МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ

**Снежинский физико-технический институт -**

филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования

**«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(СФТИ НИЯУ МИФИ)**

Кафедра экономики и управления

РЕФЕРАТ

по дисциплине «Страхование»

на тему: «Медицинское страхование»

 Выполнил студент Шарафутдинов Е.Р.

 Группа МО-56з

 Проверил преподаватель Иванов К.А.

Снежинск

2011

 **Содержание**

|  |  |
| --- | --- |
| Введение  | 3 |
| 1 Система медицинского страхования | 5 |
| 2 Добровольное медицинское страхование | 7 |
| 2.1 Сущность добровольного страхования | 7 |
| 2.2 Договор добровольного медицинского страхования | 9 |
| 2.3 Добровольное медицинское страхование сотрудников | 10 |
| 3 Обязательное медицинское страхование | 12 |
| 3.1 Программа обязательного медицинского страхования | 12 |
| 3.2 Фонды обязательного медицинского страхования | 13 |
| 3.3 Субъекты обязательного медицинского страхования | 14 |
| 3.4 Договор обязательного медицинского страхования | 17 |
| Заключение | 19 |
| Приложение №1 | 22 |
| Приложение №2 | 23 |
| Библиографический список | 24 |

Введение

 В своей деятельности человек повсюду и всегда подвергается различным опасностям, угрожающим ему самому, его близким или его имуществу, опасностям, непредвидимым по источнику своего возникновения и неравномерным по своим последствиям. Иначе говоря, человек постоянно подвергается тому или иному риску.

 Как известно, право на охрану здоровья граждан Российской Федерации государством определено Конституцией РФ (статья 39). Это право имеют все граждане нашей страны (работающие и неработающие). При этом граждане всегда были уверены, что, чтобы с их здоровьем не случилось, Государство о здоровье любого гражданина позаботится через систему государственного здравоохранения.

 С 1993 года в нашей стране появилась новая модель здравоохранения, при которой средства на здравоохранение формируются за счет отчислений предприятий, учреждений, организаций всех форм собственности, взносов индивидуальных предпринимателей.

 Реформа в области здравоохранения является одной из важнейших составляющих проводимых в России преобразований. При этом среди проблем, решение которых позволит повысить уровень здравоохранения, выделяется проблема поиска новых внебюджетных источников возмещения необходимых затрат на охрану здоровья граждан.

 Долгое время единственным источником финансирования здравоохранения в нашей стране был государственный бюджет. Бюджетный метод финансирования ориентирован на возможности бюджета, а не на реальные расходы, складывающиеся в этой сфере.

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

 Медицинское страхование осуществляется в двух видах: обязательном и добровольном. Обязательное страхование является составной частью государственного социального страхования и обеспечивает всем гражданам страны равные возможности в получении медицинской помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе соответствующих государственных программ и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программами обязательного медицинского страхования. Оно может быть коллективным и индивидуальным.

 Переход к страховой медицине обусловлен спецификой рыночных отношений в здравоохранении. Медицинское страхование позволяет человеку сопоставить необходимые затраты на охрану здоровья с состоянием собственного здоровья. Соизмерить потребности в медицинской помощи и возможность ее получения необходимо независимо от того, кем производятся затраты: предприятием, профсоюзом или обществом в целом.

Конец формы

1 Система медицинского страхования

 В России создана система медицинского страхования, содержащая систему мер, предназначенных для социальной защиты интересов населения в охране здоровья. Медицинское страхование осуществляется в двух видах – обязательном (ОМС) и добровольном (ДМС) – в соответствии с программами медицинского страхования.

 Правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования содержатся в Законе РФ «О медицинском страховании граждан в РФ». Закон направлен на усиление заинтересованности и ответственности населения и государства, предприятий, учреждений, организаций в охране здоровья граждан в новых экономических условиях. Закон обеспечивает конституционное право граждан РФ на медицинскую помощь. Цель медицинского страхования – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопления средств и финансировать профилактические мероприятия. Объектом медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Обязательное медицинское страхование является составной частью государственного социального страхования. Оно обеспечивает всем гражданам РФ равные возможности в получении медицинской и лекарственной помощи, предоставляемой за счет средств обязательного медицинского страхования в объеме и на условиях, соответствующих программам обязательного медицинского страхования. Добровольное медицинское страхование (ДМС) осуществляется на основании свободного волеизъявления страхователя и страховщика и является дополнительным медицинским страхованием.

