# Содержание

Введение

1 Сущность страхования на территориальном уровне

1.1 Страхование – как экономическая категория

1.2 Функции страхования

1.3 Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

2 Особенности обязательного медицинского страхования на территориальном уровне

2.1 Предпосылки введения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

2.2 Правовые основы обязательного медицинского страхования

2.3Цели и задачи обязательного медицинского страхования на территориальном уровне

2.4 Территориальные программы обязательного медицинского страхования

Заключение

Список литературы

# Введение

С целью стабилизации и улучшения положения в системе оказания медицинской помощи населению, начиная с 1987 года, осуществляется реформа здравоохранения. С 1993 года внедряется принципиально новая система - система обязательного медицинского страхования. В настоящее время создана инфраструктура, позволяющая предоставить всем гражданам Российской Федерации обязательное медицинское страхование и, соответственно, медицинскую помощь в его рамках. Разработаны банковская технология и механизмы финансовых отношений, приняты нормативно- методические документы, обеспечивающие эффективное функционирование системы обязательного медицинского страхования.

В современных условиях развитие медицинского страхования необходимо поставить на научную основу и здесь прежде всего следует уяснить, что медицинским страхованием должны заниматься не только специалисты в области медицины, но и экономисты. Медицинское страхование - это область экономических, денежных, перераспределительных отношений, связанных с формированием и использованием страхового фонда. Далее, как за аксиому необходимо принять и понять, что страхование, в том числе и медицинское, может базироваться только на платных медицинских услугах, развитии различных форм собственности в здравоохранении и на определенном уровне жизни народа в обществе, где создан достаточно объемный средний класс, имеющий экономическую возможность в передаче риска. Основная цель написания дипломной работы заключается в наиболее полном рассмотрении, изучении, анализе внедрения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации. Задачи работы – определить сущность страхования на территориальном уровне; рассмотреть особенности обязательного медицинского страхования; изучить предпосылки введения обязательного медицинского страхования в РФ.

# 1 Сущность страхования на территориальном уровне

## 1.1 Страхование – как экономическая категория

Финансовый кризис 1997-1998 гг. особенно остро поставил вопрос о создании в стране адекватной институциональной системы, способной обеспечить мобилизацию сбережений и направить их на инвестиционные цели. События 1998г. показали ограниченные возможности и крайне опасные последствия финансирования экономики преимущественно за счет внутренних и внешних заимствований. Экономический рост в России, учитывая низкую собираемость налогов, непрекращающееся «бегство» капитала, невозможен без существенного повышения нормы сбережений. Заметную роль в этом процессе призвана сыграть страховая система. Эффективный рынок страхования способствует повышению устойчивости экономики, обеспечивает гибкое управление индивидуальными и общими рисками и средствами отдельных граждан.

Страхование, как метод управления рисками, способствует защите имущественных интересов предприятий и граждан, безопасности и стабильности предпринимательства. Роль страхования особенно важна в контексте экономических реформ, поскольку оно стимулирует развитие рыночных отношений и деловой активности, улучшает инвестиционный климат. Степень развития страхового рынка отражает возможности экономического роста страны. Способствуя перераспределению рисков между экономическими субъектами и возмещению убытков за счет накопления, страхование позволяет повысить эффективность экономики в целом и отдельных предприятий. Поэтому развитие национальной системы страхования – одна из важных стратегических задач в области создания инфраструктуры рынка. Для России, где практически все виды деятельности характеризуются повышенным риском, это имеет особое значение.

Мировой опыт свидетельствует о наличии тесной взаимосвязи между социальными расходами общества и уровнем развития долгосрочного страхования жизни. Страхование способно замещать некоторые государственные социальные программы, снимая нагрузку на государственный бюджет. В России это имеет особое значение в связи с кризисом пенсионной системы и неблагоприятными демографическими тенденциями. В условиях дефицита инвестиционных ресурсов привлечение с помощью страховых технологий сбережений населения может стать существенным элементом государственной финансовой политики и способствовать снижению внешних заимствований.

Значимость страхования существенно возрастает в период перехода к рынку и укрепления частной собственности. В отличие от планово-административной системы, государство перестает нести ответственность за возмещение ущерба экономических субъектов и граждан в случае неблагоприятных событий, стихийных бедствий и катастроф. В свою очередь, это способствует формированию спроса на страховые услуги.

