**Введение.**

В комплексе проводимых социально-экономических реформ важнейшее место отводится страховой медицине. Переход к ней обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. Медицинское страхование позволяет каждому человеку напрямую сопоставлять необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерять потребности в медицинской помощи и возможность ее получения необходимо вне зависимости от того, кем производятся затраты: непосредственно индивидуумом, предприятием, предпринимателем, профсоюзом или обществом в целом.

В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились три основные системы экономического функционирования здравоохранения: государственная, страховая и частная. Государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь. В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций. Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов.

В экономико-социальном отношении переход на страховую медицину в России является объективной необходимостью, которая обусловлена социальной незащищенностью пациентов и работников отрасли, а также ее недостаточной технической оснащенностью. Низкий уровень заработной платы медицинских кадров, обусловленный недостатком бюджетных средств, приводит к социальной незащищенности работников государственного здравоохранения. Неудовлетворительная обеспеченность объектов медико-индустриального комплекса оборудованием и инструментарием, медикоментозными средствами, большая степень износа существующего медицинского оборудования обусловили их невысокий организационно-технический уровень.

Плановые методы хозяйствования, использовавшиеся в нашей стране, предполагал и централизованное управление как народным хозяйством в целом, так и отдельными его отраслями, в том числе и здравоохранением. Система управления народным хозяйством и отраслями была построена таким образом, что все важные хозяйственные, экономические

и финансовые решения принимались централизовано на государственном уровне. Поэтому основным источником финансирования здравоохранения был государственный бюджет. Кризис экономики страны привел к падению производства изделий медицинского назначения, разрыву кооперационных и внешнеэкономических связей, закрытию ряда нерентабельных объектов медицинской промышленности.

Растущий дефицит бюджета обусловил нехватку финансовых средств, обострение ситуации в отраслях, финансировавшихся по остаточному принципу.

Вместе с тем, переход на новые методы хозяйствования позволил активизировать и позитивные факторы в здравоохранении. Речь идет о создании религиозных и благотворительных организаций, фондов милосердия и здоровья, которые способствуют укреплению нравственной и правовой атмосферы в отрасли.

**Глава 1.**

**Организационно-правовые принципы организации**

**страховой медицины.**

**1.1 Организация медицинского страхования**. Для кардинального преодоления кризисных явлений в сфере охраны здоровья необходимо преобразование экономических отношений, разгосударствление и приватизация собственности, а также переход здравоохранения на путь страховой медицины. Система медицинского страхования дает отрасли ряд преимуществ:

- расширение финансовых возможностей за счет активного привлечения внебюджетных ресурсов, прежде всего средств хозрасчетных предприятий;

- децентрализация управлений лечебно-профилактической деятельности путем передачи субъектам Федерации и территориям основных прав по созданию и использованию фондов обязательного медицинского страхования;

- повышение эффективности применения хозяйственной самостоятельности объектов социально-медицинского комплекса;

- создание предпосылок для перехода к рынку медицинских услуг при сохранении их преимущественной бесплатности для социально незащищенных слоев населения;

- усиление социальной и экономической ответственности персонала медучреждений за результаты своей работы;

-создание материальной заинтересованности граждан и предприятий в улучшении условий труда и оздоровлении образа жизни, природоохранной деятельности, снижении заболеваемости за счет проведения комплекса мер по ее профилактике.

Основными принципами организации страховой медицины являются:

- сочетание обязательного и добровольного характера медицинского страхования, его коллективной и индивидуальной форм;

- всеобщность участия граждан в программе обязательного медицинского страхования;

- разграничение функций и полномочий между Федеральным и территориальными фондами обязательного медицинского страхования.

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах. В узком смысле это процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь, дающий гарантию получения этой помощи, причем ее объем и характер определяются условиями страхового договора.

**1.2 Экономическая база страховой медицины**. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание лечебно-диагностических услуг при возникновении страхового случая. Экономическая база медицинского страхования - априорно формируемый фонд денежных средств, из которых оплачиваются услуги.

В более широком смысле страховая медицина представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. При этом охрана здоровья граждан финансируется “снизу”. Страховые фонды образуются за счет различных источников финансирования: средств государственного бюджета, взносов предприятий, предпринимателей и работающих.