 Система медицинского страхования предусматривает:

1) медицинское страхование граждан РФ;

2) медицинское страхование граждан РФ, находящихся за рубежом, осуществляемое на основе двусторонних соглашений РФ со странами пребывания граждан;

3) медицинское страхование иностранных граждан, временно находящихся в РФ;

4) медицинское страхование иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ и имеющих такие же права и обязанности в области медицинского страхования, как и граждане РФ, если международными договорами не предусмотрено иное.

 Определены права граждан РФ в системе медицинского страхования. На территории РФ лица, не имеющие гражданства, имеют такие же права и обязанности в системе медицинского страхования, как и граждане РФ.

 Граждане имеют право на:

1) обязательное и добровольное медицинское страхование;

2) выбор медицинской страховой организации;

3) выбор медицинского учреждения и врача в соответствии с договорами обязательного и добровольного медицинского страхования;

4) получение медицинской помощи на всей территории РФ, в том числе за пределами постоянного места жительства;

5) получение медицинских услуг, соответствующих по объему и качеству условиям договора, независимо от размера фактически выплаченного страхового взноса;

6) предъявление иска страхователю, страховой медицинской организации, медицинскому учреждению, в том числе на материальное возмещение причиненного по их вине ущерба, независимо от того, предусмотрено это или нет в договоре медицинского страхования;

7) возвратность части страховых взносов при добровольном медицинском страховании, если это определено условиями договора.

2 Добровольное медицинское страхование

 Ограниченность базовой программы обязательного медицинского страхования, отсутствие мотивации у медицинских работников, недоступность современной клинической и лабораторной базы в условиях ухудшения финансирования здравоохранения привели к обострению проблем, связанных с получением квалифицированной медицинской помощи.

 В связи с этим единственно возможной системой предоставления медицинских услуг на качественном уровне остается система добровольного медицинского страхования.

2.1 Сущность добровольного медицинского страхования

 Введено с 1 октября 1992 года.

 Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования и обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг сверх установленных программ обязательного медицинского страхования.

 Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе договора между страхователем и страховщиком. Правила добровольного медицинского страхования, определяющие общие условия и порядок его проведения, устанавливаются страховщиком самостоятельно в соответствии с положениями Закона РФ от 27.11.92 г. № 4015-1 «О страховании». Конкретные условия страхования определяются при заключении договора страхования.

 В качестве субъектов добровольного медицинского страхования выступают: гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение.

 Страхователями при добровольном медицинском страховании выступают отдельные граждане, обладающие гражданской дееспособностью, или (и) предприятия, представляющие интересы граждан. При признании судом страхователя в период действия договора ДМС недееспособным полностью или частично его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

 Страховыми медицинскими организациями выступают юридические лица, осуществляющие добровольное медицинское страхование и имеющие государственное разрешение (лицензию) на право заниматься добровольным медицинским страхованием.

 Медицинскими учреждениями в системе добровольного медицинского страхования являются имеющие лицензии лечебно-профилактические учреждения, научно-исследовательские медицинские институты, другие учреждения, оказывающие медицинскую помощь, а также лица, осуществляющие медицинскую деятельность как индивидуально, так и коллективно.

 Объектом добровольного медицинского страхования является страховой риск, связанный с затратами на оказание медицинской помощи при возникновении страхового случая. Страховым риском является предполагаемое событие, на случай наступления которого проводится страхование. Событие, рассматриваемое в качестве страхового риска, должно обладать признаками вероятности и случайности его наступления.

 Страхователь имеет право на:

- участие во всех видах медицинского страхования;

- свободный выбор страховой организации;

- осуществление контроля за выполнением условий договора медицинского страхования;

- возвратность части страховых взносов от страховой медицинской организации при добровольном медицинском страховании в соответствии с условиями договора.

Предприятие-страхователь кроме прав, перечисленных выше, имеет право на:

- уменьшение размера страховых взносов при стабильном уровне заболеваемости работников предприятия или его снижении в течение трех лет;

- привлечение средств из прибыли (доходов) предприятия на добровольное медицинское страхование своих работников.

