**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**по предмету:**

**«ТЕОРИЯ ФИНАНСОВ»**

**на тему:**

**«МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ.**

**ЕГО СУЩНОСТЬ И СИСТЕМА»**

**СОДЕРЖАНИЕ:**

**ВВЕДЕНИЕ**

ГЛАВА 1.ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ

1.1 Сущность страхования

1.2. Социальное страхование

ГЛАВА 2. СУЩНОСТЬ МедицинскОГО страхованиЯ

2.1. Мероприятия по медицинскому страхованию

ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ**

**ВВЕДЕНИЕ**

 Процесс воспроизводства представляет собой взаимодействие и противоборство различных сил как природного, так и общественного характера. Противоречия между человеком и природой, с одной стороны, и общественные противоречия - с другой в совокупности создают условия для проявления различных негативных последствий, имеющих случайный характер. Возникает риск, присущий различным стадиям общественного воспроизводства и любым социально-экономическим отношениям. Все эти факты способствовали возникновению и развитию страховых отношений во всем мире.

*Актуальность* темы курсовой работы заключается в том, что страхование сейчас является одной из важнейший сфер экономики и наименее изученной из всех. Несмотря на то, что в Республике Беларусь страхование находится лишь на этапе своего развития, возникло оно достаточно давно. И с тех пор развивалось, имея своим конечным назначением удовлетворение разнообразных потребностей человека через систему страховой защиты от случайных опасностей.

 В страховании реализуются определенные экономические отношения, складывающиеся между людьми в процессе производства, обращения, обмена и потребления материальных благ. Оно предоставляет всем хозяйствующим субъектам и членам общества гарантии в возмещении ущерба.

 В последнее время наиболее важным и спорным моментом в теории страхования стало отнесение страхования к той или иной экономической категории, либо выделение его в самостоятельную категорию.

*Целью* курсовой работы является рассмотреть понятие медицинского социального страхования, его сущность и систему в Республике Беларусь.

В ходе работы над курсовой работой следует осуществить ряд *задач*:

 - дать определение страхованию;

- проанализировать понятие социальное и медицинское страхование;

- определить мероприятия по страхованию, фонды страхования;

- рассмотреть и проанализировать развитие медицинского страхования в Республике Беларусь, его проблемы и перспективы развития.

Работа состоит из трех глав, заключения-вывода. Для написания работы использовались нормативные акты Республики Беларусь, материалы практики, научно-практические комментарии, специальная литература и периодика.

**ГЛАВА 1.ПОНЯТИЕ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ**

**1.1 Сущность страхования**

 Страхование - это способ возмещения убытков, которые потерпело физическое или юридическое лицо, посредством их распределения между многими лицами (страховой совокупностью). Возмещение убытков производится из средств страхового фонда, который находится в ведении страховой организации (страховщика). Объективная потребность в страховании обуславливается тем, что убытки подчас возникают вследствие разрушительных факторов, вообще не подконтрольных человеку, как, например, стихийные бедствия. В подобной ситуации невозможно взыскивать убытки с кого-либо и заранее созданный страховой фонд может быть источником возмещения ущерба.[6, c.54]

 Как экономическая категория страхование представляет систему экономических отношений, включающую совокупность форм и методов формирования целевых фондов денежных средств и их использование на возмещение ущерба при различных рисках, а также на оказание помощи гражданам при наступлении определенных событий в их жизни. Оно выступает, с одной стороны, средством защиты бизнеса и благосостояния людей, а с другой - видом деятельности, приносящим доход. Источниками прибыли страховой организации служат доходы от страховой деятельности, от инвестиций временно свободных средств в объекты производственной и непроизводственной сфер деятельности, акции предприятий, банковские депозиты и т.д.

Страхование - одна из трех сфер финансовой системы. Страхование связано с распределением СОП и части НБ.

Страхование - это совокупность особых замкнутых перераспределительных отношений между его участниками по поводу формирования за счет взносов страховых фондов, предназначенных для возмещения материального и иного ущерба предприятиям, организациям и физическим лицам.

 Субъекты страхования - страхователь и страховщик. Страховщик - организация, осуществляющая страхование, имеющая на это лицензию, к ней предъявляются определенные требования (объем уставного капитала, не имеют права заниматься торговой и производственной деятельностью). Страхователь - юридическое или физическое лицо, заключающее договор страхования и вносящее страховые взносы.

 Застрахованный - это лицо, указываемое в договоре страхователем, жизнь или здоровье которого является объектом страховой защиты. Страхователь и застрахованный могут быть как одним лицом, так и разными.

 Выгодообретатель - лицо, которое получает страховое возмещение в случае, если его не может получить страхователь.

 Существует две категории посредников на страховом рынке: страховой брокер и страховой агент.

 Страховой агент - это физическое лицо, которое заключает договор страхования от имени страховщика (страховой компании) за комиссионное вознаграждение, он внештатный сотрудник страховой компании.

