но и определяются пути решения конкретных проблем, оказывается консультативная помощь, как врачам, так и пациентам.

В 2006 году страховой компанией «Мединком», совместно с Государственной телерадиокомпанией «Урал» при поддержке Минздрава Свердловской области проводился конкурс «Народный доктор». Победители конкурса определены на основании писем и телефонных звонков граждан.

Компанией также накоплен опыт в сфере добровольного медицинского страхования. Журнал «Деловой квартал» № 44 от 27 ноября 2006 года опубликовал рейтинг, в котором по итогам 9 месяцев 2006 года компания вошла в число 20 лидирующих компаний по объёмам взносов по добровольному страхованию. Необходимо учитывать, что в отличие от других компаний, ЗАО «СК «Мединком» занимается только медицинским страхованием.

Компания предоставляет широкий спектр страховых программ добровольного медицинского страхования в соответствии с интересами заказчика. В рамках программ предусмотрена медицинская помощь застрахованным гражданам, в том числе стоматологические услуги с использованием современных материалов по минимальным ценам. Медицинские услуги могут предоставляться в любом медицинском учреждении по выбору клиента СК «Мединком»: не только в Екатеринбурге, но и в Москве, Новосибирске, других городах России, странах СНГ, а также за рубежом (Германия, Чехия, Израиль, США).

На протяжении 14 лет устойчиво и динамично увеличивается величина собственных средств ЗАО СК «Мединком». Рост собственных средств повышает финансовую устойчивость компании и создает базу для дальнейшего расширения деятельности. На конец 2006 г. собственные средства увеличились на 19,05 % по сравнению с началом года.

Постоянный рост собственных средств свидетельствует о повышении степени надежности компании. Устойчивый рост поступлений страховой премии в последние годы, несмотря на кризисные явления в российской экономике, отражает высокую степень доверия к РОСНО со стороны ее клиентов даже в условиях нестабильной экономической ситуации в стране.

Программы СК «Мединком» в сфере добровольного медицинского страхования проверены временем. Кроме того, здесь разрабатываются оригинальные программы с учётом индивидуальных потребностей заказчика. Компания разработала механизм «пакетного медицинского страхования», при использовании которого большое внимание уделяется профилактике заболеваний у работников предприятий, за счёт привлечения средств работодателей. Реализация механизма пакетного медицинского страхования возможна при заключении договора ОМС и ДМС в одной страховой компании, где инструментом работы этой программы служит персонифицированный учёт и финансовый анализ средств на каждого застрахованного.

В рамках пакетного страхования предоставляются следующие медицинские услуги:

* Стационарное и амбулаторное лечение любых заболеваний в России и за рубежом;
* Стоматологическое лечение;
* Все виды диагностических мероприятий;
* Консультативная помощь лучших специалистов;
* Организация профилактических осмотров;
* Санаторно-курортное лечение.

В 2007 году компания приступила к выполнению намеченных планов и задач.

Основные из них:

* Расширение территории обслуживания;
* Совершенствование работы по защите прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования;
* Участие в конкурсах на обслуживание по обязательному медицинскому страхованию неработающего населения в субъектах Российской Федерации;
* Внедрение «пакетного» страхования;
* Проведение ежегодного конкурса «Народный доктор».

За 14 лет работы на страховом рынке России ЗАО СК «Мединком» заслужило доверие клиентов и уважение партнеров. Во многом этому способствовала абсолютная прозрачность деятельности компании. Достоверность регулярно публикуемых финансовых результатов деятельности компании подтверждена аудиторскими проверками.

# 3 ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РФ

## 3.1 Экономико-организационные и законодательные совершенствования медицинского страхования

Рассмотрим законопроект по обязательному медицинскому страхованию в Российской Федерации. Федеральный закон определяет правовые, экономические и организационные основы обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования в Российской Федерации.

В рамках законопроекта дается понятие обязательного медицинского страхования. Обязательное медицинское страхование представляет собой систему отношений, обеспечивающих защиту материального и социального положения застрахованных лиц и гарантирующих оказание медицинской помощи при наступлении страхового случая, определенного настоящим Федеральным законом. При этом предполагается своеобразное деление. Обязательное медицинское страхование является видом обязательного социального страхования, включает в себя обязательное медицинское страхование в Российской Федерации и обязательное медицинское страхование в субъектах Российской Федерации.

Выделяется законодательная база по обязательному медицинскому страхованию. Обязательное медицинское страхование осуществляется в соответствии с Конституцией Российской Федерации, Федеральным законом «Об основах обязательного социального страхования», настоящим Федеральным законом, законодательством Российской Федерации о налогах и сборах, бюджетным законодательством Российской Федерации, другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами, издаваемыми в соответствии с федеральными законами. [42, c.27]

При этом регламентируется что, на отношения, регулируемые анализируемым Федеральным законом, не распространяется действие Закона Российской Феде-рации «Об организации страхового дела в Российской Федерации». Также в случаях, если международными договорами Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, применяются правила международного договора.

Обязательно устанавливается понятийный аппарат и основные понятия, используемые в федеральном законе. Для целей настоящего федерального закона используются следующие понятия:

 а) обязательное медицинское страхование - система обязательного медицинского страхования работающих и неработающих граждан, действующая в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами и финансируемая за счет налоговых платежей, страховых взносов и средств федерального бюджета Российской Федерации, на обязательное медицинское страхование;

б) работающее население (работающие граждане) - граждане Российской Федерации, осуществляющие деятельность в соответствии с трудовыми договорами и гражданско-правовыми договорами, предметом которых является выполнение работ и оказание услуг, а также авторскими договорами; граждане, являющиеся плательщиками налогов, подлежащих в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах зачислению полностью или частично в фонды обязательного медицинского страхования;

в) неработающее население (неработающие граждане) - граждане Российской Федерации, постоянно проживающие на территории субъекта Российской Федерации, не осуществляющие деятельность в соответствии с трудовыми и гражданско-правовыми договорами и не являющиеся плательщиками налогов, подлежащих в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах зачислению полностью или частично в фонды обязательного медицинского страхования;

г) страхователи - для работающих граждан: юридические и (или) физические лица, являющиеся плательщиками налогов, подлежащих в соответствии с

законодательством Российской Федерации о налогах и сборах зачислению полностью или частично в фонды обязательного медицинского страхования; для неработающих граждан: органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, заключившие многосторонние соглашения об обязательном медицинском страховании неработающих граждан, постоянно проживающих на территории субъекта Российской Федерации, обеспечивающие уплату страховых взносов в установленном размере;

д) платежи на обязательное медицинское страхование работающего населения - налоговые платежи, подлежащие зачислению в бюджеты Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации о налогах и сборах;

е) страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения - средства бюджетов субъектов Российской Федерации, направляемые на обязательное медицинское страхование неработающих граждан;

ж) размер софинансирования на обязательное медицинское страхование одного неработающего - норматив финансирования, используемый для определения размера субсидии на осуществление страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, предоставляемой субъекту Российской Федерации за счет средств федерального бюджета в рамках Соглашения на соответствующий год;

и) дифференцированный подушевой норматив - норматив финансирования, используемый для определения объемов финансовых средств, перечисляемых территориальным фондом обязательного медицинского страхования организациям обязательного медицинского страхования на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию;

к) страховщики - организации обязательного медицинского страхования, имеющие лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию, или территориальные фонды обязательного медицинского страхования, в порядке определяемом законодательством Российской Федерации, на период отсутствия на территории соответствующего субъекта Российской Федерации организаций обязательного медицинского страхования (их филиалов и представительств);

л) организации обязательного медицинского страхования - юридические лица, созданные в соответствии с законодательством Российской Федерации в качестве страховщика и получившие в установленном порядке специальное разрешение (лицензию) на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию; надзор и регулирование их деятельности осуществляется уполномоченным федеральным органом исполнительной власти;

м) медицинские организации - юридические лица любой организационно-правовой формы, а также лица, занимающиеся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица, получившие в установленном порядке лицензию на осуществление медицинской деятельности;

Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования - организации, создаваемые для обеспечения финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации и осуществляющие деятельность в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации, издаваемыми в соответствии с федеральными законами;

а) страховой случай - событие, обусловливающее необходимость получения застрахованным лицом медицинской помощи, при наступлении которого страховщик обязуется обеспечить ее предоставление и оплату в порядке и на условиях, определенных настоящим Федеральными законом и иными нормативными правовыми актами, издаваемыми в соответствии с настоящим Федеральным законом;

б) страховой риск - предполагаемая необходимость получения застрахованным лицом медицинской помощи;

в) страховое обеспечение - оплата страховщиком расходов медицинской организации, связанных с предоставлением застрахованному липу медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;

г) стоимость страхового года - сумма денежных средств, которые должны поступить за застрахованное лицо в территориальные фонды обязательного медицинского страхования в течение одного финансового года на обеспечение оказания медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования; стоимость страхового года и порядок ее применения для целей обязательного медицинского страхования определяется Правительством Российской Федерации;

д) медицинская помощь - комплекс мероприятий, включающий медицинские услуги, организационно-технические мероприятия, связанные с оказанием медицинской помощи, профилактические мероприятия, лекарственное обеспечение, направленные на удовлетворение потребностей населения в поддержании и восстановлении здоровья;

е) медицинская услуга - мероприятия или комплекс мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, их диагностику к лечение, имеющих самостоятельное законченное значение и определенную стоимость;

ж) операционный план организации обязательного медицинского страхования- документ, включающий перечень планируемых объемов медицинской помощи застрахованным лицам и финансовых средств, направляемых на оказание медицинской помощи по отдельным видам и уровням в каждом субъекте Российской Федерации, на территории которого организация обязательного медицинского страхования осуществляет деятельность по обязательному медицинскому страхованию. [47, c.125]

Объектом обязательного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Субъектами обязательного медицинского страхования являются: застрахованные лица, страхователи, Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд Российской Федерации, страховщики, медицинские организации, Министерство финансов Российской Федерации, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением.