Страхователь обязан:

- вносить страховые взносы в порядке, установленном договором добровольного медицинского страхования;

- в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

- предоставлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию.

Фонды добровольного медицинского страхования формируются в страховых медицинских организациях за счет средств, получаемвых от страховых взносов. Они предназначены для финансирования страховой организацией медицинских и иных услуг, оказываемых по данному виду страхования.

2.2 Договор добровольного медицинского страхования.

 Добровольное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами ДМС.

 Договор добровольного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовывать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам добровольного медицинского страхования.

 Договор добровольного медицинского страхования должен содержать:

- наименование сторон;

- сроки действия договора;

- численность застрахованных;

- размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

- перечень медицинских услуг, соответствующих программам добровольного медицинского страхования;

- права, обязанности, ответственность сторон и иные не противоречащие законодательству РФ условия.

 Договор ДМС считается заключенным с момента уплаты первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

 В период действия договора ДМС при признании судом страхователя недееспособным либо ограниченным в дееспособности его права и обязанности переходят к опекуну или попечителю, действующему в интересах застрахованного.

 Каждый гражданин, в отношении которого заключен договор добровольного медицинского страхования или который заключил такой договор самостоятельно, получает страховой медицинский полис (Приложение №1).

Страховой медицинский полис находится на руках у застрахованного.

2.3 Добровольное медицинское страхование сотрудников.

 Добровольное медицинское страхование сотрудников является коллективным добровольным медицинским страхованием.

В настоящее время все больше организаций начинают заключать договоры со страховыми компаниями на добровольное медицинское страхование. Конечно, работа эта еще не стала массовой. Во-первых, потому, что она требует от организаций приличных дополнительных средств. Во-вторых – потому что до сих пор нет четких государственных льгот предприятиям.

 Основная цель ДМС состоит в том, чтобы сотрудники компании имели возможность пройти нормальную диагностику, обеспечивающую выявление заболеваний на ранней стадии, а также иметь возможность лечиться в нормальных условиях у квалифицированных врачей.

 Начинать надо с выбора страховой компании. Она должна обязательно иметь лицензию именно на право осуществления ДМС. Далее вместе со специалистами страховой компании организация определяет медицинские учреждения, где будут обслуживаться сотрудники и перечень дополнительных услуг, которые там будут оказываться. После этого организация совместно с медиками составляет программу добровольного медицинского страхования и утверждает ее как у своего руководства, так и у руководства страховой компании.

 После согласования программы организация вместе с сотрудниками страховой компании подготавливает договор ДМС на то количество сотрудников, которое сочтет необходимым. Многие организации постепенно включают в ДМС сначала руководящий состав, затем – наиболее ценных сотрудников, а потом, по мере финансовых возможностей, всех остальных.

 Если высшее руководство организации серьезно заинтересовано в поддержании надлежащего здоровья руководящего состава организации, то кроме вышеуказанной программы, можно, например, ежегодно проводить комплексный медицинский осмотр.

 Как правило, на проведение таких обследований со страховой компанией заключается дополнительный договор, либо дополнительное соглашение к договору добровольного медицинского страхования.

3 Обязательное медицинское страхование

Обязательному медицинскому страхованию в настоящее время подлежат все граждане России (работающие и неработающие) с самого рождения. На работающего гражданина с момента заключения трудового договора распространяются нормы, касающиеся обязательного медицинского страхования в соответствии с Законом РФ «О медицинском страховании граждан в РФ» и принятыми в соответствии с ним нормативными актами. Иными словами, работодатель обязан обеспечить работника полисом обязательного медицинского страхования. Неработающие граждане самостоятельно получают полис ОМС в страховой медицинской организации. Для новорожденных детей полис ОМС получают родители, самостоятельно обращаясь в страховую медицинскую организацию.

Гражданин, обладая полисом обязательного страхования, при обращении за медицинской помощью в лечебное учреждение получает бесплатно медицинские услуги. Однако бесплатно он имеет право получить лишь определенный законом перечень медицинских услуг. За малолетних детей, имеющих именной полис ОМС, данный документ при обращении в медицинское учреждение представляют родители. Медицинские услуги бесплатны для граждан потому, что они оплачиваются из фондов обязательного медицинского страхования.