При обязательном страховании организационно закрепляется статус территориального аккумулирования средств и ресурсов в страховых фондах, определяются условия и порядок финансирования лечебно-профилактической помощи. Система страховой медицины предусматривает административно-хозяйственную самостоятельность лечебно-профилактических учреждений, бездефицитность их финансирования и обеспечения социальных гарантий при оказании услуг социально незащищенных слоев населения.

Роль центральной финансирующей организации в страховой медицине начинают выполнять территориальные фонды обязательного медицинского страхования как экономически самостоятельные некоммерческие структуры. Они вступают в правовые и финансовые отношения либо с гражданами(физическими лицами), либо с предприятиями, учреждениями и организациями(юридическими лицами, страхователями), страховыми организациями, а также объектами здравоохранения. При этом территориальные фонды контролируют объем и качество предоставляемой медицинской помощи.

Все хозяйственные органы, находящиеся на территории, непосредственно участвуют в формировании территориального фонда, а местные власти выступают в качестве страхователей неработающей части населения, проживающего на этой территории. Финансирование медицинской помощи неработающего населения осуществляется за счет местного бюджета.

Медицинское страхование, способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. В условиях страховой медицины реализуется принцип “Здоровый платит за больного, а богатый - за бедного”.

Государственное здравоохранение было основано на обезличенной и безадресной аккумуляции средств в общем бюджете. Развитие страхо-

вой медицины предполагает реализацию государственной политики в области охраны здоровья и концентрацию средств преимущественно на уровне районного или областного звена системы медицинского обслуживания. Направления и формы распределения средств в значительной мере определяются местными органами здравоохранения. При этом возрастает роль населения соответствующего региона в решении вопросов реализации государственной, муниципальной систем здравоохранения. Одновременно расширяются рамки местного самоуправления и повышается мобильность управления здравоохранением. Центр тяжести в управлении здравоохранением с уровня вышестоящих государственных органов переносится на уровень местных структур власти.

**1.3 Правовые отношения в рамках страховой медицины**. Субъектами экономико-правовых отношений в рамках страховой медицины выступают предприятия (организации, граждане), страховые организации, медицинские учреждения. Основным органом смешанного государственно-страхового финансирования здравоохранения является государственная, муниципальная система здравоохранения. Все субъекты этих отношений имеют свои, нередко противоположные экономические интересы. Их деятельность регулируется противозатратным механизмом обеспечения медицинскими услугами в рамках реализации программ охраны и укрепления здоровья граждан. В результате появляются условия для более эффективного использования финансовых и материальных средств, организации системы независимого контроля за своевременностью и качеством оказываемых услуг.

В условиях использования только административных методов управления невозможно обеспечить повышение эффективности труда вследствие отсутствия экономических стимулов. Правовые и организационно-экономические отношения субъектов страховой медицины должны определяться и регулироваться законом. Для эффективного использования страховых фондов необходимо создание механизма государственного регулирования страховой медицины, охватывающего решение всего комплекса проблем, включая правовое обеспечение. За государством целесообразно закрепить функции правового и финансового контроля, а также контроля за качеством осуществления всей страховой деятельности.

Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” ориентирован на качественно новую систему организации здраво

охранения в России и базируется на результатах целого ряда экономических экспериментов в здравоохранении и зарубежном опыте. Поэтому положения этого Закона соответствуют проводимым в стране экономическим реформам, рыночной концепции социального и медицинского страхования. В основе медицинского страхования лежит организация сети страховых организаций, осуществляющих страховую деятельность путем заключения договоров о страховании.

Экономическая категория страхования отличается замкнутой (солидарной) раскладкой ущерба[[1]](#footnote-1) в пространстве и времени, возвратностью нетто-платежей за тарифный период. Оно обладает рисковой, предупредительной и сберегательной функциями. Страховой фонд имеет строго целевое назначение, связанное с возмещением ущерба от болезни. Спектр применения резервного фонда значительно шире, и этот фонд используется временно. Страховой фонд действует непрерывно, а резервный, как правило, - в течение года.