 Страховой брокер - это юридическое лицо, которое по поручению страховщика или страхователя заключает договоры страхования за комиссионное вознаграждение. Это обычно компания неполучившая лицензии, но желающая действовать на страховом рынке.

 Перестрахователь и перестраховщик - это страховые компании, заключающие договор перестрахования. Перестраховщик принимает на себя часть страховых рисков перестрахователя вместе с частью страховых взносов.

 Страховая сумма - сумма денежных средств, на которую фактически застраховано имущество, жизнь, здоровье и т.д.

 Страховая оценка - это стоимость объекта для страхования за вычетом износа.

 Как правило, страховая сумма не должна превышать страховую оценку.

 Страховое обеспечение - это отношение страховой суммы к стоимости имущества, принимаемого к страхованию.

**1.2. Социальное страхование**

 Одним из объективных факторов развития общества является необходимость материального обеспечения лиц, которые в силу определенных причин не участвуют в общественном труде и не могут за счет оплаты по труду поддерживать свое существование. На содержание таких членов общества направляется часть созданного валового продукта, специально обособляемая обществом для этих целей. В условиях функционирования товарно-денежных отношений эта часть общественного продукта используется посредством формирования и использования определенных денежных фондов.

 Таким образом, социальное страхование - это система отношений, с помощью которой формируются и расходуются фонды денежных средств для материального обеспечения лиц, не обладающих физической трудоспособностью или располагающих таковой, но не имеющих возможности реализовать ее по различным причинам.

 Организация социального страхования базируется на следующих основных принципах:

* личная ответственность - сами работники участвуют в финансировании страхования, размер выплат зависит от предварительных взносов работников и их страхового стажа;
* солидарность - работодатели, трудящиеся и государство принимают финансовое участие в страховании, оказывая своими взносами материальную помощь (при наступлении страховых случаев) менее обеспеченным;
* организационное самоуправление - руководство органами социального страхования осуществляется полномочными представителями работников и работодателей, что укрепляет солидарность двух социальных субъектов и страховых сообществ, делает систему социального страхования «прозрачной» для общественности, способствуя социальной стабильности, формированию демократического сознания населения;
* всеобщность - социальное страхование распространяется на самые широкие круги нуждающихся в нем, что выражается в законодательном закреплении гарантий реализации прав застрахованных, порядка осуществления соответствующих выплат и предоставления услуг;
* обязательность (принудительность) социального страхования независимо от воли и желания работодателей и застрахованных, что находит выражение в обязательном характере (по закону) уплаты страховых взносов работодателями и работниками, а также в определенных случаях и государством (из государственного бюджета;
* государственное регулирование - законодательное закрепление гарантий прав в области страховой защиты, уровня выплат и качества услуг, условий назначения пособий, контроля за правильностью использования финансовых средств.

 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.

 Так как каждый вид социального риска имеет свою природу и по-разному проявляется для разных категорий трудящихся, то и формы защиты, а значит, и организация социального страхования, различаются по видам, которые имеют свои особенности.

 Только таким образом можно четко рассчитывать финансовые средства, необходимые для страхования отдельных рисков, и только так будет исключено скрытое перераспределение средств при страховании различных рисков.

 К основным видам социального страхования следует отнести:

* страхование по болезни (оплата медицинской помощи и дней нетрудоспособности);
* страхование пенсионного обеспечения (по старости, пенсии по инвалидности, пенсии иждивенцам погибших);
* страхование от несчастных случаев на производстве (в связи с производственным травматизмом и профессиональной заболеваемостью);
* страхование по безработице.

Сделаем выводы: социальное страхование как финансовая категория представляет собою часть денежных отношений по распределению и перераспределению национального дохода с целью формирования и использования фондов, предназначенных для содержания лиц, не участвующих в общественном труде.

**ГЛАВА 2. СУЩНОСТЬ МедицинскОГО страхованиЯ**

Цель медицинского страхования - повысить качество и расширить объем медицинской помощи посредством: радикального увеличения ассигнований на здравоохранения; децентрализации системы управления фондами здравоохранения; материальной заинтересованности медицинских работников в конечных результатах; экономической заинтересованности предприятий в сохранении здоровья работающих; экономической заинтересованности каждого человека в сохранении своего здоровья.

Сам механизм страхования объективно отражает присущее рыночным отношениям свойство неопределенности и возникновения ситуации, которая порождает большие непредвиденные потери. Страхование является одним из основных способом, к которым прибегают люди и различные предприятия для снижения потерь от рисковых ситуаций. Основная цель страхования состоит в уменьшении риска (потерь от риска), который различные субъекты должны нести, в перекладывании риска на тех, кто более охотно (или, находясь в лучшем положении) готов его нести. Механизм страхования включает в себя объединение рисков и их перераспределение.

