МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА УПРАВЛЕНИЯ И ЭКОНОМИКИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ

КУРСОВАЯ РАБОТА

*на тему:* **Организация экономических учреждений в системе обязательного медицинского страхования**

**Выполнил:** зам. гл. врача

по экономическим вопросам

МУЗ “ЦГБ” г.Сальска

Долгова Наталья Алексеевна

**Проверил**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Ростов-на-Дону

2002

**СОДЕРЖАНИЕ**

1. Введение 3

2. Основная часть

2.1 Современная организация медицинского   
страхования в России 4

2.2 Юридический статус медицинского фонда как фактор   
организации экономических учреждений 7

2.3 Основные системы организации экономических   
учреждений и их роль в организации медицинского   
обслуживания населения 12

3. Заключение 19

4. Список литературы 20

**ВВЕДЕНИЕ**

В современных условиях необходим принципиально новый подход к организации здравоохранения, гарантирующий право каждого граждани­на на получение медицинской помощи, соответствующей уровню разви­тия как страны в целом, так и отдельных ее регионов. Реализацию такого подхода в ближайшее время может обеспечить система страховой меди­цины. В отличие от государственного здравоохранения, построенного пре­имущественно по территориальному принципу, она основананапроизводственном принципе организации и состоит в отчислении пред­приятиями и организациями средств на возможные профилактику и лечение каждого работ­ника. При этом затраты на медицинское обслуживание включаются в себестоимость продукции.

Как показывает мировой опыт, переход к страховой медицине является необходимым в условиях рыночной экономики и развития рынка меди­цинских услуг, так как он обеспечивает, во-первых, гарантированность и доступность высококачественных медицинских услуг (даже при неизбеж­ном росте цен на них) для широких слоев населения; во-вторых, помогает решению проблемы привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения.

Именно с помощью страховой медицины можно отказаться от остаточного принципа финансирования здравоохранения, существенно увеличить объем ресурсов, выделяемых отрасли, и тем самым создать необходимые экономические условия для радикального повышения уровня обязатель­ного медицинского обслуживания всего населения.

Повышению качества обязательного медицинского страхования в немалой мере поспособствует также правильная продуманная организация экономических учреждений в системе страхования, чему должна предшествовать серьезная аналитическая работа, направленная на определение основных современных моделей организации деятельности страховых медицинских организаций России, которая и послужит основой для разработки наиболее продуктивных моделей организации экономических учреждений.

**2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ**

**2.1 Современная организация медицинского страхования в России**

Введение принципов медицинского страхования предполагает перевод отрасли на рыночные отношения, при которых действуют жесткие эконо­мические законы. Поэтому обязательным условием этого перевода явля­ется внедрение экономических методов хозяйствования в практику работы медицинскихучреждений.

Основополагающий принцип организации сферы здравоохранения в условиях рыночного хозяйства может быть сформулирован как многоукладность экономики здравоохранения и многообразие форм организации медицинского обслуживания населения. Многоукладность экономики здравоохранения проявляется, во-первых, в параллельном существова­ние и развитии относительно обособленных, организационно оформлен­ных секторов медицинского обслуживания населения: государственной, частной, страховой служб здравоохранения, во-вторых, в существовании и функционировании экономически и юридически самостоятельных ме­дицинских учреждений, основывающих свою деятельность на различных формах собственности (государственной, коллективной, частной). Регу­лирование и управление многоукладной экономикой здравоохранения должно осуществляться на основе хозяйственного механизма, включаю­щего в себя формы и методы рыночного регулирования и централизованного планового руководства.

Значение этого принципа определяется тем, что социально-ответственная, конкурентная медицина возможна только при параллельном существовании и развитии различных систем оказания медицинской помощи, основанных на многообразии форм собственности, форм и методов организации хозяйственной деятельности, управления, источников и меха­низмов финансирования медицинских учреждений, а также различных методов (плановых и рыночных) регулирования процессов, протекающих в сфере здравоохранения. Как показывает мировой опыт, существование альтернативных секторов в общенациональной системе здравоохранения служит основой и гарантией свободы выбора места и условий работы для медицинских работников, а также безусловно расширяет права больного на свободный, самостоятельный выбор врача, медицинского учреждения, вида медицинских услуг, в наибольшей мере соответствующих его инте­ресам.