Под страховой деятельностью понимается деятельность страховых организаций и обществ взаимного страхования (страховщиков), связанная с формированием специальных денежных фондов (страховых резервов), необходимых для предстоящих страховых выплат. Страхование представляет собой отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных событий (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий).

Таким образом, страхование — это экономическая категория, система экономических отношений, которые включают совокупность форм и методов формирования целевых фондов денежных средств и их использование на возмещение ущерба, обусловленного непредвиденными неблагоприятными явлениями (рисками). Страхование выражает функции формирования специализированного страхового фонда, возмещения ущерба, предупреждения страхового случая[[1]](#footnote-1).

## 1.2 Функции страхования

Функции страхования вытекают из его экономической категории и заключаются в следующим моментах.

а) Первая функция — это формирование специализированного страхового фонда денежных средств как платы за риски, которые берут на свою ответственность страховые компании. Этот фонд может формироваться как в обязательном, так и в добровольном порядке.

Функция формирования специализированного страхового фонда реализуется в системе оплаты за счет запасных и резервных фондов, обеспечивающих финансовую стабильность страховых компаний, гарантию страховых выплат застрахованным в случае наступления страхового случая.

Страхование через функцию формирования специализированного страхового фонда несет сберегательно - рисковое начало. В моральном плане каждый участник страхового процесса, например при страховании жизни, уверен в получении материального обеспечения на случай несчастного события. При имущественном страховании через функцию формирования специализированного страхового фонда не только решается проблема возмещения стоимости пострадавшего имущества в пределах страховых сумм и условий, оговоренных договором страхования, но и создаются условия для материального возмещения части или полной стоимости пострадавшего имущества.

Через функцию формирования специализированного страхового фонда решается проблема инвестиций путем вложения страховыми компаниями временно свободных денежных средств в банковские структуры, в недвижимость, ценные бумаги и т.д. Кроме того, согласно действующему законодательству, страховые компании за счет этих средств вправе выдавать ссуды страхователям, заключившим договоры личного страхования, в пределах страховых сумм по этим договорам.

По мере развития и совершенствования рыночных отношений в нашей стране также совершенствуется и расширяется механизм использования временно свободных денежных средств страховых компаний. Значение функции страхования как формирования специализированных страховых фондов неуклонно возрастает.

б) Вторая функция страхования — возмещение понесенного ущерба при наступлении страхового случая. Право на возмещение ущерба в имуществе имеют только физические и юридические лица, которые являются участниками формирования страхового фонда.

Возмещение ущерба через указанную функцию осуществляется физическим или юридическим лицам в рамках имеющихся договорных отношениях имущественного страхования. Порядок возмещения ущерба определяется страховыми компаниями, исходя из условий договоров страхования и регулируется государством (лицензирование страховой деятельности). Посредством этой функции реализуется гарантированный объем экономической защиты застрахованного лица.

в) Третья функция страхования — предупреждение страхового случая и минимизация ущерба — предполагает широкий комплекс мер, в том числе финансирование мероприятий по недопущению или уменьшению негативных последствий несчастных случаев, стихийных бедствий. Меры страховщика по предупреждению страхового случая и минимизации ущерба носят название превенции. В целях реализации этой функции страховщик формирует особый денежный фонд предупредительных мероприятий.

Резерв предупредительных мероприятий предназначен для финансирования мероприятий по предупреждению несчастных случав, утраты или повреждения застрахованного имущества, а также на цепи, предусмотренные страховщиком в Положении о резерве предупредительных мероприятий. Положение о резерве предупредительных мероприятий утверждается Федеральной службой России по надзору за страховой деятельностью.

Резерв предупредительных мероприятий формируется путем отчисления от страховой брутто - премии, поступившей по договорам страхования в отчетном периоде. Размер отчислений в резерв предупредительных мероприятий определяется исходя из процента, предусмотренного в структуре тарифной ставки на эти цели. Величина резерва предупредительных мероприятий соответствует сумме отчислений в данный резерв в отчетном периоде, увеличенной на величину резерва на начало отчетного периода и уменьшенной на сумму израсходованных средств на предупредительные мероприятия в отчетном периоде.