В то же время возникает своеобразное противоречие. С одной стороны, страхование отражает природу рыночных отношений, а с другой - в определенной степени деформирует спрос и предложение медицинских услуг. В частности, существует серьезное последствие страхования - оно поощряет человека тратить на медицинские услуги больше, чем при других условиях. Если человек знает, что страхования компания оплатить 80% стоимости пребывания в больнице за каждый дополнительный день, он может остаться и дальше в ней, хотя фактически уже в этом не нуждается. И он не будет слишком возражать, если, предположим, больница назначит цену за одни день в 10000 рублей вместо 9000 рублей, зная, что увеличение цены обойдется ему только в 200 рублей. Можно предположить, что и врачи, зная, что пациенту не придется платить полностью по счету, прописывая даже очень дорогое лекарство с сомнительной эффективностью, будут меньше колебаться.

Чем большей эластичностью спроса по цене будут обладать медицинские услуги, тем эта закономерность будет проявляться в большей степени. В еще больше степени это противоречие проявиться, когда пациенты совсем не будут участвовать в издержках по оказанию медицинских услуг.

Цель медицинского страхования - гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Такая социальная защита может быть реализована путем создания в едином порядке специализированного денежного фонда, в формировании которого принял бы участие, в конечном счете, каждый гражданин.

В этом случае медицинское страхование принимает форму обязательного. Социальный характер обязательного медицинского страхования, позволяющий каждому гражданину получать одинаковую медицинскую помощь, достигается неравным вкладом каждого в создание денежного фонда на оплату этой помощи. Другими словами, богатый платить за бедного. Именно в этом проявляется принцип общественно солидарности, на котором построена система обязательного медицинского страхования во многих европейских странах.

По мнению А.В. Телюкова [5, c.23], в демократических государствах вопрос о всеобщей доступности медицинской помощи основывается на свободном индивидуальной выборе, то есть является результатом гражданского согласия и имеет под собой прочную экономическую, социальную и политическую основу. Под экономической основой он понимает достаточно высокий уровень личных доходов: готовность перераспределять часть средств в пользу менее удачливых сограждан органично вытекает из высокого уровня собственного благосостояния. Социальный фундамент означает, что решения, принимаемы людьми в общественной сфере, формируются их собственными убеждениями, взглядами, концепциями, верованиями. Политической основной общественного договора являются институты законодательной и исполнительной власти, которые придают общественному договору форму закона и реализуют его в политике правительства. При этом и законодательная, и исполнительная власть подконтрольны избирателям.

Социальное страхование, в том числе и обязательное медицинское, по своей природе является бесприбыльным. Страховая деятельность осуществляется на основе самоокупаемости и возвращения возникшей прибыли в фонды развития страховой системы. В большинстве стран государство освобождает такие системы от уплаты налогов, предоставляет иные льготы, осуществляет страхование от разорения, выдает целевые дотации на развитие.

В то же время страхование, в том числе и медицинское, относится к области рыночной деятельности. А рыночное поведение характеризуется, прежде всего, о производстве товаров и услуг (а страховые услуги являются товаром).

Страхование как коммерческий вид деятельности всегда стремится уровнять индивидуальные риски между членами группы и не допустить включения в группу объектов страхования, способных заметно отклонить групповой риск в сторону превышения среднего уровня. В социальном плане такое поведение называется дискриминационным. Сущность страхования в этом случае можно выразить словами: всегда групповое - никогда всеобщее. В этом сказывается ограниченность коммерческого страхования, которое может являться механизмом финансирования всеобщего общественного товара, поэтому коммерческое медицинское страхование может осуществляться исключительно в добровольной форме.

В Республике Беларусь под добровольным медицинским страхованием понимается система отношений по защите имущественных интересов физических лиц при наступлении событий (страховых случаев), предусмотренных договором добровольного страхования медицинских расходов за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых юридическими и физическими лицами страховых взносов. Целью добровольного медстрахования является расширение возможностей физлиц в получении медицинской помощи по сравнению с объемом и технологическим уровнем такой помощи, предоставляемой в пределах бюджетного финансирования. Так же предусмативается возможность добровольного медстрахования за счет как физических, так и юридических лиц.

При этом основными задачами добровольного медицинского страхования являются разработка соответствующих программ медицинских расходов, адаптированных к различным уровням финансовых возможностей страхователей и организаций здравоохранения, а также привлечение дополнительных финансовых средств в систему здравоохранения.

В сочетании с предоставлением общедоступной медицинской помощи в программах может гарантироваться использование дорогостоящих медицинских технологий и лекарственных средств, право выбора застрахованными лицами организаций здравоохранения как государственной, так и частной формы собственности, лечащего врача, оплата лекарственных средств при оказании медицинской помощи в амбулаторно-поликлинических условиях.