В качестве застрахованных лиц в системе обязательного медицинского страхования выступают:

* работающие граждане Российской Федерации;
* неработающие граждане Российской Федерации, в отношении которых органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации заключено многостороннее соглашение с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования, территориальным фондом обязательного медицинского страхования, Пенсионным фондом Российской Федерации, Министерством финансов Российской Федерации и федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственное управление здравоохранением, об обязательном медицинском страховании неработающих граждан;
* иностранные граждане и лица без гражданства в случае уплаты ими или за них платежей на обязательное медицинское страхование в фонды обязательного медицинского страхования, если международными договорами Российской Федерации не предусмотрено иное. [49, c.79]

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, вправе обратиться в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования с целью заключения соответствующего Соглашения.

Сторонами Соглашения являются: орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования, Пенсионный фонд Российской Федерации, Министерство финансов Российской Федерации, федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением. Соглашение определяет обязательства сторон по обеспечению обязательного медицинского страхования неработающих граждан сроком на один финансовый год. Форма типового Соглашения, порядок, сроки его согласования и заключения утверждается Правительством Российской Федерации. [52, c.19]

При заключении соглашения стороны должны прийти к согласию относительно следующих основных условий:

* о нормативе финансирования страховых взносов за неработающее население;
* о порядке перечисления взносов за неработающее население из средств государственных внебюджетных фондов - участников соглашения;
* о порядке учета, отчетности участников соглашения и осуществления контроля за исполнением соглашения;
* о порядке хранения и передачи сторонами соглашения информации, имеющей статус конфиденциальной (в том числе - персональных данных);
* об ответственности сторон за неисполнение или ненадлежащее исполнение финансовых условий соглашения (порядок и сроки перечисления средств);
* о порядке изменения и прекращения соглашения.

Размеры страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан устанавливаются в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, с учетом нормативов объемов медицинской помощи, нормативов стоимости медицинской помощи в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, показателей численности отдельных категорий неработающих граждан, а также уровня социально-экономического развития, состояния здоровья населения, территориальных и демографических особенностей субъекта Российской Федерации.

Объем финансовых средств федерального бюджета, направляемых на обеспечение предусмотренных Соглашением страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, определяется исходя из размера софинансирования указанных страховых взносов и численности неработающего населения в субъекте Российской Федерации.

Размер софинансирования на обязательное медицинское страхование одного неработающего утверждается ежегодно Правительством Российской Федерации. Средства федерального бюджета, выделяемые для софинансирования страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения, направляются территориальным фондам обязательного медицинского страхования при условии полного перечисления субъектом Российской Федерации в территориальный фонд обязательного медицинского страхования финансовых средств на обеспечение указанных страховых взносов в объемах, предусмотренных соглашением.

Соглашение вступает в силу только при условии утверждения в бюджете субъекта Российской Федерации и федеральном бюджете финансовых

средств, предусмотренных в Соглашении. Соглашение на очередной финансовый год вступает в силу только при отсутствии у субъекта Российской Федерации непогашенной задолженности по страховым взносам на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования на основании данных, полученных от территориальных фондов обязательного медицинского страхования, ежеквартально представляет в Министерство финансов Российской Федерации данные по уплате субъектом Российской Федерации страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающих граждан.

Отношения страхователя и застрахованного лица, предусматривающие принятие страхователем обязательств по обязательному медицинскому страхованию, возникают:

- у страхователя в пользу работающих граждан - с момента заключения трудового договора, гражданско - правового, а также авторского договоров;

- у страхователя в пользу неработающих граждан - с момента вступления в силу соглашения.

Отношения страхователя, Федерального фонда обязательного медицинского страхования, территориальных фондов обязательного медицинского страхования и Пенсионного фонда Российской Федерации, предусматривающие осуществление страхователем платежей (страховых взносов) на обязательное медицинское страхование, возникают:

- у страхователя в пользу работающих граждан - с момента регистрации страхователя как плателыцика налогов в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о налогах и сборах;

- у страхователя в пользу неработающих граждан - с момента вступления в силу Соглашения.

Отношения страховщика и застрахованного лица, предусматривающие организацию и оплату медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования, возникают с момента выдачи застрахованному лицу полиса обязательного медицинского страхования.

Отношения организации обязательного медицинского страхования и территориального фонда обязательного медицинского страхования, предусматривающие перечисление фондом финансовых средств для возмещения расходов на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в организации обязательного медицинского страхования, возникают с момента открытия лицевого счета обязательного медицинского страхования при одновременном внесении сведений о застрахованном систему индивидуального (персонифицированного) учета.

Отношения страховщика и медицинской организации, предусматривающие оплату медицинской помощи, оказанной, застрахованным лицам в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского, возникают с момента заключения договора на предоставление и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Отношения застрахованного лица и медицинской организации возникают с момента обращения за медицинской помощью в связи со страховым случаем.

В рамках законопроекта предусматривается разработка и принятие базовой программы обязательного медицинского страхования. Базовая программа обязательного медицинского страхования включает перечень классов болезней, видов, объемов и условий оказания застрахованным лицам медицинской помощи, включая профилактику, диагностику, лечение и реабилитацию, определяется Правительством Российской Федерации.

Суммарный объем средств на обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, формируемый в соответствии с федеральным законом, должен соответствовать стоимости базовой программы обязательного медицинского страхования, которая рассчитывается на основе нормативов стоимости медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования, определяемых в порядке, установленном Правительством Российской Федерации. [58, c.185]

В целях реализации обеспечения гарантии оказания бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам субъекты Российской Федерации могут осуществлять предоставление субвенций или субсидий медицинским организациям, участвующим в системе обязательного медицинского страхования в Российской Федерации, на компенсацию повышенных расходов сверх учтенных базовых тарифов оплаты медицинской помощи по отдельным статьям бюджетной классификации, по которым повышены затраты, обусловленные объективными причинами.

Федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением, представляет в Правительство Российской Федерации отчет о реализации базовой программы обязательного медицинского страхования по итогам года в целом по Российской Федерации и субъектам Российской Федерации.

Соответственно регламентируется Территориальная программа обязательного медицинского страхования. Территориальная программа обязательного медицинского страхования на очередной финансовый год разрабатывается органом исполнительной власти, осуществляющим государственное управление здравоохранением в субъекте Российской Федерации, совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования и утверждается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, заключившим соглашение.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования соответствует по содержанию базовой программе обязательного медицинского страхования, но не может быть меньше ее по перечню видов и по объемам медицинской помощи предоставляемой застрахованным лицам, рассчитываемым по нормативам, устанавливаемым Правительством Российской Федерации.

Орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением в субъекте Российской Федерации совместно с территориальным фондом обязательного медицинского страхования формирует отчет по итогам года о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования.

В рамках законодательного материала определяются права застрахованных лиц. Застрахованные лица имеют право на:

- выбор организации обязательного медицинского страхования;

- замену организации обязательного медицинского страхования не чаще одного раза в год путем подачи соответствующего заявления во вновь выбранную организацию обязательного медицинского страхования, за исключением случаев перемены места жительства и аннулирования лицензии организации обязательного медицинского страхования;

- получение от страховщика полиса обязательного медицинского страхования в порядке и в сроки, установленные настоящим Федеральным законом;

- выбор медицинской организации из числа состоящих в договорных отношениях со организацией обязательного медицинского страхования, в которой они застрахованы в соответствии с условиями заключенных договоров;

- выбор врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь в медицинской организации, состоящей в договорных отношениях со организацией обязательного медицинского страхования, в которой они застрахованы, а также выбор семейного и лечащего врача с учетом согласия этого врача и страховщика;

- безвозмездное получение медицинской помощи на всей территории Российской Федерации, в том числе за пределами места жительства, по виду и объему, не ниже установленных базовой программой обязательного медицинского страхования независимо от размера фактически выплаченных платежей и страховых взносов на обязательное медицинское страхование;

- получёние от медицинской организации, предоставившей медицинскую помощь, информации о видах и стоимости оказанных услуг;

- получение от страховщика полной и достоверной информации о порядке осуществления обязательного медицинского страхования;

- получение от страховщика достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи медицинскими организациями и врачами, состоящими в договорных отношениях со страховщиком;

- получение от Пенсионного фонда Российской Федерации агрегированной информации об объемах и стоимости оказанной ему медицинской помощи;

- возмещение вреда, причиненного здоровью застрахованного в порядке и на условиях, определяемых законодательством Российской Федерации ;

- участие через своих представителей в управлении обязательным медицинским страхованием, в порядке определяемом Правительством Российской Федерации;

- обращение в суд для защиты своих законных прав и интересов в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