3.1 Программа обязательного медицинского страхования

Государство разработало базовую программу обязательного медицинского страхования, на основе которой утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования. Объем медицинской помощи, предоставляемый застрахованным лицам в соответствии с договором обязательного медицинского страхования, определяется утвержденной территориальной программой обязательного медицинского страхования населения. Объем и условия оказания медицинской помощи, предусматриваемые территориальными программами, не могут быть ниже установленных в базовой программе (ст. 22 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Территориальная программа обязательного медицинского страхования должна содержать гарантированные государством перечень, объем и условия оказания медицинских услуг населению определенной территории, оплата которых производится за счет средств обязательного медицинского страхования.

Территориальные программы действуют на определенных территориях по всей стране.

3.2 Фонды обязательного медицинского страхования

Финансовые средства государственной системы обязательного медицинского страхования формируются за счет отчислений страхователей на обязательное медицинское страхование. Для реализации государственной политики в области обязательного медицинского страхования созданы Федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования как самостоятельные некоммерческие финансово-кредитные учреждения. Фонды обязательного медицинского страхования предназначены для аккумулирования финансовых средств на обязательное медицинское страхование, обеспечения финансовой стабильности государственной системы обязательного медицинского страхования и выравнивания финансовых ресурсов на его проведение. Финансовые средства фондов обязательного медицинского страхования находятся в государственной собственности РФ. Они не входят в состав бюджетов, других фондов и изъятию не подлежат. За счет страховых взносов, вносимых всеми категориями страхователей, формируются страховые резервы данных фондов. Нормативную базу для уплаты страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования составляют ежегодно принимаемые законы о тарифах страховых взносов, в соответствии с которыми страхователи должны уплачивать страховые взносы. Довольно продолжительное время страхователи уплачивали данные взносы как самостоятельные взносы, с 1 января 2002 г. указанные страховые взносы на обязательное медицинское страхование отменены как самостоятельные вследствие того, что гл. 24 Налогового кодекса Российской Федерации (НК РФ) введен в действие единый социальный налог. Страховые взносы, предназначенные для формирования резервов фондов обязательного медицинского страхования, были заложены в состав единого социального налога (ст. 234 НК РФ). С 1 января 2010 года вступил в силу Федеральный закон № 212-ФЗ от 24.07.2009г.  «О страховых взносах в Пенсионный фонд РФ, Фонд социального страхования РФ, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования». Указанным Законом с 1 января 2010 года  произведена отмена единого социального налога (ЕСН) и введены страховые взносы.

Нормативную базу для уплаты страховых взносов в фонды обязательного медицинского страхования составляют ежегодно принимаемые законы о тарифах страховых взносов, в соответствии с которыми начиная с 1993 г. занимающиеся частной практикой нотариусы подлежат обязательному медицинскому страхованию и должны уплачивать страховые взносы.

3.3 Субъекты обязательного медицинского страхования

Обязательное медицинское страхование осуществляется в форме договора, заключаемого между субъектами медицинского страхования. В качестве субъектов обязательного медицинского страхования выступают гражданин, страхователь, страховая медицинская организация, медицинское учреждение. Субъекты медицинского страхования должны выполнять обязательства по заключенному договору в соответствии с законодательством РФ. Страховая медицинская организация и медицинское учреждение выполняют разные функции, которые подробно рассмотрены в ходе лекции.

Страхователями по ОМС, уплачивающими страховые взносы, являются следующие лица:

1) для неработающего населения (пенсионеров, детей, учащихся и студентов дневных форм обучения) – органы исполнительной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления;

2) для работающего населения:

а) организации и индивидуальные предприниматели, являющиеся работодателями;

б) частные нотариусы, адвокаты;

в) физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые в соответствии с законодательством РФ начисляются налоги в части, подлежащей зачислению в фонды обязательного медицинского страхования.

Все указанные категории страхователей обязаны:

1) заключать договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией;

2) вносить страховые взносы в порядке, установленном Законом и договором медицинского страхования;

3) в пределах своей компетенции принимать меры по устранению неблагоприятных факторов воздействия на здоровье граждан;

4) представлять страховой медицинской организации информацию о показателях здоровья контингента, подлежащего страхованию;

5) зарегистрироваться в качестве страхователя в территориальном фонде обязательного медицинского страхования в порядке, установленном ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ».