Таким образом, основные функции страхования заключены в трех основных действиях: создание страхового фонда посредством формирования страховых резервов, осуществление страховых выплат в случае наступления страхового случая, проведение мероприятий по предупреждению наступления страхового случая.

Согласно Правилам формирования страховых резервов по видам страхования иным, чем страхование жизни страховые резервы образуются страховщиком по каждому виду страхования[[2]](#footnote-2).

## 1.3 Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

Территориальный фонд разрабатывает правила обязательного медицинского страхования на соответствующей территории, аккумулирует и контролирует расходование финансовых средств, предназначенных на эти цели, организует банк данных по всем категориям плательщиков страховых взносов, осуществляет финансово-кредитную деятельность (предоставляет кредиты, в т.ч. на льготных условиях, размещает банковские депозиты, приобретает высоколиквидные государственные ценные бумаги и др.), ведет разъяснительную работу по вопросам, относящимся к компетенции территориального фонда, взаимодействует с федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Руководство деятельностью территориального фонда осуществляют правление и исполнительная дирекция (в период между заседаниями правления). Для выполнения своих задач территориальный фонд может создавать городские и районные филиалы. Правление территориального фонда составляют представители органов исполнительной власти, здравоохранения, социальной защиты населения, а также профсоюзов, страхователей и др., определяющих перспективные задачи, порядок отчислений финансовых средств в территориальный фонд, утверждающих его годовой отчет, в т.ч. направления использования прибыли территориального фонда. Контроль за деятельностью территориального фонда осуществляет ревизионная комиссия, формируемая правлением территориального фонда. Кроме того, не реже одного раза в год назначается аудиторская проверка (внешний аудит) деятельности территориального фонда, результаты которой докладываются органам представительной и исполнительной власти территории. Отчет о доходах и использовании средств территориального фонда ежегодно публикуется в средствах массовой информации.

# 2 Особенности обязательного медицинского страхования на территориальном уровне

## 2.1Предпосылки введения обязательного медицинского страхования в Российской Федерации

Система здравоохранения бывшего Советского Союза лидировала в 30-40-е гг. и по праву считалась наиболее эффективной. Она сохраняла свой высокий авторитет до конца 60-х начала 70-х годов.

Аналитика эффективности медицинской помощи в ХХ столетии выявили интересную закономерность: до 50-70-х годов (в разных странах по разному) кривые продолжительности жизни возрастали и соответственно показатель смертности по всем возрастным группам падал достаточно интенсивно, особенно среди лиц трудоспособного возраста и детей. Неожиданно для социал-гигиенистов и организаторов здравоохранения, социологов, демографов мира эта благоприятная динамика вдруг прервалась, и в течении последующих 10-20 лет в ряде стран (в том числе и в России) эту негативную тенденцию выправить не удалось.

Болезни того периода были таковы, что после курса относительно простого, недорого стоящего лечения человеку возвращалась полная трудоспособность и его шансы дожить до старости увеличивались. Чисто экономически вложение средств в здравоохранение было весьма эффективным: относительно небольшие затраты на профилактику и лечение инфекционных заболеваний компенсировались и перекрывались прибавочным продуктом, создаваемым излеченными в короткие сроки и оставшимися живыми лицами трудоспособного возраста.

Система управления здравоохранения отражала все недостатки существовавшего режима государственной власти и отличалась гиперцентрализованностью с жестко отработанными внутриотраслевыми связями, вертикальной иерархией управления, основанной на административно-командных методах.

Непосредственно исполнители и производители медицинской помощи и услуг лечебно-профилактические и санитарно-противоэпидемические учреждения - находились под пятиэтажным прессом: райздравы - горздравы - обл (край) здравы - Министерство здравоохранения республики - Министерство здравоохранения Союза. При этом существовала бесцеремонное вмешательство в деятельность медицинских учреждений со стороны местной власти и партийных органов. Система управления отличалась жесткой регламентацией финансов, штатов, заработной платы, табелей оснащения, нормативов расходов и т.д.

Если в экономически развитых странах Западной Европы, США, Японии и др. доля затрат на здравоохранение от валового национального продукта составляла в разные периоды от 8-12%, с изменениями этого показателя только по нарастающей, то в нашей стране от едва достигал 4% (при том условии, что ВНП намного уступал по размерам ВНП перечисленных стран). При этом последние 20 лет доля средств на здравоохранение падала, достигнув в первом квартале 2004 г. 1,6%.