Основным звеном многоукладной системы здравоохранения выступают экономически самостоятельные, несущие всю полноту ответственности за результаты своей врачебной и хозяйственно-финансовой деятельности, медицинские учреждения (их объединения) различного профиля и назна­чения, деятельность которых основывается на различных формах собст­венности, методах управления и финансирования.

Медицинскую помощь в системе медицинского страхования могут оказывать аккредитованные в установленном порядке лечебно-профилакти­ческие учреждения с любой формой собственности и самостоятельно практикующие медицинские работники. Они являются самостоятельно хозяйствующими субъектами и строят свою деятельность на основе дого­вора со страховой организацией.

В условиях медицинского страхования возникает "треугольник" взаи­моотношений в системе. Потребитель, обращающийся за медицинской помощью к учреждениям, предоставляющим эту помощь, покупает услугу, счет за которую последние направляют платежной стороне — страхо­вой организации. Плательщики, контролируя счета и сопоставляя их с количеством и качеством "проданных" услуг, завершают платежный цикл.

Таким образом, необходимым условием эффективного функционирования многоук­ладной экономики здравоохранения является создание рынка медицин­ских услуг, который должен выступать в качестве "экономической среды" деятельности медицинских учреждений, механизма, обеспечивающего взаимосвязь "производителей" и потребителей медицинских услуг, а так­же в роли важнейшего регулятора всей совокупности отношений и соци­ально-экономических процессов в сфере здравоохранения, формирование рынка медицинских услуг предполагает создание условий и предпосылок для реализации системы рыночных свобод и прав потребителей.

Многоукладная экономика здравоохранения опирается на соответству­ющую систему финансирования и экономических учреждений здра­воохранения, предусматривающую множественность альтернативных источников и методов финансирования деятельности медицинских уч­реждений. Функционирование рынка медицинских услуг предполагает отказ от затратной системы финансирования здравоохранения, в основе которой лежит выделение средств на содержание лечебно-профилактиче­ских учреждений в соответствии со сметой их расходов, и переход к систе­ме самофинансирования из выручки от реализации предоставленных медицинских услуг в соответствии сих количеством, качеством и эффек­тивностью.

Экономические преобразования, проводимые в нашей стране, перевод всей экономики на рыночные отношения, будут постепенно создавать необходимые предпосылки и условия для реализации основных положе­ний реформы отрасли. Таким образом, глубина и масштабность пред­стоящих перемен диктует целесообразность постепенного внедрения в практику здравоохранения положений новой финансовой модели отрасли и их поэтапное освоение. Одним из первых преобразоавний, несомненно, немаловажным для грядущей реорганизации, будет являться пересмотр организации экономических учреждений в системе обязательного медицинского страхования. Рассмотрим зависимость системы экономических учреждений от юридического статуса медицинского фонда.

**2.2 Юридический статус медицинского фонда как фактор организации экономических учреждений**

Медицинское страхование как предмет специализации страхующей ор­ганизации мало совместимо с другими областями страховой деятельности. Об этом свидетельствует высокая специфичность предмета страхования (здоровье), необходимость иметь дело с массовым контингентом страхую­щихся, повседневный характер взаимоотношений с клиентами по поводу наступления страховых случаев, наконец, значительный объем страхово­го возмещения. Следовательно, распорядителями средств медицинского страхования должны стать прежде всего специализированные страховые организации и действующие автономно территориальные страховые фон­ды. Кроме того, создание страховых фондов на уровне территорий позво­лит реализовать принцип децентрализации источников финансирования отрасли.