Страхователи обязаны зарегистрироваться в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и заключить договор обязательного медицинского страхования со страховой медицинской организацией. Страхователи обязаны выдать страховой медицинский полис (Приложение №2) на руки каждому гражданину, в отношении которого заключен договор медицинского страхования.

Страховая медицинская организация, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование. Страховая медицинская организация не вправе отказать страхователю, если он обратился с заявлением о заключении договора обязательного медицинского страхования.

Основной задачей страховой медицинской организации, которая занимается осуществлением обязательного медицинского страхования, является:

1) оплата медицинской помощи, предоставляемой населению в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования и договорами обязательного медицинского страхования;

2) контроль за объемом и качеством медицинских услуг («Положение о страховых медицинских организациях, осуществляющих обязательное медицинское страхование».

Страховая медицинская организация имеет право:

1) свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования;

2) участвовать в аккредитации медицинских учреждений;

3) устанавливать размер страховых взносов по добровольному медицинскому страхованию;

4) принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги;

5) предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или (и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

Страховая медицинская организация обязана:

1) осуществлять деятельность по обязательному медицинскому страхованию на некоммерческой основе;

2) заключать договоры с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию;

3) добросовестно выполнять все условия заключенных договоров;

4) создавать в установленном порядке страховые резервы;

5) защищать интересы застрахованных.

Медицинские учреждения – это самостоятельно хозяйствующие субъекты с любой формой собственности, оказывающие медицинскую помощь гражданам в системе медицинского страхования (ст. 20 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»). Медицинские учреждения строят свою деятельность на основе договоров со страховыми медицинскими организациями, которые оплачивают медицинские услуги в помощь гражданам. Договор, заключаемый медицинским учреждением со страховой медицинской организацией, – это договор, предусматривающий предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) и являющийся соглашением, по которому медицинское учреждение обязуется предоставлять застрахованному контингенту медицинскую помощь определенного объема и качества в конкретные сроки в рамках программ медицинского страхования. Взаимоотношения сторон определяются условиями договора. Договор должен содержать:

1) наименование сторон;

2) численность застрахованных;

3) виды лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг);

4) стоимость работ и порядок расчетов;

5) порядок контроля качества медицинской помощи и использования страховых средств;

6) ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

3.4 Договор обязательного медицинского страхования

Договор обязательного медицинского страхования является соглашением между страхователем и страховой медицинской организацией, в соответствии с которым последняя обязуется организовать и финансировать предоставление застрахованному контингенту медицинской помощи определенного объема и качества или иных услуг по программам обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования.

Договор медицинского страхования должен содержать:

1) наименование сторон;

2) сроки действия договора;

3) численность застрахованных;

4) размер, сроки и порядок внесения страховых взносов;

5) перечень медицинских услуг, соответствующих программам обязательного или добровольного медицинского страхования;

6) права, обязанности, ответственность сторон и иные, не противоречащие законодательству РФ условия.

Форма типового договора обязательного медицинского страхования, порядок и условия их заключения установлены законодательством:

1) «Типовой договор обязательного медицинского страхования работающих граждан» (Приложение № 1 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»);

2) «Типовой договор обязательного медицинского страхования неработающих граждан» (Приложение № 2 к постановлению «О мерах по выполнению Закона Российской Федерации «О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в РСФСР»).

Договор медицинского страхования считается заключенным с момента уплаты страхователем первого страхового взноса, если условиями договора не установлено иное.

Заключение

 В последнее десятилетие стал очевидным глубочайший кризис российского здравоохранения. Ограничение финансовых возможностей государства, вызванное общим замедлением темпов роста производства, при нарастании бюджетного дефицита сделало невозможным обеспечение необходимых расходов на здравоохранение только за счет государственных фондов. Стал насущным переход к новой системе организации здравоохранения. Более того, назрела необходимость радикальных качественных перемен в рамках самой этой системы. Это вызвано острым кризисом традиционных и отсутствием новых источников развития отрасли.