Договор о медицинском страховании представляет собой соглашение между страхователем и страховой медицинской организацией. Последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту лиц медицинской помощи определенного вида и качества (или иных услуг в соответствии с программами обязательного или добровольного медицинского страхования). Обязательное медицинское страхование - всеобщее и гарантирует гражданам необходимый объем, качество и условия оказания лечебно-профилактических услуг. Добровольное медицинское страхование обеспечивает граждан дополнительными клинико-диагностическими обследованиями и лечебными мероприятиями. Субъектами медицинского страхования являются граждане, страхователи, страховая медицинская организация, лечебно-профилактическое учреждение. Страхователями при обязательном медицинском страховании являются органы государственного управления (для неработающего населения), предприятия, учреждения и организации (для работающих), а также лица, занятые предпринимательской деятельностью и лица свободных профессий. При добровольном медицинском страховании страхователями могут выступать отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью. Каждый застрахованный гражданин получает страховой полис. Интересы работающих могут представлять предприятия. Страховые медицинские организации выступают в качестве юридического лица, осуществляющего страхование согласно имеющейся у них лицензии.

Учредителями страховых медицинских организаций не могут быть органы управления здравоохранением и отдельные лечебно-профилактические учреждения. Они вправе владеть акциями страховой медицинской организации, но для обеспечения условий демонополизации суммарная доля их акций не должна превышать 10% общего пакета акций. Страховой медицинской организацией контролируется объем, сроки и качество предоставляемой помощи в соответствии с условиями договора, чем и защищаются интересы застрахованных. Страхование осуществляется страховыми медицинскими организациями независимо от формы их собственности. Взаимоотношения между страхователем и страховой медицинской организацией реализуются через страховые взносы. По обязательному медицинскому страхованию они устанавливаются как ставки платежей в размерах, покрывающих затраты на выполнение программ обязательного медицинского страхования и обеспечивающих рентабельную деятельность страховой медицинской организации. Добровольное медицинское страхование производится за счет заключения соответствующего договора. Размеры страховых взносов устанавливаются по соглашению сторон. Закон предусматривает, что в целях экономического стимулирования предприятие-страхователь имеет право на уменьшение страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости своих работников или его снижении в течение трех лет.

Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” предусматривает формирование финансовых средств государственной, муниципальной систем здравоохранения, предназначенных в том числе и для субсидирования конкретных территорий с целью выравнивания условий оказания лечебно-профилактической и оздоровительной помощи по обязательному медицинскому страхованию. Средства, направляемые гражданами и юридическими лицами в государственную, муниципальную систему здравоохранения, исключаются из сумм, облагаемых налогами. Освобождение от налогов части прибыли стимулирует деятельность лечебно-профилактических учреждений при выполнении ими программ обязательного медицинского страхования.

**Глава 2.**

**Финансовые аспекты страховой медицины.**

**2.1 Факторы влияющие на эффективность системы здравоохранения**. Страховая медицина - явление комплексное. С одной стороны она ориентирована на защиту интересов, связанных с охраной здоровья граждан, часть расходов по которой берет на себя государство (гарантия минимально необходимого объема жизненно важных медицинских услуг), остальную часть расширенного перечня услуг по медицинскому страхованию (МС) дополняют страховые структуры, занимающиеся добровольным МС. С другой стороны, страховая медицина характеризует эффективность действующей системы здравоохранения, на которую в свою очередь оказывают влияние различные группы факторов.

Эти группы факторов взаимосвязаны и отражают различные стороны деятельности общества, предопределяя конечные результаты деятельности системы охраны здоровья. Условно они объединяются в три большие группы : внешние факторы, внутренние факторы, в том числе социальные факторы.

Первая группа связана с внешними, объективными воздействиями на здоровье: это окружающая среда, географическое расположение региона, экология и т.д. Данная группа может быть экономически выражена следующими показателями:

**Кол-во заболевшего населения в результате влияния фактора А**

**1.1. К1.1 = ----------------------------------------------------------------------------**

**Кол-во населения, проживающего в данном регионе**

**Сумма затрат на транспортировку больных, врачей и т.д.**

**1.2. К1.2 = ----------------------------------------------------------------------------**

**Сумма затрат на медицинское обслуживание жителей региона**

где **К1.1** - коэффициент заболеваемости, характеризующий влияние различных факторов загрязнения среды (радиация, превышение допустимого уровня загрязняющих веществ в атмосфере данного региона на здоровье проживающего здесь населения;

где **К1.2** - коэффициент транспортировки, характеризующий уровень расходов на транспортировку больных, доставку врачей, медикаментов в отдаленные регионы.