- осуществление иных прав, предусмотренных федеральными законами. Застрахованные лица обязаны:

- с целью получения полиса обязательного медицинского страхования замены утраченного или поврежденного полиса обязательного медицинского страхования подать заявление (лично или через доверенное лицо) в выбранную организацию обязательного медицинского страхования, а в случае ее отсутствия в территориальный фонд обязательного медицинского страхования предъявить свидетельство обязательного пенсионного страхования и документ, удостоверяющий личность. В случае, если застрахованным является лицо в возрасте до 15 лет, заявление должно быть подано родителями или лицами, их заменяющими. Заявление может быть подано в течение года только в одну организацию обязательного медицинского страхования;

- в случае изменения своих персональных данных в течение 30 дней с момента изменения предоставлять страховщику сведения, необходимые для ведения системы индивидуального (персонифицированного) учета застрахованных лиц в соответствии с требованиями закона;

- предъявлять полис обязательного медицинского страхования в момент обращения за медицинской помощью. Страхователи имеют право:

- участвовать через своих представителей в управлении обязательным

 медицинским страхованием;

- получать от федерального органа исполнительной власти, осуществляющего государственное управление здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, Пенсионного фонда Российской Федерации информацию о нормативных правовых актах по вопросам обязательного медицинского страхования;

- вносить, в пользу работающих граждан, в установленном порядке предложения о ставках платежей на обязательное медицинское страхование работающих граждан в Правительство Российской Федерации и участвовать в их разработке;

- вносить, в пользу неработающих граждан, предложения о размерах страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения в Правительство Российской Федерации;

- обращаться в суд для защиты своих прав и прав застрахованных лиц. Страхователи обязаны:

- вставать на учет и сниматься с учета в установленном порядке;

- уплачивать платежи на обязательное медицинское страхование работающего населения в соответствии с действующим законодательством;

- уплачивать страховые взносы на обязательное медицинское страхование неработающего населения в соответствии с Соглашением, предусмотренным настоящим Законом и другими законодательными актами Российской Федерации;

- вести учет уплаченных платежей и страховых взносов, представлять уполномоченному Правительством Российской Федерации органу сведения, необходимые для ведения им индивидуального учета уплаченных платежей на обязательное медицинское страхование, в порядке установленном Правительством Российской Федерации.

Права фондов обязательного медицинского страхования, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования вправе:

- требовать устранения выявленных нарушений прав субъектов обязательного медицинского страхования Российской Федерации, в том числе в судебном порядке;

- участвовать в рассмотрении судом или арбитражным судом дел, связанных с применением или нарушением нормативных правовых актов, регулирующих обязательное медицинское страхование, в установленном законом порядке;

- по согласованию с уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, устанавливать требования к отчетности организаций обязательного медицинского страхования;

- требовать от территориальных фондов обязательного медицинского страхования предоставления отчетности в соответствии с установленными требованиями;

- получать от Пенсионного фонда Российской Федерации информацию по индивидуальному (персонифицированному) учету, ведение которого осуществляется в соответствии с федеральным законодательством об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного медицинского страхования, застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию для решения задач, в порядке определяемом Правительством Российской Федерации;

- осуществлять иные полномочия, отнесенные к компетенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования федеральными законами и нормативными правовыми актами.

Для решения задач в соответствии с федеральным законом территориальный фонд обязательного медицинского страхования вправе:

- требовать от организации обязательного медицинского страхования привести ее операционный план в соответствие с требованиями типового операционного плана, утвержденного Правительством Российской Федерации. В случае невыполнения (неполного выполнения) организацией обязательного медицинского страхования указанных требований в сроки, установленные территориальным фондом обязательного медицинского страхования, он вправе отказать организации обязательного медицинского страхования в согласовании ее операционного плана и приостановить финансирование деятельности по обязательному медицинскому страхованию до урегулирования данного вопроса;

- пользоваться правами организации обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации на период отсутствия в соответствующем субъекте Российской Федерации организаций обязательного медицинского страхования (их филиалов), имеющих лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию;

- требовать от организации обязательного медицинского страхования предоставления отчетности в соответствии с установленными требованиями;

- получать от Пенсионного фонда Российской Федерации информацию по индивидуальному (персонифицированному) учету, ведение которого осуществляется в соответствии с федеральным законодательством об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе обязательного медицинского страхования, застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию, в порядке определяемом Правительством Российской Федерации;

- в случаях выявления нарушений организацией обязательного медицинского страхования лицензионных требований или порядка расходования средств обязательного медицинского страхования, установленного Правительством Российской Федерации, обращаться в уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, с требованием о приостановлении или аннулировании лицензии организации обязательного медицинского страхования на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию;

-осуществлять иные полномочия, отнесенные к компетенции территориального фонда обязательного медицинского страхования федеральными законами и нормативными правовыми актами.

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования обязан:

- принимать меры по обеспечению финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования;

- обеспечивать выравнивание уровня финансирования базовой программы обязательного медицинского страхования между субъектами Российской

Федерации;

- обеспечивать защиту персональной информации о гражданах, имеющейся в его распоряжении в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами;

- представлять в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий государственное управление здравоохранением информацию необходимую для подготовки итогового отчета о реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования обязан:

- принимать меры по обеспечению финансовой устойчивости системы обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;

- обеспечивать защиту персональной информации о гражданах, имеющейся в его распоряжении в соответствии с настоящим Федеральным законом и другими федеральными законами;

- исполнять обязанности организации обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации на период отсутствия в соответствующем субъекте Российской Федерации организаций обязательного медицинского страхования (их филиалов), имеющих лицензию на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию;

- предоставлять Пенсионному фонду Российской Федерации информацию, необходимую для ведения индивидуальных лицевых счетов застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию на период исполнения территориальным фондом обязательного медицинского страхования функций страховщика в субъекте Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе государственного пенсионного страхования;

- перечислять организациям обязательного медицинского страхования финансовые средства в порядке и на условиях, определяемых Правительством Российской Федерации;

- возмещать медицинским организациям расходы на оказание медицинской помощи лицам, застрахованным в организациях обязательного медицинского страхования, с которыми данные медицинские организации не имеют до-говорных отношений, в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации, в случаях нахождения застрахованных лиц вне местах постоянного проживания и при отсутствии, с учетом всех обстоятельств, возможности для застрахованных лиц обратиться в медицинские организации, с которыми организация обязательного медицинского страхования имеет договорные отношения;

- согласовывать операционные планы организаций обязательного медицинского страхования в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

- формировать отчет о реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, объемах и стоимости оказанной медицинской помощи для представления в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющий государственное управление здравоохранением;

- обращаться в случае необходимости в уполномоченные федеральные органы исполнительной власти с предложением о провёдении проверок деятельности организаций обязательного медицинского страхования, осуществляющих обязательное медицинское страхование;

- осуществлять иные обязанности, отнесенные к компетенции территориального фонда обязательного медицинского страхования законами и нормативными правовыми актами, принятыми в соответствии с федеральными законами.

Определяются права Пенсионного фонда Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования. Пенсионный фонд Российской Федерации в системе обязательного медицинского страхования имеет право:

- получать информацию, необходимую для ведения индивидуальных лицевых счетов застрахованных лиц в части обязательного медицинского страхования от страхователей, страховщиков, фондов обязательного медицинского страхования и иных организаций и учреждений в порядке, установленном Правительством Российской Федерации;

- в пределах своих полномочий проводить проверку информации, представленной субъектами обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством Российской Федерации об индивидуальном (персонифицированном) учете в системе государственного пенсионного страхования.

Организация обязательного медицинского страхования имеет право:

- выбирать медицинские организации для оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования;

- принимать участие в разработке базовой программы обязательного медицинского страхования через ассоциации организаций обязательного медицинского страхования;

- принимать участие через ассоциации организаций обязательного медицинского страхования в разработке порядка проведения контроля качества медицинской помощи;

- принимать участие в определении базовых тарифов на медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию через ассоциации организаций обязательного медицинского страхования;

- предъявлять в установленном порядке требование к медицинской организации о возмещении вреда, причиненного застрахованному лицу при оказании медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования;

- предъявлять в установленном порядке требование к лицам, причинившим вред жизни и здоровью застрахованных лиц, о возмещении расходов на оказание медицинской помощи застрахованным лицам вследствие вреда, причиненного их здоровью по вине указанных лиц;

- получать от территориального фонда обязательного медицинского страхования средства на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию в объеме и на условиях в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации в соответствии с настоящим Федеральным законом;

- получать от Пенсионного фонда Российской Федерации сведения о регистрации застрахованных лиц в системе индивидуального (персонифицированного) учета по обязательному медицинскому страхованию;

- предъявлять в адрес территориального фонда обязательного медицинского страхования в судебном порядке соответствующий иск в случае нарушения условий направления территориальным фондом обязательного медицинского страхования средств на осуществление деятельности по обязательному медицинскому страхованию, включающих объемы и сроки перечисления средств;

- получать от медицинских организаций информацию о действующих лицензиях на осуществление медицинской деятельности, данные персонифицированного учета медицинской помощи, первичную медицинскую документацию, выписки из нее, а также данные статистической и бухгалтерской отчетности о получении и расходовании средств обязательного медицинского страхования, иные виды информации в соответствии с законодательством Российской Федерации;

- в целях осуществления контроля качества и объемов медицинской помощи привлекать экспертов из числа неограниченного круга лиц;

- вносить предложения в органы исполнительной власти, осуществляющие государственное управление здравоохранением, о совершенствовании организации медицинской помощи, предоставляемой в системе обязательного медицинского страхования;

- участвовать в рассмотрении судом или арбитражным судом дел, связанных с применением и обжалованием нормативных правовых актов, регулирующих обязательное медицинское страхование Российской Федерации.