Ссылаясь на данные соцопроса, проведенные журналом "Страхование в Беларуси", 67,5% опрошенных высказываются за внедрение в стране медицинского страхования по примеру европейских государств, а 57,5% полностью не удовлетворены действующая бюджетная система здравоохранения. В то же время 52,5% не считают, что платные медуслуги отличаются более высоким качеством. При этом 55% считают наиболее предпочтительной коллективную (за счет общего фонда оплаты труда предприятия) форму заключения договора медицинского страхования. Среди опрошенных 45% отдали бы предпочтение государственному страховщику для заключения такого договора, а 42,5% опрошенных считают, что в Беларуси отсутствуют заслуживающие доверие страховые организации.

В целом перспективу развития рынка добровольного страхования, в том числе медицинского, эксперты связывают с возможностью создания равных конкурентных условий для государственных и негосударственных страховщиков. По их словам, объединения страховщиков в настоящее время высказывают крайнюю обеспокоенность готовящимися в Беларуси изменениями порядка отнесения затрат на добровольное страхование. В частности, по их данным, в правительстве Беларуси рассматривается проект нормативного акта, по которому предприятия смогут относить на себестоимость расходы по взносам на страхование жизни, дополнительных пенсий и медицинскому страхованию работников лишь при условии страхования у государственного страховщика.

В настоящее время на страховом рынке Беларуси действует 32 страховых организаций, из них 3 государственные ("Белгосстрах", "Белэксимгарант", "Стравита"), и 5 страховых брокеров. Страхование жизни и дополнительной пенсии осуществляют 6 страховщиков. С участием иностранного капитала создано 12 страховых организаций.

При добровольном медицинском страховании можно говорить о гарантированной страховой материальной защите только для тех граждан, которые являются застрахованными по индивидуальному или коллективному договору добровольного страхования за счет взносов, уплачиваемых из их личного дохода или прибыли предприятий. При этом объем и стоимость медицинских услуг, предоставляемых по такому договору, зависит от величины уплаченного взноса, размер которого, в свою очередь, устанавливается страховщиком в зависимости от состояния здоровья каждого застрахованного или группы застрахованных. Кроме того, размер страхового взноса зависит от тарифов на те медицинские услуги, которые необходимы для данного контингента и предоставляются по конкретному договору конкретным медицинским учреждением.

Приведу сравнительную характеристику социального и коммерческого видов медицинского страхования (Таблица 1.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сравнительные признаки** | **Социальное страхование** | **Коммерческое страхование** |
| Правовое основание | Обязательное | Добровольное |
| Охват | Массовое | Групповое, с относитель­но узким охватом насел­ения и индивидуальное |
| Условия возмещения | Гарантированный меха­низм и унифици­рован­ный набор социаль­ных выплат и льгот | Разнообразные "пакеты" компенсаций и услуг, формируемые на ус­мот­ре­ние каждого страхо­в­щика |
| Статус распорядителя страховыми средствами | Государственная или ква­зи­государственная организа­ция | Частные страховые ком­па­нии |
| Принципы организации страхового возмещения | Текущее финанси­рова­ние соци­аль­ных благ для других | Отложенное финанси­ро­ва­­ние специ­альных благ для себя |
| Критерии эффективности | Перераспределение сред­ств имеет характер соци­аль­ных трансферт, то есть, подчинено целевой эффективности (в частности, всеобщности охвата). | Перераспределение огра­ни­чиваются рамками групп и подчинено зат­ра­т­­ной эффективности стр­а­ховщика и страхо­вателя. |

**Таблица 1.**

**Характеристика социального и коммерческого видов медицинского страхования**

Таким образом, необходимость в обязательном медицинском страховании возникает тогда, когда государство признает, что потребность его граждан в здоровье имеет общественное значение для всего уклада жизни и дальнейшего развития общества. Однако, не имея в государственном бюджете средств для защиты определенного уровня удовлетворения этой потребности, используется для этой цели обязательное страхование, то есть на основе обязательного медицинского страхования производится финансирование тех мероприятия по охране здоровья, которые считаются важными для всего общества.

В сложившейся экономической ситуации сохранение государственных обязательств по предоставлению бесплатной медицинской помощи на универсальной основе практически нереально. При самых благоприятных условиях по взносам на ОМС, привлечение дополнительных источников финансирования) финансовых ресурсов для обеспечения бесплатности всех видов медицинской помощи будет недостаточно. При этом важно учитывать, что чрезмерные обязательства государства ведут к деформации экономических отношений в отрасли, поскольку в условиях несбалансированности программ ОМС ограничиваются возможности полноценных договорных отношений между финансирующей стороной и ЛПУ, а значит, и повышения эффективности и качества оказания медицинской помощи. Тем самым нарушается важнейшее условие осуществления реформы здравоохранения - предсказуемость поступлений финансовых ресурсов.