Вторая группа и ее экономическое соизмерение включает в себя: общий уровень экономического развития общества, уровень расходов на здравоохранение, уровень развития системы охраны здоровья. Эта группа выражается следующими коэффициентами:

**Сумма средств, выделяемых на медицину**

**2.1. К2.1 = ---------------------------------------------------------------------**

**Общая сумма средств, идущих на социальные нужды**

**Сумма средств, необходимых на строительство, ремонт, современное оснащение ЛПУ**[[2]](#footnote-2)

**2.2. К2.2 = ----------------------------------------------------------------------**

**Общая сумма расходов по содержанию ЛПУ**

где **К2.1** - коэффициент, характеризующий уровень расходов на охрану здоровья населения (может применятся на государственном и территориальном уровне);

где **К2.2** - коэффициент, характеризующий уровень материальной оснащенности медицинских учреждений, и через это - потребность в финансовых ресурсах.

Третья группа состоит из следующих правовых, психологических и социальных факторов: правовое обеспечение функционирования здравоохранения, сложившийся уровень расходов на медицину хозяйствующих субъектов и населения, "уровень гуманности" общества, т.е. отношение к больным и нетрудоспособным его членам и как следствие - необходимость финансового обеспечения и поддержки их. Эта группа факторов может быть представлена следующими показателями:

**Сумма средств, выплачиваемых хозяйствующими субъектами**

**на программы ОМС**[[3]](#footnote-3)

**3.1. К3.1 = -------------------------------------------------------------------------**

**Общая сумма расходов этих субъектов на социальные нужды**

**Сумма личных средств населения на медицинскую помощь**

**3.2. К3.2 = -------------------------------------------------------------------------**

**Общая сумма расходов населения на жизнеобеспечение**

**(“потребительская корзина”)**

**Сумма расходов по уходу за больными и**

**престарелыми членами общества (помощь,**

**осуществляемая бесплатно, но в денежной**

. **оценке)**

**3.3. К3.3 = Ур.гуманности**[[4]](#footnote-4) **= ---------------------------------------------------------**

**Общая сумма расходов по уходу**

где **К3.1** - коэффициент, характеризующий уровень расходов, идущих на охрану здоровья работающего населения (субъектов-производителей);

где **К3.2** - коэффициент, характеризующий уровень расходов населения региона на медицинскую помощь (может исчисляться по различным социальным слоям);

где **К3.3** - коэффициент, характеризующий возможную экономию средств по уходу за больными и престарелыми (является социальным фактором).

Весь представленный комплекс факторов подлежит финансовой оценке: удаленное территориальное местоположение, уровень загрязненности окружающей Среды, низкие доходы большинства населения требуют дополнительных финансовых вложений для выравнивания сложившегося положения по регионам в сфере охраны здоровья.

Перечисленные факторы представлены в таблице.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Номер**  **группы факторов** | **Выражение**  **фактора через**  **коэффициент** | **Возможность использования** |
| **1.** | **К1.1**  **К1.2** | Корректировка средств, выделяемых Федеральным фондом ОМС  Корректировка средств, выделяемых территориальным фондом ОМС региона |
| **2.** | **К2.1**  **К2.2** | Корректировка финансирования государственных расходов на медицину (Минфин РФ)  Корректировка финансирования государственных расходов на медицину (Минфин РФ) |
| **3.** | **К3.1**  **К3.2**  **К3.3** | Используется территориальным фондом ОМС для оценки финансовой способности региона  Используется организациями, занимающимися ДМС[[5]](#footnote-5) для оценки платежеспособности населения региона  Может использоваться Федеральным и территориальными фондами ОМС, организациями ДМС и органами социальной защиты населения |

Предложенный ряд коэффициентов[[6]](#footnote-6), классифицированный по различным группам факторов, реально и с достаточной степенью достоверности отражает эффективность системы страховой медицины, включающей в себя финансирование расходов на здравоохранение из бюджета, охватывающей деятельность Федерального и территориального фондов обязательного медицинского страхования, и может использоваться как фондами ОМС так и организациями, занимающимися ДМС, поскольку некоторые из коэффициентов могут применяться при расчете страхового тарифа. Работоспособной данная схема будет в случае привлечения достаточного количества статистических данных на протяжении длительного срока наблюдения. В современных условиях достижение определенного уровня здравоохранения ограничивается

жесткими рамками имеющихся возможностей экономического развития региона. Возникает двоякая ситуация: либо развивать сложившуюся структуру здравоохранения и привлекать новые источники финансирования, что в свою очередь требует правового обеспечения и психологической переориентации общества.