Контроль качества медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования осуществляется на основе стандартов медицинской помощи, утвержденных в установленном порядке федеральным органом исполнительной власти и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление здравоохранением, фондов обязательного медицинского страхования, профессиональных медицинских ассоциаций, ассоциаций организаций обязательного медицинского страхования.

Контроль качества и объемов медицинской помощи проводится страховщиком. Порядок осуществления контроля качества и объемов медицинской помощи устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим государственное управление здравоохранением, и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. [64, c.169]

**3.2 Экономический эффект от введения «пакетного» медицинского страхования**

В настоящее время одной из приоритетных государственных задач является повышение уровня жизни и здоровья граждан, преодоление кризисной ситуации в здравоохранении. В рамках национального проекта «Здоровье» важная роль отводится мерам профилактики и диспансеризации работающего населения.

При реализации социальных вопросов, касающихся диспансеризации работников руководители крупных предприятий пошли по пути создания и развития существующих ведомственных медицинских учреждений. В результате имеет место конкуренция между муниципальными и ведомственными лечебными учреждениями. На первый взгляд ничего плохого в этом нет, но с развитием ведомственного здравоохранения проблем в отрасли не уменьшилось, наоборот, они продолжают нарастать.

В первую очередь обостряется проблема кадрового потенциала: развивая ведомственные медсанчасти, укомплектовывая их современным оборудованием руководители предприятий оттягивают медицинские, в том числе и врачебные, кадры, привлекая их высоким уровнем оплаты труда, отсутствием ведомственного контроля за обучением сотрудников, выполнением стандартов диагностики и лечения. Как результат дефицит врачебных кадров в муниципальных ЛПУ еще более усиливается, особенно болезненно это проявляется в «малых» городах, где увольнение одного специалиста приводит к закрытию технологии в ЛПУ.

Ко второй проблеме необходимо отнести значительный объём лечебно-диагностической помощи, оказываемый ведомственными лечебными учреждениями. Это приводит к потере муниципальными лечебными учреждениями объёмов финансирования, которые связаны с уменьшением числа посещений амбулаторно-поликлинической службы, госпитализаций в круглосуточный стационар и достигают по разным территориям Свердловской области от 15 до 20%, что выливается в десятки миллионов рублей в год. Это приводит к дефициту финансовых ресурсов, что, в свою очередь, вызывает напряжённую ситуацию в работе ЛПУ.

Третьим существенным моментом выступает то, что привлекая административный ресурс руководители предприятий с целю снижения потерь от нетрудоспособности обязывают работников посещать только ведомственное лечебное учреждение. В результате не имея возможности, из-за низкого уровня (как правило, 3-го) ведомственного лечебного учреждения, поставить абсолютно точный и полный диагноз и оказать качественную помощь в полном объёме, увеличивается вероятность «хронизации» заболеваемости работников.

Основным способом решения проблемы является привлечение института медицинского страхования к повышению качества медицинской помощи и сохранению здоровья населения.

Целью медицинского страхования является осуществление гарантий граждан при возникновении заболевания на получение медицинской помощи за счёт накопленных средств и финансирования профилактических мероприятий. Задачей медицинского страхования является создание саморегулирующейся жизнеспособной эффективной системы социальной защиты.

Основные функции медицинского страхования:

* компенсирующая (оплата медицинских услуг);
* защитная (создание психологического комфорта застрахованных);
* стабилизирующая (согласование интересов государства, работников, работодателей);
* экспертная (оценка качества медицинской помощи).

Задачи и функции страховых медицинских организаций (СМО) в развитии здравоохранения заключаются в следующем:

* Разработка и внедрение программно-целевых подходов;
* Экспертиза и повышение качества медицинской помощи;
* Привлечение дополнительных финансовых ресурсов в систему здравоохранения и внедрение одноканального механизма его финансирования;
* Законодательное обеспечение механизма развития медицинского страхования.

ЗАО «Страховая компания «Мединком» и Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области (ТФОМС) совместно разработали «Программу управления здоровьем работающих граждан», экономическая основа которой позволит объединить потоки обязательного (ОМС) и добровольного медицинского страхования (ДМС), что существенно увеличит финансовую ёмкость здравоохранения.

Цель программы:

* эффективное управление здоровьем населения;
* стабилизация показателей здоровья населения путем развития мотиваций к здоровому образу жизни и создания условий для улучшения качества жизни;
* привлечение в здравоохранение дополнительных финансовых средств работодателей через механизм ДМС (механизм «пакетного» страхования).

Источники финансирования программы:

* Средства бюджетов всех уровней;
* Средства ОМС;
* Средства предприятий (ДМС);
* Средства фонда социального страхования (ФСС).

Одной из инновационных технологий в рамках проекта может стать механизм «пакетного» медицинского страхования, общий смысл которого заключается в рациональном, скоординированном использовании средств государства, финансов промышленных предприятий для финансирования различных этапов лечебного процесса с выделением диспансерных групп риска и организации их реабилитации.

Участниками пакетного соглашения (субъектами механизма «пакетного страхования») выступают:

* Предприятие (средства добровольного медицинского страхования);
* ТФОМС (средства обязательного медицинского страхования);
* Страховая медицинская организация;
* Лечебно-профилактическое учреждение (ЛПУ).

ДМС

ОМС

Лечебно-профилактические учреждения

ТФОМС

Страховая медицинская организация

страхователь

Медико-санитарные части предприятий

Формирование диспансерных групп

Реабилитационно-восстановительное лечение

Рисунок 7 - Схема «пакетного» медицинского страхования

Как видно на схеме, центральным звеном «пакетного» страхования является страховая медицинская организация, имеющая лицензии на право работы по обязательному и добровольному медицинскому страхованию.

Только совмещение этих двух видов страхования позволит получить соответствующий эффект, даст возможность страховой компании выполнить возложенные на нее функции, проконтролировать движение финансовых потоков с персонифицированным учётом денежных средств.

Механизм «пакетного» медицинского страхования приведёт к активизации профилактической работы среди работающего населения, путём повышения медицинской осведомленности людей и заинтересованности их в укреплении собственного здоровья, что позволит повысить выявляемость различных заболеваний (туберкулёз, онкология, хронические болезни) на ранних стадиях развития. Основная цель программы – снизить экономические потери от временной нетрудоспособности, провести масштабные оздоровительные мероприятия по итогам профилактических осмотров, что даст снижение трудовых потерь, обеспечит мониторинг здоровья трудоспособного населения.

Реабилитация

ОМС + ДМС

ДМС

Профилактика

ДМС + ОМС

Лечение

ОМС

ФСС

Диспансеризация

Рисунок 8 - Финансовые источники этапов медицинской помощи при «пакетном» страховании

СМО в механизме «пакетного» медицинского страхования выполняют следующие функции:

* Координирующую;
* Диспетчерскую;
* Экспертную;
* Финансовый и медицинский мониторинг
* Аналитическую.

Выполнение страховой медицинской организацией экспертной функции приведёт к повышению качества оказания медицинской помощи путём проведения:

* Экспертизы качества оказания медицинской помощи застрахованным
* Экспертизы обоснованности выписки бесплатных рецептов
* Защиты прав застрахованных

Объекты программы – работающие граждане.

В рамках программы руководителям предприятий предлагается сместить акцент оказания помощи в ведомственных ЛПУ от лечебно-диагностического к восстановительно-профилактическому направлению, развивая отделения восстановительного лечения и профилактории. В результате снижаются накладные расходы медсанчастей, в первую очередь за счёт изменения их структуры, уменьшения численности врачебного персонала. Объём лечебно-диагностической помощи возлагается на муниципальные лечебные учреждения, повышая их рентабельность за счёт увеличения финансирования из ТФОМС.

На рисунке 9 представлен алгоритм проведения оздоровительных мероприятий на предприятиях. Получив лечебно-диагностическую помощь в муниципальном ЛПУ, работник предприятия в соответствии с договором пакетного страхования направляется в отделение (центр) восстановительного лечения. Тем самым технологический цикл (диагностика → лечение → реабилитация → профилактика) становится непрерывным, что, несомненно, способствует повышению результативности и уменьшению затратной составляющей охраны здоровья населения.

Крупные предприятия

Малые предприятия

Сельская местность

1. Профилактические

осмотры в ЛПУ работающих в системе ОМС

2. Диспансеризация там же

3. Лечение там же

4. Восстановительное лечение и реабилитация в профилакториях, санаториях других предприятий

1.Профилактические

осмотры в ЛПУ работающих в системе ОМС

2. Диспансеризация там же

3. Лечение там же

4. Восстановительное лечение и реабилитация в профилакториях, санаториях других предприятий или ФСС

1. Профилактические

осмотры в ЛПУ работающих в системе ОМС

2. Диспансеризация там же

3. Лечение там же

4. Восстановительное лечение и реабилитация в профилакториях, санаториях предприятия

Рисунок 9 - Схема оздоровительных мероприятий на предприятиях

Для оптимизации работы с работающими гражданами разработан алгоритм оценки здоровья с выделением групп риска. Алгоритм представлен на рисунке 10.