Наиважнейшая причина кризиса отечественного здравоохранения заключается в том, что не были определены и регламентированы правовой, экономический, социально-нравственный статусы здравоохранения, их место и роль в экономической инфраструктуре страны.

Охрана здоровья населения - проблема государственной значимости и решение ее базируется на правовой, экономической и социальной ответственности Правительства, администраций всех уровней управления, работодателей, общественных структур, медицинских субъектов и самого населения.

В целом же кризис российского здравоохранения непосредственно обусловлен глубоким социально - экономическим, политическим и нравственным кризисом общества. По мере нарастания кризисных явлений все более снижалась эффективность системы здравоохранения. Это подтверждается отсутствием взаимосвязи между динамикой показателей здоровья населения, динамикой показателей, характеризующих нагрузку на здравоохранение, и динамикой показателей финансирования здравоохранения.

Средства, выделяемые в бывшем СССР на здравоохранение, не позволяли организовывать качественное медицинское обслуживание населения. А это в свою очередь являлось одним из факторов ухудшения такого результативного показателя качества жизни населения, как уровень смертности. Если в 1960 г. число умерших на 1000 жителей составляло 7,1 человека, то в 1989 г. оно достигло 10,3 человека. С начала 90-х годов данный показатель имеет устойчивую тенденцию к повышению. Это сказывается и на общей картине продолжительности жизни. Если средняя продолжительность жизни в экономически развитых странах составляет 73-75 лет, то в России у мужчин этот показатель соответствует уровню 60-63 года, у женщин 70-73 года. Впервые за всю историю России в 1992 г. рождаемость упала до уровня смертности: более 12 на 1000 человек населения.

Кризис государственного управления, дезинтеграция производственных связей и отношений, стихийное перераспределение накопленного богатства, резкий спад производства и другие привели в начале 90-х годов к общему социально-экономическому кризису. Центральный показатель здоровья нации – естественный прирост населения приобрел отрицательное значение. Общая система охраны здоровья стала разрушаться. Потребность в медицинской помощи резко возросла, но ее удовлетворение в рамках прежней государственной системы здравоохранения стало фактически невозможным.

Целям изменения существующего положения на ряду с переходом иной системе организации здравоохранения, могло служить установление нового порядка финансирования здравоохранения. В условиях сокращения наполняемости государственного бюджета и снижения уровня жизни граждан обеспечить доступность и бесплатность медицинской помощи было возможно с помощью соответствующего новым экономическим условиям финансового механизма – введением обязательного медицинского страхования.

Обязательное медицинское страхование является формой социальной защиты интересов населения в охране здоровья, гарантирующей гражданам при возникновении страхового случая (болезни, травмы и т. п.) получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное страхование.

Новая модель финансирования и управления здравоохранением нашла свое отражение в Законе «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», принятом 28 июня 1991 г. и последовавших за ним законодательных, правовых актах, нормативных документах, предъявляет новые требования к медицинским работникам, вводит их в совершенно иную систему отношений, определяющую непривычные юридические, экономические, социально-психологические основы профессиональной деятельности.

Введение обязательного медицинского страхования означает появление новой формы социального страхования и переход здравоохранения к смешанной системе финансирования - бюджетно-страховой. В соответствии с этой системой бюджетный источник финансирования дополняется внебюджетными. За счет бюджетных средств обеспечивается финансирование здравоохранения в части неработающего населения (пенсионеры, безработные, студенты, дети, домохозяйки и другие категории), а внебюджетных – работающих граждан. В первом случае страхователями являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, которые и осуществляют уплату страховых взносов за неработающую часть населения. Во втором случае страхователями являются работодатели (предприятия, организации, граждане-предприниматели, не имеющие статуса юридического лица, лица свободных профессий)[[3]](#footnote-3).

## 2.2 Правовые основы обязательного медицинского страхования

Для создания устойчивой системы обязательного медицинского страхования (далее ОМС) необходимы четыре основы: правовая, экономическая, организационная, социально-психологическая. Причем первую можно считать ведущей, так как без нее невозможно создать три остальные.