 Система здравоохранения в России нуждалась прежде всего в антимонопольных мерах, децентрализации и разгосударствлении. Все это заставило приступить к кардинальным преобразованиям отрасли; в противном случае нарастала социальная напряженность так как медицинские учреждения не удовлетворяли потребности населения. На основе мирового опыта была выбрана идея перехода к медицинскому страхованию и принят Закон “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”.

 Согласно заложенным в Законе принципам, новая бюджетно-страховая система финансирования здравоохранения предполагает, что медицинское страхование должно осуществляться на многоуровневой основе и использовать для этого:

- прежние каналы бюджетных ассигнований (для обязательного страхования наименее защищенных групп населения и для выполнения части социальных программ на республиканском и местном уровнях);

- специальные внебюджетные фонды (федеральный и территориальные фонды обязательного медицинского страхования, формируемые из взносов предпринимателей и самодеятельных граждан на обязательное медицинское страхование);

- средства государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов;

- личные средства граждан;

- безвозмездные и (или) благотворительные взносы или пожертвования;

- кредиты банков и других кредиторов;

- иные источники не запрещенные законодательством .

 Кроме обязательного (социального) медицинского страхования законом вводится добровольное медицинское страхование, которое обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских услуг сверх установленных базовыми программами медицинского страхования.

 Законодательно определены субъекты медицинского страхования: гражданин; страхователь; страховая медицинская организация (страховщик); медицинское учреждение.

 Вся система медицинского страхования создается ради основной цели – гарантировать гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансировать профилактические мероприятия. В современных страхоных системах под профилактикой понимаются меры по снижению частоты страховых случаев, но отнюдь не ответственность страховой системы за профилактику в широком понимании, которая остается на ответственности государственной системы здравоохранения.

 Страхователями определены все работодатели, (включая самодеятельную часть населения), а также бюджетные организации. Внебюджетные фонды обязательного медицинского страхования также являются страхователями, призванными не только аккумулировать средства первичных страхователей, но и организовать систему учета, поступления и расходования средств на обязательное медицинское страхование.

 Страховые организации – это именно те новые структуры, которые появились на рынке медицинских услуг и стали своеобразной, но очень важной финансовой надстройкой, выполняющей посреднические функции. Главное – воплотить в жизнь основной принцип страхования: «Деньги идут за пациентом». Для пациента это означает, что страховая компании экономически заинтересована в том, чтобы выбрать для него лучшего врача и лучшее лечебное учреждение, для медиков – что они перестают получать деньги «по потребности», их приходится зарабатывать. Таким образом, медицинское страхование гарантирует и делает доступными высококачественные медицинские услуги, а во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Приложение №1



Приложение №2

**Библиографический список**

1. Учебная литература

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1 | Балабанов И. Т., Балабанов А. И. . Страхование: учебник для ВУЗов. - СПб: «Питер», 2003.  |
| 1.2 | Гришин В.В., Семенов В.Ю. и др. Обязательное медицинское страхование – М: «Организация и финансирование», 1995. |
| 1.3 | Скачкова О.А. Страхование. Конспект лекций. – М.: «Эксмо», 2007 |

1. Периодические издания

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1 | Закон РФ от 29 июня 1991 года № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (с последующими изменениями и дополнениями). М., 1999 |
| 2.2 | Федорова  Т.А. [Медицинское страхование и защита здоровья населения /](http://www.port-all.ru/Library/rubrik.asp?k=1&ko=1&klsl=Страхование%20медицинское&b=С&zh=0&zag=722885)    Финансы – 2008. №10. С. 40-41 |
| 2.3 | Кузнецов  П.П. [Добровольное медицинское страхование как один из источников финансирования медицины /](http://www.port-all.ru/Library/rubrik.asp?k=1&ko=1&klsl=Страхование%20медицинское&b=С&zh=1&zag=608832) Финансы – 2002. №11, С. 18 |
| 2.4 | Коротецкий  Ю. А. [Полис ДМС: как купить здоровье](http://www.port-all.ru/Library/rubrik.asp?k=1&ko=2&klsl=Страхование%20медицинское&b=С&zh=&zag=701032) / Эксперт – 2007. №23, С. 25 |

1. Информационные источники

|  |  |
| --- | --- |
| 3.1 | http:// www.[med74.ru](http://www.med74.ru/)  |