1. Анкетирование

1. сбор медицинского анамнеза, включая наследственный статус;
2. сбор данных о производственных, профессиональных, бытовых и др. вредностях;
3. самооценка состояния здоровья

2. Клиническое обследование по органам и системам – определение «профилактического маршрута»

3. Лабораторно-инструментальное обследование (по стандарту в зависимости от пола и возраста)

М

Е

Д

Иц

И

Н

С

К

И

Й

П

А

С

П

О

Р

т

Анализ полученных данных

ПОСТАНОВКА ДИАГНОЗА, распределение по группам

больной

группа риска

здоровый

Дообследование

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Дальнейшая диспансеризация

Выдача рекомендаций

Дальнейший мониторинг в рамках профилактических осмотров

Рисунок 10 - Концептуальная модель оценки здоровья работающих граждан

Выделение групп риска при проведении профилактических осмотров позволит эффективно перераспределять денежные средства для проведения углублённого обследования и лечения работников, имеющих какую-либо патологию.

Залогом получения максимальной пользы от программы является наиболее полный охват населения профилактическими осмотрами. Для проведения этого разработаны пути привлечения работающего населения к посещению профилактического осмотра

Крупные предприятия

Малые предприятия

Сельская местность

Заключение пакетного соглашения.

Договор с Правительством Свердловской обл. и Союзом Промышленников об обязательном расширенном профилактическом осмотре с обязательным посещением терапевта (оплата из средств ТФОМС).

Договор с Правительством Свердловской обл. и Союзом Предпринимателей об обязательном прохождении расширенного профилактического осмотра при приеме на работу и в дальнейшем в установленном порядке (оплата из средств ТФОМС).

Подворовый обход с разъяснительной беседой о необходимости пройти расширенный профилактический осмотр.

Организация обязательного профилактического осмотра при приеме на работу (оплата из средств ТФОМС).

Рисунок 11 - Механизм привлечения населения к профилактическому осмотру

На рисунке 12 представлена роль каждого субъекта «пакетного» медицинского страхования.

Предприятие

ТФОМС

СМО

ЛПУ

Терапевтом определяется степень риска заболевания и осуществляется диспансеризация пациента в соответствии с «Клинико-организационным руководством» МЗ Свердловской обл. и ТФОМС,2004г**.**

Направляет на профосмотр всех работников

Оплачивает поликлинике, работающей в ОМС предъявленные профилактические посещения. Оплачивает диспансерные посещения

Прием реестров ЛПУ, обработка, выявление групп работников с высоким и очень высоким риском заболевания. Предлагает включение их в диспансерную группу. Анализ работы врача с диспансерным больным по предъявленным реестрам

Рисунок 12 - Роль участников пакетного соглашения в процессе выполнения программы

Реализация данной концепции позволит:

* привлечь дополнительные финансовые ресурсы работодателей через механизм ДМС в здравоохранение;
* активизировать профилактическую работу среди работающих категорий граждан;
* повысить медицинскую осведомленность людей и заинтересованность их в укреплении собственного здоровья;
* повысить выявляемость различных заболеваний (туберкулёз, онкология, хронические болезни) на ранних стадиях развития, более благоприятных по исходу;
* провести масштабные оздоровительные мероприятия по итогам профилактических осмотров, что даст снижение трудовых потерь (временной и стойкой утраты трудоспособности, а также преждевременной смерти от важнейших причин);
* обеспечить мониторинг здоровья трудоспособного населения.

Самое важно, что данная технология сориентирована не только на тех, кто уже получил лечебно-диагностическую помощь, но и на «здоровую» популяцию работающего населения. Страховая медицинская организация берёт на себя функции организатора этой работы и далее после восстановительного этапа лечения отслеживает обращаемость каждого работника за медицинской помощью. Это позволит оценить эффективность восстановительного лечения и внести корректировку в зависимости от числа повторных обращений за медицинской помощью.

Эффективность «пакетного» медицинского страхования подтверждена работой в таких муниципальных образованиях, как Серов, Нижняя Салда, Верхняя Салда. Так за 2005 год в рамках проводимого эксперимента в МО Серов выявлено более 1200 работающих с высокой и очень высокой группой риска по сердечно-сосудистым заболеваниям, которые считали себя здоровыми и к врачу по данному заболеванию не обращались.

Проведем расчет финансового потенциала предприятий и организаций в финансировании медицинской помощи работающим. Согласно прогнозным расчетам произойдет достаточно существенное увеличение объема денежных средств, направляемых субъектами хозяйствования на поддержание здоровья трудоспособных граждан. За период с 2010-2015гг. рост расходов составит 152%, т.е. в 1,5 раза. Если будет поддержана инициатива коалиции страховых медицинских организаций и лечебно-профилактических учреждений и законодательно норматив допустимых расходов будет увеличен с 3% до 5% , то произойдет существенное увеличение абсолютных сумм, направляемых на охрану здоровья работников в 2010г. до 22,3 млрд.руб. с ростом расходов в 2015г. в 153%.

Представим прогнозный расчет финансовой емкости системы здравоохранения Свердловской области с учетом вариативности показателя расходов предприятий на оплату медицинских расходов по собственным работникам, установленным в законодательном порядке. В состав расчета финансовой емкости системы здравоохранения Свердловской области включим расходы консолидированного бюджета субъекта РФ, расходы фонда ОМС и расходы предприятий по ДМС (при полном потенциале охвата работников программами ДМС). (Приложение Г).

К 2010г., по расчетам автора, финансовая емкость системы здравоохранения Свердловской области составит 37 млрд.руб. При этом 3/4 совокупных финансовых ресурсов будет формироваться за счет ОМС и ДМС. Средства, направляемые предприятиями на покрытие расходов на медицинскую помощь работникам, при сохранении норматива в 3% от фонда заработной платы, существенно превысят бюджетные ресурсы и будут примерно сопоставимы с ресурсной базой ОМС. К 2015г. финансовая емкость системы здравоохранения Свердловской области составит 59 млрд.руб. Структурный состав источников финансового обеспечения охраны здоровья граждан рассматриваемого субъекта РФ по удельному весу сохранится.

Из них около 1/2 будет финансироваться за счет программ по ДМС при содействии социально ответственных бизнес-единиц. Именно предприятия, осуществляя путем ДМС финансирование охраны здоровья своих работников, будут создавать финансовую базу медицинской помощи Свердловской области. К 2015г. совокупная финансовая емкость здравоохранения субъекта РФ увеличится в 1,6 раза и достигнет 73 млрд.руб. При этом произойдет структурное закрепление тенденций по удельному весу основных источников: около 1/2 – средства субъектов хозяйствования по программам ДМС, 1/5 – средства бюджета, 1/3 - средства фонда ОМС. Тем самым подтверждается реальная необходимость в развитии

Определим социально-финансово-экономическую результативность реализации концепции солидарного медицинского страхования. Первоначально расширяется медицинская осведомленность трудоспособного населения о состоянии собственного здоровья. Программа содействует также формированию заинтересованности в укреплении здоровья. Это начальные мероприятия, которые приводят к сокращению трудовых и денежных потерь для конкретного предприятия. При выявлении различных заболеваний на ранних стадиях развития появляется возможность благоприятного исхода для здоровья работника и уменьшения расходов на лечение. Этому способствует и активизация профилактических мер, проводимых среди работающих. Процедура мониторинга здоровья трудоспособного населения позволяет разрабатывать и рационально финансировать масштабные оздоровительные мероприятия.

Механизм солидарного медицинского страхования обеспечивает привлечение в сферу охраны здоровья работающего населения дополнительных денежных средств из системы ОМС. Это позволяет осуществлять перераспределение средств ДМС в пользу финансового обеспечения современных медицинских технологий и проведения профилактических мероприятий для трудоспособных граждан. Солидарное медицинское страхование, консолидируя финансовые ресурсы территориального фонда ОМС и работодателя, позволяет повысить качество оказания медицинской помощи, снизить трудопотери предприятия от нетрудоспособности работающих.

Экономический эффект от введения пакетного медицинского страхования отражается на:

* лечебных медицинских учреждениях, как привлечение в систему здравоохранения дополнительных денежных средств;
* страховых медицинских организациях, как привлечение дополнительных средств за счет увеличение объема договоров по ДМС;
* предприятий, как сокращение заболеваемости рабочих, а в следствии этого увеличение производительности труда и прибыли.

Экономический эффект для ЛПУ при условии того, что каждый пациент будет пользоваться услугой 1 раз в год будет выглядеть следующим образом.

При реализации «пакетного» страхования должно произойти увеличение количества пациентов за счет профосмотров финансируемых за счет средств ФСС и ДМС. После их проведения будут выявлены группы риска, часть осматриваемых будут направлены на амбулаторное, стационарное лечение, а часть на диспансеризацию. В настоящее время профосмотры работающего населения проводятся в лучшем случае у 50% от общего количества работающих граждан численность которых в Свердловской области составляет 1 305000 человек. При реализации «пакетного» страхования для каждого застрахованного прохождение профосмотра будет обязательным, и этот показатель по мнению специалистов должен возрасти до 80-85% от всего работающего населения, т.е. на 30-35% больше нынешнего показателя.