Проблему поиска новых источников финансирования системы охраны здоровья решает переход к страховой медицине, составной частью которой, помимо научных исследований в медицине, подготовки медицинских кадров, строительства учреждений здравоохранения и их оснащения, финансирования затрат на медицинское обслуживание населения (отдельных категорий), является медицинское страхование - обязательное и добровольное. В структуре страховой медицины основной частью выступает обязательное медицинское страхование (ОМС).

**2.2 Доходы страховой медицины**. Обратимся к финансовому аспекту страховой медицины. Ее доходную часть можно представить в следующем виде:

**Дсм = Аб + Домс + Ддмс** , где **Дсм** - доходы страховой медицины,

**Домс = Пл + Б1 + Др** Аб - бюджетные ассигнования,

(включая **И**) **Дом**с - доходы обязательного МС,

**Ддмс = Пр + И + др**. **Ддм**с - доходы добровольного МС,

**Аб = Б1 + Б2 +...+ Бп**. **Пл** - платежи хозяйствующих субъектов

ОМС,

**Б1** - платежи из бюджета на ОМС нерабо-

тающего населения

**Др**. - прочие источники финансирования, не

запрещенные действующим законода-

тельством

**Пр** - сумма страховых премий

**И** - доходы от инвестирования временно

свободных денежных средств в ЦБ

**Б2..Бп** - другие виды бюджетных расходов

на медпомощь

Таким образом, поступления страховой медицины складываются из следующих источников: средств, идущих на ОМС из Федерального и территориальных фондов ОМС, средств организаций добровольного медицинского страхования и бюджетных ассигнований. В свою очередь,

средства, поступающие в Федеральный фонд ОМС состоят из: части страховых платежей хозяйствующих субъектов, взносов территориальных фондов ОМС на реализацию совместных программ ОМС, доходов от использования временно свободных денежных средств, нормированного страхового запаса и других поступлений. Доходы территориальных фондов ОМС складываются из: части страховых платежей хозяйствующих субъектов, бюджетных средств, поступающих на ОМС неработающего населения, доходов от использования временно свободных денежных средств, финансовых средств, взыскиваемых в регрессном порядке, и других поступлений, не запрещенных действующим законодательством. Доходная часть организаций, занимающихся добровольным медицинским страхованием, складывается из следующих поступлений: страховых премий по договорам страхования, доходов от инвестирования временно свободных денежных средств в ценные бумаги и иных поступлений. В свою очередь, бюджетные средства состоят из: ассигнований из местных бюджетов на ОМС наработающего населения, ассигнований федерального бюджета на выполнение республиканских программ ОМС, а также могут включать в себя другие виды целевых разовых расходов.

Прослеживается тенденция получения организациями, занимающимися как ОМС, так и ДМС, доходов от инвестирования средств (временно свободного остатка) в государственные ценные бумаги, банковские депозиты, ценные бумаги акционерных обществ, валютные ценности в соответствии с валютным регулированием, на условиях возвратности, прибыльности, ликвидности. Ограничением вложений в настоящее время является ограниченность самого рынка ценных бумаг и недостаточным представительством на этом рынке финансовых услуг учреждений финансово-кредитной сферы.

**2.3 Расходы страховой медицины**. Рассмотрим расходную часть Федерального фонда ОМС, выражаемую формулой:

**Рффомс = Ро + Рд**[[7]](#footnote-7)

где **Рффомс** - расходы Федерального фонда ОМС

**Рд** - основные виды расходов (по обеспечению основной деятельнос-

ти)

**Ро = Ц + В** где **Ц** - сумма средств, идущих на финансирование целевых

программ в рамках ОМС за определенный период

времени (год),

**В**  - средства, идущие на выравнивание условий дея-

тельности территориальных фондов ОМС по

обеспечению финансирования программ ОМС.

Для экономической оценки величины последнего слагаемого (с учетом влияния различных факторов региональных особенностей) и рядом коэффициентов, представленных выше, введем дополнительные обозначения:

пусть **с** - величина условно-постоянная, выражает сумму средств, выделяемых i-му региону, тогда **с1, с2 ... сп -** расходы Федерального фонда ОМС по регионам. В соответствии с указанными ранее данными, на них оказывают влияние различного рода факторы, которые обозначаются коэффициентами: **К1, К2 ... Кп**, тогда расходы на выравнивание условий деятельности каждого региона по ОМС можно скорректировать. Они составят следующий ряд:

**n**

**В1 = ** **сКj** - для одного региона, т.е. **В = сК1 + сК2 + сК3 + ...+ сКп**

**j=1**

**n**

или **Вi = ** **ciКj ,** причем **Кj** соответствует **сi ,** если коэффициент

**j=1**

входит в систему факторов и **Кj = 0**, если коэффициент не входит, т.е. если фактор **Кj** не характерен для данного региона, то **сКj** будет равно 0. При этом **Вi** имеет смысл. Таким образом, данная схема является верной при любом увеличении (уменьшении) числа слагаемых (она учитывает скорректированные суммы по разным факторам для регионов, но также может и не учитывать не типичные для них). Тогда формула расходов Федерального фонда ОМС примет вид:

**n n**

**Рффомс = ** **Вj + Рд**, или **Рффомс = Вj + А**,

**j=1 j=1**

где **Рд = А**, если **А** - средства, выделяемые Федеральным Фондом ОМС в рамках оной программы по ОМС.

Аналогично расходную часть территориального фонда ОМС можно выразить следующей формулой:

**Ртфомс = Ро + Рд ,**

**Ро = Н + В** где **Н** - финансирование программ ОМС по дифферен-

цированным подушевым нормативам, опреде-

ляемым правлением Территориального фонда,

**В** - выравнивание финансовых ресурсов городов и

районов, направляемых на ОМС.

Расходную часть организаций, занимающихся добровольным медицинским страхованием, можно выразить посредством формулы:

**Рдмс = Ро + Рд .**

Тогда схему финансовой деятельности ДМС можно выразить в следующем виде:

**Фр = Пр - В + И - Рд ,** где **Фр** - финансовый результат,

**Пр** - поступление страховых премий,

**В** - выплаты страхового возмещения,

**И** - доходы, полученные от инвестиций,

**Рд** - виды расходов по обеспечению основной

деятельности.

Таким образом, все расходы системы страховой медицины представляются:

**Рсм = Ромс + Рдмс + Рб** , где **Рсм = Рффомс + Ртфомс ,**

**Рб** - расходы бюджета

Возможность практического применения данной системы расчетов[[8]](#footnote-8) довольно высока, т.к. позволяет выявить и экономически оценить влияние различных групп факторов на деятельность фондов ОМС и ДМС, выявить социальные последствия в результате перехода к страховой медицине, а также сделать возможным составление прогнозных оценочных моделей медицинского страхования с привлечением достаточно достоверных статистических данных, с учетом особенностей регионального, экономического и социального фактора.

**Заключение.**

В комплексе проводимых социально-экономических реформ важнейшее место отводится страховой медицине. Переход к ней обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении и развитием сектора платных услуг. В мировой практике организации медико-санитарного обслуживания сложились три основные системы экономического функционирования здравоохранения: государственная, страховая и частная. Государственная система основана на принципе прямого финансирования лечебно-профилактических учреждений и гарантирует бесплатную медицинскую помощь. В основу страховой системы заложен принцип участия граждан, предприятий или предпринимателей в финансировании охраны здоровья напрямую или через посредничество страховых медицинских организаций. Частная медицина в настоящее время представлена частнопрактикующими врачами, клиниками и больницами, находящимися в индивидуальной собственности. Их финансирование осуществляется за счет платного медицинского обслуживания пациентов

Систему медицинского страхования целесообразно рассматривать в двух аспектах. В узком смысле это процесс поступления финансовых ресурсов и их расходование на лечебно-профилактическую помощь, даю

щий гарантию получения этой помощи, причем ее объем и характер определяются условиями страхового договора

В более широком смысле страховая медицина представляет собой систему общественного здравоохранения, экономическую основу которой составляет финансирование из специальных страховых фондов. При этом охрана здоровья граждан финансируется “снизу”. Страховые фонды образуются за счет различных источников финансирования: средств государственного бюджета, взносов предприятий, предпринимателей и работающих. Медицинское страхование, способствуя накоплению необходимых средств, а также формированию системы платной медицины, выступает как эффективный источник финансирования здравоохранения. В условиях страховой медицины реализуется принцип “Здоровый платит за больного, а богатый - за бедного”.

В заключении надо сказать, что переход к медицинскому страхованию неизбежно предполагает определенную степень коммерциализации здравоохранения. Сегодняшнее состояние российской экономики, всеобщий переход к рынку просто не даст удержаться на плаву системе здравоохранения и выход только один - реформы, реформы и реформы, которые и начали претворяться в жизнь. Ведение добровольного и обязательного медицинского страхования имеет огромную роль в развитии системы здравоохранения и позволит в дальнейшем поднять на ноги разваленную годами советской власти медицину.