Не менее очевиден и отрицательный социальный и политический эффект чрезмерной декларативности государственных обязательств: бесплатность медицинской помощи становится все более иллюзорной, растет недовольство населения состоянием служб здравоохранения. Объявив медицинскую помощь полностью бесплатной, государство все более утрачивает возможности предоставить такую помощь, тем, кто в ней более всего нуждается. Одновременно активизируется теневой рынок медицинских услуг с далеко идущими социальными и экономическими последствиями. С одной стороны, медики сильней реагируют на стимулы, возникающие в сфере теневой экономики, чем на попытки страховщиков построить разумную систему оплаты по результатам труда в общественном секторе здравоохранения. С другой - пациенты иногда вынуждены платить из собственного кармана суммы, не соответствующие реальному вкладу медиков.

В сложившейся ситуации необходимо отказаться от деклараций и трезво оценить финансовые возможности здравоохранения. Практически это означает необходимость принятия новой процедуры формирования базовой программы ОМС.

Определяемый этой программой минимальный социальный стандарт, ниже которого не могут быть установлены объем и условия оказания медицинской помощи в территориальных программах ОМС, должен утверждаться вместе с размером взноса на ОМС и поступлениями из бюджета, необходимыми для достижения этого стандарта.

Чтобы избежать чрезмерной декларативности обязательств по базовой программе ОМС, она должна рассчитываться как минимальный социальный стандарт в виде минимального норматива финансирования на одного жителя. Этот норматив должен быть ориентиром для расчета территориальной программы ОМС на уровне субъекта федерации. Иначе говоря, каждая территория должна иметь свою базовую программу в размере минимальных государственных обязательств. После оценки своих возможностей субъект федерации принимает дополнительные обязательства, которые финансируются в территориальной программе ОМС.

**2.1. Мероприятия по медицинскому страхованию**

Граждане Республики Беларусь, временно выезжающие за ее пределы, подлежат обязательному медицинскому страхованию. Порядок и условия обязательного медицинского страхования граждан Республики Беларусь при выезде за ее пределы определяются Советом Министров Республики Беларусь. Иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории Республики Беларусь, пользуются правами в области охраны здоровья наравне с гражданами Республики Беларусь, если иное не определено законами и международными договорами.

Порядок и условия обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства при въезде на территорию Республики Беларусь определяются законодательными актами

Во исполнение Указа Президента Республики Беларусь от 26 июня 2000 г. № 354 “Об обязательном медицинском страховании иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республике Беларусь” Совет Министров Республики Беларусь уполномочил на осуществление обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республике Беларусь, Белорусскую государственную страховую организацию и Белорусскую государственную организацию по страхованию рисков, связанных с внешнеэкономической деятельностью.

Другие страховые организации осуществляют обязательное медицинское страхование названных иностранных граждан и лиц без гражданства на основании лицензии на проведение указанного вида страхования, выданной Комитетом по надзору за страховой деятельностью при Министерстве финансов.

Фонд предупредительных (превентивных) мероприятий по обязательному медицинскому страхованию для иностранных лиц и лиц без гражданства, временно проживающих на территории Республики Беларусь формируется страховыми организациями за счет отчислений от страховых взносов, полученных при осуществлении обязательного медицинского страхования иностранных граждан и лиц без гражданства, временно пребывающих в Республике Беларусь.

Отчисления в фонд предупредительных (превентивных) мероприятий страховыми организациями производятся ежемесячно при определении финансовых результатов от страховой деятельности (до определения налогооблагаемой базы).

Формирование фонда предупредительных (превентивных) мероприятий осуществляется в национальной валюте Республики Беларусь независимо от валюты, в которой поступили страховые взносы.

Средства фонда предупредительных (превентивных) мероприятий имеют строго целевое назначение в следующих размерах:

Министерству здравоохранения – 80 процентов;

Государственному комитету пограничных войск – 20 процентов.

Средства фонда предупредительных (превентивных) мероприятий используются:

Министерством здравоохранения на приобретение медицинской техники, оборудования и запасных частей к ним, расходных материалов, лекарственных и перевязочных средств, вакцин, диагностикумов;

Государственным комитетом пограничных войск на обустройство Государственной границы и развитие пограничной инфраструктуры.

Министерство здравоохранения, осуществляющее мероприятия по укреплению материально-технической базы государственных лечебно-профилактических учреждений, которыми оказывается скорая и неотложная медицинская помощь иностранным гражданам и лицам без гражданства, временно пребывающим в Республике Беларусь, Государственный комитет пограничных войск, осуществляющий контроль наличия страхового полиса по обязательному медицинскому страхованию в пунктах пропуска через Государственную границу Республики Беларусь, не позднее 1 октября текущего года представляют в Министерство финансов для утверждения смету (с необходимыми расчетами) расходования средств фонда предупредительных (превентивных) мероприятий на следующий год с поквартальной разбивкой в соответствии с планом конкретных мероприятий.