Стоимость одного профосмотра в среднем по области составляет 1 тысячу рублей. Из данных приведенных выше мы можем рассчитать прирост денежных средств за счет профосмотров:

Доход больниц от пров. Проосм в наст. время.= 1305000\*50%\*1000=652млн. 500т.рублей

Доход при реализ. «пакет» стр-я=1305000\*80%\*1000=1млрд.44млн. рублей

# Прирост денежных средств будет составлять 391 млн. 500 тыс. рублей.

# В настоящее время диспансерным лечением пользуются, по мнению специалистов около 20-30% рабочего населения, увеличение этого показателя должно произойти, по мнению автора на 10-15%, что в сумме составит около 40%.

# Средняя стоимость 1 диспансерного приема по области составляет 75 рублей.

# Увеличение дохода ЛПУ от диспансеризации, за рассчитываемый период составит:

# Доход больн. от диспансериз. в настоящее время=1305000\*25%\*75= 24млн. 468тыс. 750 рублей.

# Доход при реализ. «пакет» стр-я = 1305000\*40%\*75=39 млн. 150 тыс. рублей

Прирост денежных средств составит 14 млн. 681 тыс. 250 рублей.

Другая часть работающего населения нуждается в амбулаторном лечении, предположительно оно увеличится на 10-15%. В настоящее время амбулаторное лечение проходят не более 10% работающего населения. Разовое посещение данного вида лечения в среднем по области составляет 300 рублей.

# Прирост дохода составит:

# Дох. Больн. От амбул. Лечения в наст. Время=1305000\*10%\*300=39млн. 150тыс. рублей.

# Доход при реал. «пакетного» страхования=1305000\*20%\*300= 78млн. 300тыс. рублей

# Увеличение дохода ЛПУ за счет амбулаторного лечения составит 39 млн. 150 тыс. рублей.

# Также увеличится доход от стационарного лечения, после которого возможно реабилитационно-восстановительное лечение. В настоящее время стационаром пользуются около 7% работающего населения, этот показатель должен вырасти на 10-15% . Средняя стоимость нахождения одного дня в стационаре составляет 500 рублей. Прирост дохода ЛПУ за счет стационарного лечения составит:

Дох. Больн. от стационара в наст. Время=1305000\*7%\*500=45млн. 675 тыс.руб.

Доход при реализ. «пакетного» страхования =1305000\*17%\*500=110млн.925тыс.руб.

Увеличение дохода ЛПУ за счет стационарного лечения составит 65 млн. 250 тыс.руб.

Итого по данным 4 услугам предоставляемыми ЛПУ рассчитанных при условиипрохождение лечения каждым гражданином 1 раз в год прирост дохода составит:

# 391500000+14681250+39150000+65250000=510581250(510 млн. 581 тыс. 250 руб.

# Экономический эффект для страховой медицинской организации будет заключатся в увеличении количества договоров и страховых премий за счет заключения предприятиями договоров «пакетного» страхования , увеличение которых по мнению специалистов составит 35%. Доходность одного рискового договора составляет от 15 до 40%. Средняя стоимость одного пакета добровольного медицинского страхования составляет 5000 рублей на одного рабочего предприятия. В настоящее время договоры добровольного медицинского страхования по мнению специалистов отдела ДМС страховой компании «Мединком» заключены на 10-15% рабочих предприятия. Это очень небольшое значение если сравнивать с европейскими странами.

# Экономический эффект для страховой медицинской организации будет равен:

# Взносы по ДМС в наст. Время= 1305000\*15%\*5000= 978млн. 750 тыс. рублей.

# Доходы СМО по ДМС в настоящее время= 978750000\*30%=293млн. 625 тыс. рублей.

# Взносы при реализации «пакетного» страхования= 1305000\*40%\*5000= 2млрд. 610 млн. рублей.

# Доход СМО по ДМС при реализации «пакетного» страхования = 2610000000\*30%= 783 млн. рублей.

# Прирост составляет: 783 млн. рублей – 293 млн. 625 тыс. рублей = 489млн. 375 тыс. рублей.

Экономический эффект для предприятия использующего «пакетное» страхование будет проявляться в предоставлении льгот по налогообложению, предотвращении заболеваемости рабочих на ранней стадии, что по мнению специалистов повысит трудоспособность до 30%

# ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Медицинское страхование осуществляется в двух формах: обязательной и добровольной. Путем обязательной формы страхования обеспечивается минимум защиты имущественных интересов. При этом обязательное медицинское страхование (ОМС) дает право гражданину получать стандартную, гарантированную бесплатную медицинскую помощь. Добровольное медицинское страхование (ДМС) дает возможность расширить и качественно улучшить медицинские услуги, предоставляемые гражданам страны.

Медицинское страхование – это совокупность экономико-социальных отношений по формированию и использованию страховых денежных фондов специального назначения в целях защиты интересов членов общества в охране здоровья. Авторское определение медицинского страхования объединяет понимание данной совокупности как экономико-организационного комплекса. При этом происходит выделение финансовых составляющих в виде формирования и использования денежных фондов. Одновременно определяется целевое назначение этих фондов – финансирование охраны здоровья граждан.

В настоящее время в УрФО создаются условия для осуществления комплекса мер, органично развивающих национальные приоритеты в области здравоохранения, позволяющих проводить системные преобразования, которые должны обеспечивать повышение эффективности охраны здоровья граждан, качества и доступности медицинских услуг. В рамках научно-практического исследования проведена оценка финансовых показателей функционирования страховых медицинских организаций, активно действующих в системе медицинского страхования УрФО. По результатам анализа суммы страховых взносов, получаемых региональными страховыми медицинскими компаниями, четко прослеживается ситуация с реальным доминирующим положением. Пять лидеров рынка области по ОМС аккумулируют 77% совокупной суммы поступлений по ОМС. По прогнозам автора, эта тенденция укрепится и влияние на рынок ОМС в Свердловской области ведущих компаний, занимающихся медицинским страхованием, усилится.

В настоящее время является актуальной разработка новых подходов к национальному медицинскому страхованию и поиск новых методов финансирования здравоохранения.

Созданию рациональных условий развития медицинского страхования в Российской Федерации послужит решение ряда юридических, экономических, организационных и финансовых задач. По мнению специалистов, необходимо вписать систему медицинского страхования в основные принципы, структуру и органы управления существующей системы государственного здравоохранения. Целесообразно установление статуса застрахованного лица, страхующихся организаций и учреждений, обеспечивающих предоставление медицинских услуг. Достаточно значимо разработать современную систему, позволяющую определить эффективность и качество медицинских услуг, оказываемых в системе медицинского страхования. Специалисты считают важным предложения схем и установка размеров формирования финансовых ресурсов для медицинского страхования, имея в виду участие государства, предприятий, местных органов власти и населения.

В системе медицинского страхования необходимо:

- обеспечение гарантированного получения медицинской помощи через

систему медицинского страхования;

- сокращение затрат медицинских учреждений с помощью рационального и эффективного использования ресурсов;

- внедрение системы льготирования прибыли, направляемой юридическими лицами на добровольное медицинское страхование в расширенных масштабах;

- исключение расходов на добровольное медицинское страхование из налогооблагаемого дохода индивидуальных страхователей.

В целях правового обеспечения структурно-экономических реформ в здравоохранении необходимо принятие ряда важнейших законодательных решений. К их числу относятся такие законопроекты как «Об обязательном медицинском страховании в РФ», «О добровольном медицинском страховании в РФ», «Об изменении организационно-правовых форм организаций здравоохранения», «О страховании профессиональной ответственности медицинских работников» и ряд других.

Выдвижение концептуальных задач требует одновременного совершенствования системы финансирования. Она должна обеспечивать использование финансовых ресурсов как экономический инструментарий повышения эффективности и качества медицинской помощи. Особенное значение в совокупности мероприятий по совершенствованию системы финансирования здравоохранения субъекта РФ, по мнению автора, имеет широко масштабное развитие страхового принципа охраны здоровья населения.

# СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гражданский кодекс Российской Федерации.
2. Закон Российской Федерации N 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г.
3. Закон Российской Федерации N 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации» от 27 октября 1992 г.
4. Закон Российской Федерации №165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» от 16.07.1999г.
5. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» N 5487-1 от 22 июля 1993 г.
6. Постановление Совета Министров - Правительства Российской Федерации. N 1018 «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР» от 11 октября 1993 г
7. Постановление Правительства Российской Федерации N 713 «Об утверждении Правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации и Перечня должностных лиц, ответственных за регистрацию» от 17 июля 1995 г.
8. «Программа государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2007 год».
9. «Территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации, проживающим в Свердловской области, бесплатной медицинской помощи на 2007 год».
10. Абрамов В.Ю. Страховое право.-М.: «Анкил», 2004.- 315 с.
11. Агеев Ш.Р., Васильев Н.М., Катырин С.Н. Страхование: теория, практика, зарубежный опыт. -М.: Экспертное бюро, 1998.- 376с.
12. Адамчук Н.Г., Юлдашев Р.Т. Обзор страховых рынков ведущих стран мира (на примере Китая и Японии). М.: Издательство «Анкил», 2001.= 295с.
13. Александров А.А. Страхование. М.: «Издательство ПРИОР», 1998.-415с.
14. Аленичев В.В. Страховое законодательство России. В 2-х т. Т.1. Зарождение, становление и развитие страхового дела. Х-ХХ вв.: Монография/ Под науч. ред.: проф. Исаева И.А., проф. Шахова В.В.- М.: ЮКИС, 1999.- 332с.
15. Архипов А.П., Гомеля В.Б. Основы страхового дела: Учебное пособие.- М.: «Маркет ДС», 2002.- 230с.
16. Бабич А.М., Павлова Л.Н. Государственные и муниципальные финансы: Учебник для вузов.-М.: Финансы, ЮНИТИ, 2000.-410с.
17. Бабич А.М., Егоров Е.Н., Жильцов Е.Н. Экономика социального страхования: Курс лекций. М.: ТЕИС, 1998.-248с.
18. Белых В.С., Кривошеев И.В. Страховое право: Учеб. пособие. М., 2004.-210с.
19. Берлин С.И. Теория финансов: Учебное пособие.- «Издательство ПРИОР», 1999.-328с.
20. Брагинский М.И. Договор страхования.- М.: «Статус», 2000.-110с.
21. Воблый К.Г. Основы экономии страхования.- М.: Издательский центр «Анкил», 2003.-275с.