Введение ОМС было вызвано необходимостью изменения катастрофического положения в здравоохранении, в значительной степени обусловленного недостаточностью бюджетного финансирования.

Для создания устойчивой системы здравоохранения необходимы четыре основы: правовая, экономическая, организационная и социально-психологическая. Причем правовая основа - ведущая, без которой невозможно создать остальные.

К настоящему времени минимально необходимые правовые основы для введения в России созданы. В принятый 28 июня 1991 г. закон Российской Федерации "О медицинском страховании граждан в РСФСР" новым законом от 2 апреля 1993 г. "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР" внесены поправки, сделавшие возможным его реализацию в современных условиях. 2 апреля 1993 г. принято постановление Верховного Совета Российской Федерации "О порядке введения в действие Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР". С учетом введения медицинского страхования граждан разработан и подписан Указ Президента Российской Федерации "О неотложных мерах по обеспечению здоровья населения Российской Федерации" Принято постановление Верховного Совета РФ ""О порядке финансирования обязательного медицинского страхования граждан на 1993 г." в соответствии, с которым утвержден ряд важных документов: "Положение о Федеральном фонде обязательного медицинского страхования", "Положение о территориальном фонде обязательного медицинского страхования", "Положение о порядке уплаты страховых взносов в Федеральный и Территориальный фонды обязательного медицинского страхования"[[4]](#footnote-4).

Добровольное медицинское страхование, относящееся к коммерческому личному страхованию, регулируется, кроме Закона "О медицинском страховании", Законом РФ "О страховании" от 27 ноября 1992 г.

## 2.3Цели и задачи обязательного медицинского страхования на территориальном уровне

Медицинское страхование стало проводиться в стране после принятия в июне 1991 г. Закона страхования РСФСР "О медицинском страховании граждан в РСФСР", вступившего в действие в части ОМС - с 1 января 1993 г.

Медицинское страхование - это комплекс мероприятий по формированию (накоплению) страховыми учреждениями финансовых средств (страховых фондов) за счет денежных взносов предприятий, организаций, администрации территории соответствующего уровня (федерации, края, области, города, района), личных средств граждан с целью оплаты медицинской помощи застрахованным гражданам в порядке реализации программы обязательного страхования.

Для развития системы страховой медицины в том виде, как она существует в других странах, необходимо предварительное решение комплекса правовых, организационных и финансовых проблем.

Действующие в стране правовые и нормативные акты регламентируют реформы в здравоохранении - медицинское страхование как систему, параллельную бюджетному здравоохранению при обязательном страховании и альтернативную - при добровольном.

Цель медицинского страхования:

- гарантировать гражданам за счет накопленных в фондах средств получение медицинской помощи, по качеству соответствующей утвержденным стандартам, при возникновении страхового случая - заболевания, несчастного случая или другого состояния, предусмотренного страховой программой;

- гарантировать медицинскому учреждению (медицинскому работнику) финансирование затрат, связанных с выполнением медицинских услуг по фактическим объемам и уровню качества, в соответствии с договором, заключенным между медицинским субъектом и страховой организацией.

Задачи медицинского страхования многогранны и по социально - экономической значимости носят не отраслевой (здравоохранительный), а государственный характер. Среди них важнейшие:

- гарантировать каждому застрахованному максимально возможное удовлетворение потребности и высококачественной медицинской помощи в объеме принятых страховых программ;

- упразднить декларируемую монополию системы здравоохранения в области охраны здоровья народа, создать систему субъектов - юридических лиц, законодательно отвечающих за формирование медико-технических условий для обеспечения реальных возможностей оказания на высоком уровне медицинской помощи населению;

- ввести коренные изменения в технологию обеспечения здравоохранения, в том числе внедрить механизм смешанного бюджетно-страхового финансирования медицинских учреждений, целевого финансирования медицинских комплексных программ профилактики и т.д., чем радикально могут быть увеличены затраты на охрану и восстановление здоровья населения;

- децентрализовать жесткую систему управления здравоохранения по административно-командной вертикали, максимально предоставить право принятия решений и оперативного управления учреждениям здравоохранения, обеспечив их деятельность как самостоятельно хозяйствующих субъектов с разными формами собственности;