Финансирование мероприятий, предусмотренных сметой расходов, производится путем перечисления страховыми организациями средств фонда предупредительных (превентивных) мероприятий на специальные счета Министерства здравоохранения и Государственного комитета пограничных войск не позднее 30 числа месяца, следующего за отчетным кварталом.

Использование средств фонда на мероприятия, не утвержденные сметой расходов, запрещается.

Средства фонда предупредительных (превентивных) мероприятий, не использованные в течение года, используются Министерством здравоохранения и Государственным комитетом пограничных войск в следующем году.

В целях эффективного использования финансовых средств, стимулирования труда медицинских работников и осуществления вневедомственного контроля за их профессиональной деятельностью учреждения здравоохранения могут финансироваться через организации, осуществляющие медицинское страхование.

**ГЛАВА 3. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

Внедрение системы добровольного медицинского страхования могло бы обеспечить в Беларуси привлечение внутренних инвестиций в размере, эквивалентном 200 млн. USD ежегодно, считает председатель Белорусского страхового союза Виктор Хомярчук. Однако Министерство здравоохранения не предпринимает необходимых действий, опасаясь, возможно, уменьшения размеров собственного финансирования.

Страхование в экономически развитых странах играет главную роль в привлечении инвестиций и социальной защите населения. На Западе до 70% внутренних инвестиций обеспечивается за счет страховых компаний, которые аккумулируют значительные средства. В Японии сумма страховых взносов на 1 человека составляет около 100 тыс. USD, в других странах - десятки тысяч долларов.

Председатель Белорусского страхового союза Виктор Хомярчук считает, что страхование способно решить и одну из самых "горячих" проблем белорусского общества - оплату медицинских услуг. Бюджетных денег на финансирование медицины сейчас не хватает, поэтому плата за медицинские услуги постепенно становится нормой. В прошлом году было принято решение об оказании до 30% услуг поликлиниками на платной основе.

В Беларуси проблема медицинского страхования обсуждается уже несколько лет. Вначале страховщики были за обязательное страхование, однако постепенно их мнение изменилось, так как обязательное страхование предполагает определенный уровень благосостояния людей, который в Беларуси пока не достигнут. В западных странах половину медицинской страховки оплачивает наниматель, а половину - сам гражданин. У нас же около 40% предприятий являются убыточными, и они просто не смогут платить за своих работников.

Поэтому еще 3 года назад было принято решение активизировать механизмы добровольного медицинского страхования.

Выглядит оно следующим образом. Страховые компании заключают договор с поликлиниками или другими лечебными учреждениями. Оговариваются виды услуг и их цены, которые затем предлагаются клиентам. Каждый гражданин выбирает то, что ему больше подходит. Цены довольно приемлемые, и в год страховой полис обходится в 100-300 USD (и выше).

Введение медицинского страхования, как считает В. Хомярчук, решает сразу несколько проблем. Во-первых, сфера медицинских услуг выводится из "теневого" оборота (сейчас больные вынуждены платить непосредственно врачам). Во-вторых, устанавливается контроль со стороны страховых компаний за качеством лечения и вводится конкуренция между врачами.

С активизацией рынка страховой медицины, однако, ничего не получилось, хотя надежда была. Проблема в том, что основная доля медицинских услуг в Беларуси оказывается государственными учреждениями, а частная медицина охватывает всего около 10% рынка и затрагивает довольно узкий спектр услуг. Поэтому позиция государства является очень важной. Вот здесь-то и возникли проблемы. Несколько лет назад премьер-министр РБ Геннадий Новицкий заявил о намерении осуществить широкую программу развития добровольного медицинского страхования. Однако в Минздраве поменялось руководство и все вышло наоборот. Государственным медицинским учреждениям во время кампании расторжения договоров с частными арендаторами было приказано расторгнуть договоры и с частными страховыми компаниями.

Сейчас, как утверждает В. Хомярчук, сложилась парадоксальная ситуация, когда все государственные чиновники выступают на словах за медицинское страхование, однако на практике ничего не делается. Возможно, Минздрав опасается уменьшения размеров собственного бюджетного финансирования. Не исключено, что играет роль и перспектива ликвидации "черного рынка" медицинских услуг, интересы которого Минздрав защищает своим бездействием.

Есть проблемы и у самих страховых компаний. Одна из них - это выбор страховой суммы. Ведь если человек застрахован на 1 тыс. USD, а на излечение вдруг потребуется 2 тыс. USD, то возникают серьезные проблемы не только финансового, но и этического характера.

Кроме этого, проблемами белорусского рынка страховых услуг, по мнению В. Хомярчука, является явный перекос в сторону обязательных видов страхования, которые сейчас составляют около 60% всего рынка, а также недавний запрет отнесения страховых расходов на себестоимость продукции и вытеснение частных компаний с рынка обязательных страховых услуг.