Воробьев П.А. Стандартизация, монетизация льгот и модернизация здравоохранения // Проблемы стандартизации в здравоохранении.-2005.-174с.

Винокурова И. Семейный врач.// Мед.газета.-2005.-№17.-17с.

Гварлиани Т.Е., Балакирева В.Ю. Денежные потоки в страховании.- М.: Финансы и статистика, 2004.- 344с.

Гвозденко А.А. Страхование: Учебник.- М.: ТК Велби, Издательство «Проспект», 2004.-445с.

Гинзбург А.И. Страхование.- СПб: «Питер», 2002.-390с.

Грищенко Н.Б. Основы страховой деятельности: Учеб. пособие.- М.: Финансы и статистика, 2004.-310с.

Денисова И.П. Страхование.- М.: ИКЦ «МарТ», 2003.-375с.

Донин В.М., Маркова О.П. Обязательное медицинское страхование в РФ с различных точек зрения // «Менеджер здравоохранения».-2005.- 210с.

Дрошнев В.В. Обязательное медицинское страхование в России: Учеб. пособие. М.: «Анкил», 2004.-280с.

Дятлова М.В. Страхование.- М.: «ГроссМедиа», 2005.-400с.

Ермасов С.В., Ермасова Н.Б. Страхование: Учеб. пособие для вузов.- М.: «ЮНИТИ-ДАНА», 2004.-360с.

Зубец А.Н. Страховой маркетинг в России: Практическое пособие.- М.: Центр экономики и маркетинга, 1999. -260с.

Зурабов М.Ю. Безусловный приоритет реформ здравоохранения // Терапевт.-2005.-№3.-32с.

1. Иванишин П.З. Гражданско-правовое регулирование договора добровольного медицинского страхования: Дис. ... канд. юрид. наук. Казань, 2004.-279с.
2. Климова М.А. Страхование: Учеб. пособие.- М.: Издательство «РИОР», 2004.-365с.
3. Князева Е.Г. Страхование как общественная категория. Метод. материал.: Екатеринбург, «Уралсистем-консалтинг», 1993.- 198с.
4. Крутик А.Б., Никитина Т.В. Страхование: Учеб. пособие- СПб.: «Изд. Михайлова В.А.», 2001.-503с.
5. Кудрявцев А.А., Плам Р.Г., Чернова Г.В. Страхование здоровья (опыт Великобритании), М.: «Анкил», 2003.-178с.

Кучеренко В.З., Данишевский К.Д. (2000). Наиболее известные системы здравоохранения развитых стран.// Экономика здравоохранения, 2000, № 7/46.-13с.

Комаров Г.А., и др. Деятельность системы ОМС в условиях современной системы финансирования // Экономика и практика обязательного медицинского страхования. -2005.-№1.-9с.

Лебедев А.А., и др. Модернизация ведомственного здравоохранения в новых экономических условиях // Главврач.-2005.-33с.

Личное страхование в России. Опыт. Проблемы. Перспективы. М.: ВВС, 2001.-15с.

Мамедов А.А. Финансово-правовое регулирование страховой деятельности (проблемы и перспективы).-М.: ИД «Юриспруденция».- 2004.-19с.

Маренков Н.Л., Косаренко Н.Н. Страховое дело. Серия «Высшее образование». Ростов-на-Дону: Издательство «Феникс», 2004.-358с.

Мартьянов И.Н. Реформа здравоохранения с точки зрения практического врача // Менеджер здравоохранения.-2005.-№4.-34с.

Найговзина Н.Б., Ковалевский М.А. Система здравоохранения в Российской Федерации: организационно-правовые аспекты. М.: Классик-Консалтинг. 2002.-320с.

Онищенко Г.Г. Состояние заболеваемости инфекционными болезнями населения Российской Федерации в 2003 году // Вестн. СПб гос. мед. академии им. И.И. Мечникова.-2004.-№4.-12с.

Основные итоги деятельности Федерального фонда ОМС за 2004 год// Социальная политика. Медицинское обозрение № 23, 2005 г., c.4-5; Медицинская газета № 45, 2005 г., c.6-7.

Основы страховой деятельности: Учебник/ Отв. ред. проф. Т.А. Федорова.- М.: Издательство «БЕК», 2002.-410с.

Папырина Г. Финансирование здравоохранения // Медицинская газета № 73, 2005 г.-17с.

Пути реформирования правового обеспечения здравоохранения // Медицинское право № 1, 2005 г.-19с.

Пфайфер К. Введение в перестрахование.- М.: Издательство «Анкил», 2000.-310с.

Русакова О.И., Андреева Е.В., Евсевлеева М.Н. Страхование: Учеб. пособие.- Иркутск: Издательство «БГУЭП», 2002.-305с.

Рыбкин И.В. Страхование: максимальные продажи.- СПб.: «Питер», 2004.-275с.

Романова М.В., Фатьянов И.С. Страховые резервы.- М.: Издательство «АиН», 2001.-203с.

Сборник типовых правил, условий и договоров страхования. М.: «Анкил», 2003.-196с.

Статус бюджетных учреждений и общие принципы реструктуризации бюджетного сектора в РФ в 2003-2004 годах и на период до 2006 года // Гл.врач.-2004.-№6.-33с

Семенов В.Ю. (1996). Обязательное медицинское страхование и реформирование здравоохранения в России и за рубежом. // Экономика здравоохранения, 1996, № 4.-21с.

Сорокина В. Пособия по безработице и при потере трудоспособности. // Журнал общественно-политических исследований. Современная Европа. 2004. № 4.-30с

Симоненко А.М. Совершенствование правового регулирования финансирования здравоохранения РФ // Мед. право.-2005.-№1.-24с.

Салтман Р.Б., Фигейрас Дж. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий. Пер. с англ. М.: Гэотар Медицина, 2000-510с.

Татарников М.А. Актуальные проблемы реформы здравоохранения // Главврач.-2005.-IV.-31с.

Фотаки М. Опыт реформирования здравоохранения в Великобритании и Швеции. // Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000.-56с.

Хоканссон С. Результаты реструктуризации в системе здравоохранения Швеции. // Управление в системе медицинского страхования в России - Региональные аспекты. Материалы международной конференции. Ярославль, 7-8 декабря 1999 г. М.: Тасис, Проект «Управление развитием системы социальной защиты», 2000.-115с.

Шевченко Ю.Л. Об итогах хода реформ и задачах по развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации на 2000-2004 годы и на период до 2010 года. Доклад Министра здравоохранения Российской Федерации. М.: Министерство здравоохранения Российской Федерации, 15 марта 2000 г.-205с.

Шейман И.М. Возможные стратегии реформирования системы государственных обязательств в здравоохранении. // Экономика здравоохранения, 2000, № 5,6/45, -47с.

Щепин В.О., Габуева Л.А. Правовое регулирование здравоохранения // Здравоохранение № 4, 2005 г.-54с.