Система медицинского страхование, складывающаяся в России, в определенной мере учитывает зарубежный опыт. Положительным, на мой взгляд является создание системы социального медицинского страхования и параллельно с этим функционирование частной системы МС.

171717**Список использованной литературы.**

1. Н.А. Левант “Варианты добровольного медицинского страхования и экономические основы их проведения.” // Финансы. - № 1. - 1993. - с.56-62.

2. А.Ф. Бородин “Росгосстрах уверен: медицинскому страхованию быть!” // Финансы. - № 7. - 1993. - с. 56-59.

3. В.Г. Бутова, Н.Г. Ананьева “Экономическое обоснование страховых тарифов по обязательному медицинскому страхованию.” // Финансы.

- № 1. - 1994. - с. 38-43.

4. Л.А. Юрченко “Проблемы финансирования медицинского страхования.” // Финансы. - № 2. - 1994. - с. 49-55.

5. Ю.С. Бугаев “О некоторых проблемах и перспективах развития страхования в России.” // Финансы. - №3. - 1994. - с. 45-53.

6. В.М. Анисимов, А.П. Громов, Ю.В. Шиленко “Актуальные проблемы правовой экспертизы в страховой медицине” // Финансы. - № 6. - 1994.

с.61-67.

7. В.Г. Бутова “Методика формирования областного прейскуранта тарифов на медицинские услуги.” // Финансы. -№ 11. - 1994. - с. 30-33.

8. С.Б. Постников “Здравоохранению - приоритетная финансовая поддержка.” // Финансы. - № 11. - 1994. - с. 42-45.

9. Л.А. Юрченко “Медицинское страхование как фактор социальной стабильности.” // Финансы. - № 12. - 1994. - с. 53-55.

10. И.Ю. Матвеева “Роль страховых медицинских организаций в контроле качества медицинской помощи.” // Финансы.- № 2. - 1995. с. 45-48.

11. В.М. Анисимов “Развитие страховой медицины - путь к реформированию здравоохранения.” // Финансы. - № 5. - 1995.- с. 46-50.

**- 2 -**

**Содержание.**

Введение. ------------------------------------------------------------------------ 3

Глава 1. Организационно-правовые принципы организации

страховой медицины.

1.1 Организация страховой медицины. ----------------------------------- 5

1.2 Экономическая база страховой медицины. ------------------------- 6

1.3 Правовые отношения в рамках страховой медицины. ----------- 7

Глава 2. Финансовые аспекты страховой медицины.

2.1 Факторы, влияющие на эффективность системы

здравоохранения. ---------------------------------------------------------- 10

2.2 Доходы страховой медицины. ------------------------------------------ 14

2.3 Расходы страховой медицины. ----------------------------------------- 15

Заключение. ---------------------------------------------------------------------- 18

Список использованной литературы. -------------------------------------- 19

**Государственный Комитет РФ по Высшей школе**

**Тюменский Государственный Университет**

**Экономико-правовой факультет**

**КУРСОВАЯ РАБОТА ПО ТЕМЕ :**

**Финансовый аспект медицинского**

**страхования.**

**Научный руководитель:**

**к.э.н. Ляпина Т.М.**

**Работу выполнил:**

**Антонов А.Е. группа 1-93 Г**

**Нижневартовск - 1996**

1. в данном случае от болезней [↑](#footnote-ref-1)
2. лечебно-профилактические учреждения [↑](#footnote-ref-2)
3. обязательное медицинское страхование [↑](#footnote-ref-3)
4. под уровнем “гуманности” понимается финансовая оценка средств, которые могут быть сэкономлены вследствие бесплатного оказания помощи по уходу [↑](#footnote-ref-4)
5. добровольное медицинское страхование [↑](#footnote-ref-5)
6. коэффициенты взяты “Финансы” № 2 - 1994 - с. 49-51 [↑](#footnote-ref-6)
7. по Положению о Федеральном фонде ОМС № 4543-1 от 24.02.93 г. [↑](#footnote-ref-7)
8. формулы доходов и расходов страховой медицины взяты из “Финансы” - № 2 - 1994 - с. 52-54 [↑](#footnote-ref-8)