В. Хомярчук связывает надежды на изменение ситуации в лучшую сторону. В целом же, как он считает, решить проблему может только политическая воля, а не изменение мнений отдельных чиновников. Страховщики сделали все возможное для донесения своей точки зрения до правительства.

Все уже давным-давно привыкли, что на Западе никто и шагу не ступит без медицинской страховки. Оно-то и понятно: стоит человеку там заболеть и попасть в стационар, как на него мигом обрушиваются пачки счетов на далеко не символические суммы! Конечно, при этом и сам уровень медицинских услуг, оказываемых, скажем, в Германии или Соединенных Штатах, не сравнить с нашим. В то же время далеко не каждый семейный бюджет способен выдержать такое "испытание болезнями"! В результате весь цивилизованный мир предпочитает не ждать грома среди ясного неба, а, во избежание пусть нечастых, но крупных непредвиденных расходов, страховаться.

У нас же ситуация принципиально иная: согласно Конституции, любой гражданин Беларуси имеет право на бесплатную медицинскую помощь. То есть, по логике вещей, отсутствует сам экономический стимул для медицинского страхования. Так ли это на самом деле? Какие преимущества предоставляет медицинская страховка (не путать со страхованием медицинских расходов выезжающих за рубеж) нашим согражданам, и насколько дорогое это удовольствие? Можно ли верить рекламе, утверждающей, что соответствующий страховой полис сегодня экономически выгоден для "рядовых граждан", то есть для нас с вами? А также незаменим для организаций, которые могут себе позволить позаботиться о здоровье своих работников? Правда ли, что к застрахованным пациентам в государственных клиниках относятся более трепетно, нежели к "простым смертным"? Да и вообще, популярно ли у нас медицинское страхование?

Медицинское страхование у нас, в Беларуси, пока развито довольно слабо, и на то есть ряд объективных причин.

Во-первых, действительно сказывается отсутствие экономического стимула. Поскольку существует декларированная бесплатная медицинская помощь, человек понимает, что, обладая определенной настойчивостью, он вполне может ею воспользоваться. Кроме того, срабатывает чисто советская психология: мол, зачем мне платить, если еще неизвестно, заболею я или нет. А если когда-нибудь и заболею, то попросту заплачу сотню долларов лично лечащему врачу и получу все в лучшем виде. Система эта порочна по своей сути, но она работает! И будет работать до тех пор, пока государство не возьмет на себя смелость признать, что у него нет денег, чтобы в полной мере обеспечить населению бесплатную медицинскую помощь. Дескать, вот перечень бесплатных услуг, а все остальное - исключительно за деньги. Где взять эти деньги - другой вопрос: то ли человек платит сам, то ли его счета оплачивает организация, в которой он работает, то ли родственники, то ли страховая компания.

Во-вторых, особенности нашего налогового законодательства. На сегодняшний день медицинское страхование юридическими лицами своих работников крайне невыгодно. Почему? Страховые взносы мало того, что платятся из чистой прибыли - организация должна выложить еще почти столько же в виде налогов! А с работника, который "на руки" ничего при этом не получает, удержать подоходный налог (присовокупив стоимость полиса к его доходу). Поэтому даже те организации, которые могут себе позволить обеспечить медстраховкой свой персонал, идут на это крайне неохотно -- кому понравится удорожание полиса почти в два раза по сравнению с его реальной стоимостью? И пока не уменьшится это налоговое бремя и не будет подписан Указ президента о добровольном медицинском страховании, ситуация вряд ли изменится к лучшему.

Поэтому сколько бы реклама не говорила об экономической целесообразности медицинского страхования в Беларуси, а страховые компании не приводили в подтверждение этой "истины" какие-либо расчеты, сегодня это, увы, не соответствует действительности. На самом деле по деньгам выгоды здесь мало, и основной смысл медицинского страхования у нас сводится к получению помощи гораздо более высокого уровня. Плюс достойного медицинского сервиса.

Что происходит, если застрахованный наотрез откажется от государственных медучреждений и захочет "в случае чего" воспользоваться услугами платных? Дело в том, что возможности платных клиник пока довольно ограничены, особенно если говорить о стационаре. К тому же такой страховой полис, естественно, будет стоить дороже.

Страховых программ в Беларусь множество, причем у каждой страховой компании они разные. У "Бролли", к примеру, это: "Стационарная помощь", "Амбулаторная помощь" и "Комплексная программа[[1]](#footnote-1)" и их разновидности.

За январь-ноябрь 2005 года страховыми организациями Беларуси получено страховых взносов на сумму 440,3 млрд. рублей.

Как сообщает Министерство финансов, прирост поступлений страховых взносов за 11 месяцев по сравнению с аналогичным периодом прошлого года составил 85,8 млрд. рублей, или 24,2 процента. При этом доля крупнейшей государственной страховой организации "Белгосстрах" в общей сумме собранных страховых взносов составила 61,5 процента, или 270,6 млрд. рублей.