Щепин В.О., Овчаров В.К. Здравоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины.-2005.-284с.

www.gazeta.ru

www.fssn.ru

Приложение А

Сведения о выплатах страховых возмещений и страховых сумм по регионам Российской Федерации за 2006 год (уточненные по состоянию на 20.03.2007)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | Рег. номер | Город | Итого (кроме обязат. мед. страхов.) | в том числе по договорам | Обязат. медицинс-кое страхов.Тыс. руб |
| добровольного | обязательного |
| страхов. жизни | личного страхов. (кроме страхов. жизни) | имущест-венного страхов. (кроме страхов. ответст-венности) | страхов. ответст-венности | личного страхов. пассажи-ров (турис-тов, экскур-сантов) | государст. личного страхов. сотрудни-ков Государст-венной Налоговой службы РФ | государст. страхов. военно-служащих и прирав-ненных к ним в обязат. государст. страхов. лиц | страхов. граждан. ответст-венности владель-цев транспорт. средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 |
| Свердловская область |   |   | 4 431 833 | 55 105 | 1 383 681 | 1 833 161 | 9 603 | 125 | 0 | 0 | 1 150 158 | 1 017 555 |
| АСТРАМЕД-МС | 1372 | Екатеринбург | 19 337 | 0 | 19 337 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 132 028 |
| БЕЛАЯ БАШНЯ-ЗДОРОВЬЕ | 1499 | Екатеринбург | 81 498 | 0 | 81 498 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 522 |
| ГАРАНТ-ЭНЕРГОМЕД | 2753 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 434 |
| ДАНКО | 1564 | Кировград | 75 | 0 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 540 |
| ДОРМЕДСЕРВИС | 1548 | Екатеринбург | 24 771 | 0 | 24 771 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 16 883 |
| КОЛЬЦО УРАЛА-МЕДИЦИНА | 3313 | Екатеринбург | 11 939 | 0 | 11 939 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 008 |
| КРОНА-СК | 1476 | Екатеринбург | 8 686 | 0 | 8 686 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 687 |
| МЕГУС-АМТ | 1734 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 737 |
| МЕДИНКОМ | 43 | Екатеринбург | 124 408 | 0 | 124 408 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 180 750 |
| ОСТРОВ | 3282 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 858 |
| ПУЛЬС | 1409 | Екатеринбург | 17 551 | 0 | 17 551 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 679 |
| ТАГИЛ-МЕДСЕРВИС | 1098 | Нижний Тагил | 15 445 | 0 | 15 445 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 94 474 |
| ТИРУС-МЕДСЕРВИС | 788 | Верхняя Салда | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 65 044 |
| УРАЛ-РЕЦЕПТ М | 1457 | Екатеринбург | 4 645 | 0 | 4 645 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 191 473 |
| УРАЛЬСКАЯ СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА | 1712 | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 571 |
| ФОНД ЗДОРОВЬЯ | 1759 | Реж | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 907 |

Приложение Б

Поступления и выплаты за 2006 год (уточненные по состоянию на 20.03.2007)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № пп |  Рег. №  | Наименование | Город | Поступления |
| Итого (кроме обязат. мед. страхования) | в том числе по договорам | Обязатель-ное медицинс-кое страхова-ние |
| добровольного | обязательного |
|  страхования жизни |  личного страхования (кроме страхования жизни) |  имуществ. страхования (кроме страхования ответствен-ности) | страхования ответствен-ности |  личного страхования пассажиров (туристов, экскурсан-тов) | государст-венного личного страхова-ния сотруд-ников Государст-венной Налоговой службы РФ | государст-венного страхования военнослу-жащих и приравнен-ных к ним в обязат. Гос. страховании лиц | страхования гражданской ответствен-ности владельцев транспорт-ных средств |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 90 | 1372 | АСТРАМЕД-МС | Екатеринбург | 24 211 | 0 | 24 211 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 159 536 |
| 113 | 1499 | БЕЛАЯ БАШНЯ-ЗДОРОВЬЕ | Екатеринбург | 104 308 | 0 | 104 308 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 83 070 |
| 180 | 2753 | ГАРАНТ-ЭНЕРГОМЕД | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 933 |
| 219 | 1564 | ДАНКО | Кировград | 96 | 0 | 96 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 191 |
| 233 | 1548 | ДОРМЕДСЕРВИС | Екатеринбург | 28 897 | 0 | 28 897 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 44 321 |
| 338 | 3313 | КОЛЬЦО УРАЛА-МЕДИЦИНА | Екатеринбург | 10 988 | 0 | 10 988 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 58 145 |
| 357 | 1476 | КРОНА-СК | Екатеринбург | 10 264 | 0 | 10 264 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 652 |
| 397 | 1734 | МЕГУС-АМТ | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 031 |
| 401 | 43 | МЕДИНКОМ | Екатеринбург | 148 253 | 0 | 148 253 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 224 591 |
| 501 | 3282 | ОСТРОВ | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 36 030 |
| 547 | 1409 | ПУЛЬС | Екатеринбург | 24 207 | 0 | 24 207 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 41 661 |
| 781 | 1098 | ТАГИЛ-МЕДСЕРВИС | Нижний Тагил | 17 479 | 0 | 17 479 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 113 636 |
| 792 | 788 | ТИРУС-МЕДСЕРВИС | Верхняя Салда | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 81 493 |
| 825 | 1457 | УРАЛ-РЕЦЕПТ М | Екатеринбург | 5 368 | 0 | 5 368 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 226 446 |
| 832 | 1712 | УРАЛЬСКАЯ СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНА | Екатеринбург | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 43 613 |
| 846 | 1759 | ФОНД ЗДОРОВЬЯ | Реж | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 798 |
|   |   | Итого: | 407 092 823 | 15 984 335 | 76 950 071 | 227 912 017 | 16 533 250 | 517 756 | 11 539 | 5 310 025 | 63 873 830 | 203 533 851 |

Продолжение Приложения Б

|  |
| --- |
| Выплаты |
| Итого (кроме обязат. мед. страхования) | в том числе по договорам | Обязатель-ное медицинс-кое страхова-ние |
| добровольного | обязательного |
|  страхования жизни |  личного страхования (кроме страхования жизни) |  имуществ. страхования (кроме страхования ответствен-ности) | страхования ответствен-ности |  личного страхования пассажиров (туристов, экскурсан-тов) | государст-венного личного страхова-ния сотруд-ников Государст-венной Налоговой службы РФ | государст-венного страхования военнослу-жащих и приравнен-ных к ним в обязат. государст-венном страховании лиц | страхования гражданской ответствен-ности владельцев транспорт-ных средств |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 19 337 | 0 | 19 337 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 132 028 |
| 81 498 | 0 | 81 498 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 68 522 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 434 |
| 75 | 0 | 75 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 540 |
| 24 771 | 0 | 24 771 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 27 241 |
| 13 454 | 0 | 13 454 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 48 008 |
| 8 686 | 0 | 8 686 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 687 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 28 737 |
| 124 408 | 0 | 124 408 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 185 998 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 29 858 |
| 17 551 | 0 | 17 551 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 679 |
| 15 445 | 0 | 15 445 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 94 474 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 65 044 |
| 4 645 | 0 | 4 645 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 191 473 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 35 571 |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 907 |
| 162 164 202 | 16 580 562 | 42 027 964 | 64 648 378 | 1 362 423 | 3 100 | 17 008 | 4 234 745 | 33 290 022 | 190 651 658 |

Приложение В

Ранжирование по взносам по добровольному личному страхованию за 1-3 кварталы 2006 года

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N п/п | Наименование страховой компании | Взносы по добровольному личному страхованию (кроме страхования жизни) в 1-3 кв. 2006 г., тыс. руб. | Выплаты по добровольному личному страхованию (кроме страхования жизни) в 1-3 кв. 2006 г., тыс. руб. | Кол-во работников на 01.10.2006 | Город, где находится головной офис компании | Год основания компании / подразделения в Екатеринбурге |
| Общее количество | Работники, занимающиеся продажами (в т.ч. агенты) | Управленческий персонал |
| 1 | «СОГАЗ» | 323506 | 229723 | Н/д | Н/д | Н/д | Москва | 1993 / 1995 |
| 2 | «ЖАСО» | 251551 | 156307 | Н/д | Н/д | Н/д | Москва | 1991 / 1996 |
| 3 | «РОСНО» | 101310 | 9550 | 100 | 44 | 56 | Москва | 1999 / 2004 |
| 4 | «МЕДИНКОМ» | 99896 | 87271 | 267 | 38 | 12 | Екатеринбург | 1992 / 1992 |
| 5 | «ТЕХНОПОЛИС» | 56767 | 28896 | 12 | 6 | 4 | Екатеринбург | 1992 / 1992 |
| 6 | «ГАММА» | 43387 | 34528 | Н/д | Н/д | Н/д | Екатеринбург | 1994 / 1994 |
| 7 | «НАЦИОНАЛЬНАЯ СТРАХОВАЯ ГРУППА» | 36153 | 7277 | Н/д | Н/д | Н/д | Долгопрудный | 1994 / 2002 |
| 8 | «ЮГОРИЯ» | 28045 | 5685 | 342 | 268 | 74 | Ханты-Мансийск | 1997 / 2003 |
| 9 | «РОСГОССТРАХ-УРАЛ» | 27468 | 3842 | Н/д | Н/д | Н/д | Тюмень | 1992 / н/д |
| 10 | «ИНГОССТРАХ» | 25730 | 29680 | 41 | 27 | 14 | Москва | 1947 / 1999 |

Приложение Г

Прогнозный расчет финансовой емкости системы здравоохранения Свердловской области на период до 2015г. (млрд.руб./ %)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 2010 | 2015 | 2010 | 2015 |
| Сумма | Уд.вес | Сумма | Уд.вес | Сумма | Уд.вес | Сумма | Уд.вес |
| Расходы на здравоохранение консолидированного бюджета Свердловской области | 9 | 24 | 15 | 25 | 9 | 20 | 15 | 20 |
| Расходы Фонда обязательного медицинского страхования | 15 | 41 | 24 | 41 | 15 | 32 | 24 | 33 |
| Норматив расходов предприятий на медицинскую помощь работникам | При сохранении уровня – 3% | При увеличении уровня – до 5% |
| Расходы предприятий и организаций на программы ДМС  | 13 | 35 | 20 | 34 | 22 | 48 | 34 | 47 |
| Финансовая емкость здравоохранения Свердловской области | 37 | 100 | 59 | 100 | 46 | 100 | 73 | 100 |