- демонополизировать существующую государственную систему здравоохранения, обеспечить равномерное, на договорной основе, участие в системе медицинского страхования любых медицинских субъектов независимо от форм собственности последних;

- обеспечить правовую и социально-экономическую защиту интересов потребителей медицинских услуг через традиционную систему отношений - институт посредников (страховщиков) между пациентами и медицинскими субъектами;

- усилить социально-правовую и экономическую ответственность и заинтересовать учреждения здравоохранения и каждого медицинского работника в конечных результатах своей деятельности. Возродить профессиональную конкуренцию по объему, качеству и ценам предоставляемых медицинских услуг;

- создать эффективный механизм, основанный на экономической мотивации:

а) в формировании государственной политики приоритета проблему "к здоровому обществу от здорового человека" через проведение природоохранных мероприятий и повышение качества жизни;

б) в выработке не только ответственности, но и заинтересованность работодателей и трудовых коллективов в обеспечении производственных и социально-бытовых условий, ориентированных на сбережение здоровья работающих;

в) в воспитании у каждого человека нравственной убежденности и личной ответственности за сохранение здоровья своего и членов семьи[[5]](#footnote-5).

## 2.4 Территориальные программы Обязательного медицинского страхования

Виды медицинской помощи, оказываемые застрахованным гражданам, кроме лечения и обращения по поводу ВИЧ-инфекции и СПИДа, военнослужащих в объеме Территориальной программы обязательного медицинского страхования:

1) амбулаторно-поликлиническая помощь (кроме фельдшерских, фельдшерско-акушерских пунктов и здравпунктов) включая: -консультации, диагностику и лечение у специалистов, стоматологическую помощь, кроме ортопедии, ортодонтии по косметическим показаниям; -консультации, диагностику и лечение у специалистов детей в возрасте до 18 лет в центрах и кабинетах планирования семьи и репродукции человека;

-реабилитационно-восстановительное лечение, за исключением видов лечения, финансируемых из средств бюджетов всех уровней;

-прививки (согласно национальному календарю прививок и по эпидемиологическим показаниям) без учета стоимости прививочного материала; -профилактические осмотры детей в возрасте до18 лет, студентов высших и учащихся средних специальных учебных заведений очной формы обучения, граждан при подготовке к военной службе;

-предварительные и периодические медицинские осмотры работников учреждений здравоохранения;

-целевые медицинские осмотры (врачебные);

-диспансерное наблюдение больных, беременных женщин, и лиц занимающихся физической культурой и спортом всех возрастов во врачебно-физкультурных диспансерах;

-диспансеризацию инвалидов, участников Великой отечественной войны и приравненных к ним лиц, участников войны в Афганистане, других локальных военных конфликтах, лиц, подвергшихся радиации, контингентов особого риска;

-дородовый и послеродовый патронаж;

-искусственное прерывание беременности;

-профилактические посещения женщин, связанные с репродуктивным здоровьем (кроме центров и кабинетов планирования семьи и репродукции человека);

-профилактические посещения при подозрении на заболевания лиц, находившихся в контакте с инфекционными больными или с носителями возбудителей на заболевания.

2) стационарная помощь (начиная с уровня участковой больницы и выше) при:

-острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний, травмах, ожогах и отравлениях, требующих госпитального режима, интенсивной терапии и круглосуточного наблюдения;

-инфекционных заболеваниях, требующих госпитализации и изоляции по эпидемиологическим показаниям;

-патологии беременности, родах и абортах;

-плановой госпитализации и реабилитации при заболеваниях, требующих круглосуточного наблюдения и лечения в условиях стационара (кроме лечения в детских и специализированных санаториях);

3) стационарозамещающая помощь при:

- проведении профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационно-восстановительных мероприятий больным, не требующим госпитального режима и круглосуточного врачебного наблюдения в стационаре и интенсивной терапии.

Оплата выполненных объёмов медицинской помощи по Территориальной программе ОМС осуществляется за счет средств обязательного медицинского страхования по статьям затрат в объеме нормативов на основании статистических талонов и реестров пролеченных больных. Статьи затрат и нормативы утверждаются Согласительной комиссией по тарифам на медицинские услуги в системе ОМС на территории РФ.