По добровольным видам страхования собрано страховых взносов в размере 142,8 млрд. рублей. Удельный вес добровольных видов страхования в общей сумме поступлений составляет 32,4 процента. По обязательным видам страхования собрано страховых взносов 297,5 млрд. рублей. Удельный вес обязательных видов страхования в общей сумме поступлений составляет 67,6 процента.

Выплаты страхового возмещения и страхового обеспечения в целом по республике составили 180 млрд. рублей. При этом на долю "Белгосстраха" в общей сумме страховых выплат приходится 122,6 млрд. рублей, или 68,1 процента.

Уровень страховых выплат в общей сумме собранных страховых взносов за рассматриваемый период этого года составил 40,9 процента.

За 11 месяцев страховыми организациями перечислено в бюджет и внебюджетные фонды 63,5 млрд. рублей, из них 45,3 млрд. рублей — налоги и неналоговые платежи в бюджет, 18,2 млрд. рублей — платежи во внебюджетные фонды.

Среднесписочная численность работников страховых организаций республики по состоянию на 1 декабря 2005 года составила 11.537 человек, в том числе штатных — 4.347. Фонд оплаты труда на эту же дату составил 49,9 млрд. рублей, в том числе фонд оплаты труда штатных работников — 30,6 млрд. рублей.[10]

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключение курсовой работы можно сделать некоторые выводы: страхование - одна из древнейших категорий общественных отношений.

Во времена социализма каждый работник твердо знал, что он всегда получит свою путевку в санаторий, отправит своего ребенка в пионерский лагерь, а пенсии его родителей хватит им на жизнь. Если заболеет он или его ребенок, то его бесплатно вылечат и оплатят больничный лист. Матери-одиночки получали пособие на ребенка, которого, конечно не хватало на шикарные пеленки и ленты, но оно помогало выжить тем, кто попал в трудную ситуацию. Все это давала “Советская страна”, а откуда брались эти деньги и почему сейчас так катастрофично положение: женщина боится уйти в декрет, потому что если ее и не выгонят, то пособие по беременности и родам будет настолько мизерно, что его не хватит даже на проезд в общественном транспорте.

Деньги на это получались из средств социального страхования, системой которого по праву гордилась страна. Куда же сейчас делись эти средства, неужели источники формирования их иссякли, но ведь мы по-прежнему отчисляем ежемесячно часть своей зарплаты в бюджет и внебюджетные фонды.

 Наиболее проблемной частью в чисто теоретических вопросах является отношение страхования к экономической категории финансов или выделение ее как самостоятельной категории. Приводятся многочисленные точки зрения по поводу решения данного вопроса, факты, выступающие «за» и «против» той или иной теории.

 Важной отраслью страхования является социальное страхование, которое к настоящему моменту представляет собой еще не сформированную систему, а скорее разрозненные государственные фонды социального страхования. Объектом социального страхования является уровень доходов граждан.

 Но, безусловно, страхование - это не только теория. Важными практическими вопросами является развитие страхования в условиях перехода к рыночной экономике.

Совершенствование страхового рынка продолжается.

В данной работе было рассмотрено, как действует система социального страхования в нынешней Беларусь и возможность получения реальной отдачи от внебюджетных фондов каждым конкретным плательщиком.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ:**

**Нормативные акты:**

1. Закон от 3 марта 1997 г. N 27-3 (Ведомости Национального собрания Республики Беларусь, 1997 г., N 9, ст.195
2. Закон от 11 января 2002 г. N 91-3 (Национальный реестр правовых актов Республики Беларусь, 2002 г., N 10, 2/840

**Литература:**

1. Дегтярев Г.П. Страхование в переходный период: основные принципы // Общество и экономика. - 1992 г. - №2 - стр.83.
2. Левант Н.А. Долгосрочное страхование жизни в условиях нестабильной экономики // Финансы. - 1996 г. - №6 - стр.42-44.
3. Страховое дело. Учебник / Под ред. Л.И. Рейтмана. - М.: Рост, 1992 г.
4. Страховое дело. Учебник под редакцией профессора Рейтмана Л. И. М., 1992 г.
5. Финансы /Под ред. В.М. Родионовой. - М.: Финансы и статистика, 1995 г.
6. Шахов В.В. Введение в страхование: экономический аспект. - М.: Финансы и статистика, 1992 г.
7. Шахов В.В. Страхование как самостоятельная экономическая категория // Финансы. - 1995 г. - №2 - стр.38-41
8. Шахов В.В. Страхование: Учебник для ВУЗов. - М.: Страховой полис, ЮНИТИ, 1997 г.
9. //Частная собственность//, № 21(412) от 6.06.2002 г., стр.4
10. //Экономика и бизнес// 28 декабря 2005г
11. //Белорусский рынок//архив 2005г
1. стационарная + амбулаторная помощь [↑](#footnote-ref-1)