Медицинская помощь, оказываемая гражданам Российской Федерации, проживающим за пределами территории страхования, оплачивается из средств ОМС по видам помощи в объеме действующей Базовой программы ОМС, в составе программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью по тарифам, включающим статьи затрат оплачиваемые в системе ОМС согласно нормативных документов по межтерриториальным расчетам.

Финансирование приобретения расходных материалов при дорогостоящих видах диагностики и медицинской помощи осуществляется согласно перечню, утвержденному приказом Министерства здравоохранения в объемах целевого финансирования из средств ОМС.

Финансирование целевых программ, утвержденных в установленном порядке, осуществляется за счет средств ОМС в части обозначенных обязательств.

# Заключение

Ухудшение состояния здоровья населения, отсутствие достаточного объема финансирования для поддержания системы охраны здоровья населения в целом по России, в том числе и в нашей республике делают необходимым поиск оптимальных вариантов реализации Закона РФ “О медицинском страховании граждан в РФ” на территориальном уровне.

Данный Закон РФ был принят в 1991 г., в 1993 - внесены поправки дополнения. Развитие системы ОМС - наиболее адекватная форма экономико-социальных отношений в сфере здравоохранения в условиях перехода к рыночной экономики, переход к ОМС оценен как основное направление реформы здравоохранения.

Реализация законодательства по медицинскому страхованию, происходит в условиях сокращения валового внутреннего продукта России, падения производства и уменьшения реального наполнения государственного бюджета, жесткого бюджетного недофинансирования, несбалансированности государственных гарантий и возможностей. В результате искусственно усиливаются противоречия между различными участниками системы обязательного медицинского страхования, традиционное затратное финансирование на содержание медицинских учреждений с трудом заменяется на новую тарифную систему оплаты медицинской помощи в соответствии с ее объемом и качеством.

Величина взносов на обязательное медицинское страхование устанавливается органами государственной власти Российской Федерации в процентах к фонду оплаты труда. Сумма взносов должна соответствовать программе обязательного медицинского страхования, которая принимается на федеральном и территориальном уровне и включает гарантированный перечень и условия получения бесплатных в момент оказания медицинских услуг.

# Список литературы

1. Закон РФ О медицинском страховании граждан в РФ №. от 28.06.91г.
2. Основы законодательства РФ "Об охране здоровья граждан", приказ МЗРФ №222 от 20.09.93г.
3. Приказ МЗРФ и ФФОМС от 24.10.96 г. №363/77 "О совершенствовании контроля качества медпомощи населению РФ ", дополнения и изменения к данному приказу (приказ МЗРФ и ФФОМС №26/13 от 21.01.97.г.).
4. Архипов А.П., Вопросы формирования федеральной программы развития стрхования в России – М.:Финансы, 1998, стр.52-53.
5. Андреева Е.Н., Линд В.А., Петухова В.В. Особенности внедрения и развития ОМС. Медицинское страхование,-М.:2005, №2, 89с.
6. Гришин В. ОМС: состояние, анализ, пути развития / Экономика и жизнь.-2005, №3.
7. Кучеренко В.З., Денисов В.Н., Финченко Е.А. и др. Введение в медицинское страхование.-Наука.-2005, т.1, 386с.
8. Левант Н.Т. Проблемы развития обязательного и добровольного медицинского страхования / Страховое дело.-2003. №6.

1. Гришин В. ОМС: состояние, анализ, пути развития / Экономика и жизнь.-2005, №3. С. 37. [↑](#footnote-ref-1)
2. Левант Н.Т. Проблемы развития обязательного и добровольного медицинского страхования / Страховое дело.-2003. №6. С. 82. [↑](#footnote-ref-2)
3. Кучеренко В.З., Денисов В.Н., Финченко Е.А. и др. Введение в медицинское страхование.-Наука.-2005, т.1, 386с. [↑](#footnote-ref-3)
4. Андреева Е.Н., Линд В.А., Петухова В.В. Особенности внедрения и развития ОМС. Медицинское страхование,-М.:2005, №2, 89с. [↑](#footnote-ref-4)
5. Архипов А.П., Вопросы формирования федеральной программы развития страхования в России – М.:Финансы, 1998, стр.52-53. [↑](#footnote-ref-5)