Юридический статус территориального фонда медицинского страхова­ния может отвечать одному из трех вариантов. В первом из них — это полностью независимые организации, административно не подчиненные ни медицинским, ни хозяйственным организациям. В другом случае тер­риториальный фонд создается местными медицинскими учреждениями. Распорядителем средств медицинского страхования становится террито­риальное медицинское объединение, которое финансирует лечебно-про­филактическую сеть и координирует ее развитие. В третьем варианте фонд медицинского страхования создается территориальной ассоциацией хо­зяйственных предприятий и организаций. Держателем средств медицин­ского страхования становятся сами страхующиеся (страхование по типу больничных касс).

В разработке новой модели финансирования здравоохранения этот воп­рос является одним из спорных, о чем свидетельствует анализ выдвинутых концепций. Поэтому для окончательного выбора юридического статуса фонда медицинского страхования необходимо соотнести сильные и слабые стороны каждого из вариантов.

Во втором и третьем случаях равноправное экономическое партнерство отчасти заменяется отношениями административного подчинения. Ба­ланс интересов при этом может быть нарушен, что неблагоприятно отразится на финансовой устойчивости территориального медицинского страхования. Тем не менее, подчиненность страхового фонда медицине или предприятиям имеет и свои преимущества. Так, если распорядителем средств медицинского страхования становится добровольная ассоциация лечебно-профилактических учреждений, медицинские работники могут тщательно спланировать предложение медицинских услуг, понимая при этом, на что они реально способны, и достаточно точно оценить затратную сторону деятельности. Благодаря этому объективные возможности для тщательной экономической проработки условий медицинского страхова­ния у работников медицинского страхования шире, чем у специалистов автономных страховых фондов.

Если в интересах нормального ресурсного обеспечения необходимо повысить ставки страховых взносов, медработники сумеют убедить в этом страхующиеся предприятия более аргументировано, чем работники си­стемы страхования. Если жесткая конкуренция на рынке медицинского страхования, например, требует перехода к более экономичным программам страхования и, соответственно, усиления противозатратного регулирования лечебно-профилактической деятельности, медицинские работники, самостоятельно распоряжающиеся активами медицинского страхования, скорее изыщут необходимые для этого технологические и организационные резервы, чем под давлением независимых страховых фондов.

Вместе с тем территориальное страхование, подчиненное объединениям лечебно-профилактических учреждений, таит опасность экономических злоупотреблений. Страхователи, напрямую связанные с интересами ме­дицины, склонны завышать ставки страховых взносов в интересах макси­мизации доходов.

В этом смысле независимые фонды медицинского страхования способ­ны действовать более объективно, контролируя качество и стоимость ме­дицинской помощи в интересах страхующихся и, в то же время, назначая реальные ставки страховых взносов, в которых отражается действитель­ная потребность медицины в ресурсах. В связи с этим подчеркнем, что фонды медицинского страхования - это не только канал финансирования здравоохранения, но и "третья сторона", которая опосредствует отноше­ния покупателя и продавца медицинских услуг и, пользуясь своим суверенным положением, контролирует экономическое поведение каждогоизконтрагентов, балансирует их интересы.

Финансовые интересы самого страхового фонда требуют именно эко­номического равновесия на рынке медицинских услуг. Медицинские уч­реждения и страхующиеся предприятия, напротив, стремятся сместить равновесие в сторону собственной выгоды. Приоритет общественного интереса в экономике здравоохранения над "отраслевым эгоизмом" меди­цины наилучшим образом способны учесть независимые фонды медицин­ского страхования, а не медицинские ассоциации или объединения лечебно-профилактических учреждений. Можно утверждать, что незави­симое посредничество со стороны территориальных фондов имеет в меди­ко-страховой системе самостоятельную ценность, поскольку выполняет своего рода общественно-регулирующую функцию.

При некоторых обстоятельствах предпочтительным может оказаться создание фондов медицинского страхования под управлением хозяйст­венных ассоциаций. Если усилия по страхованию трудовых коллективов объединяют крупные предприятия со значительными накоплениями и развитой социально-бытовой инфраструктурой, служба медицинского страхования может оказаться более мощной и высокоорганизованной, чем независимый страховой фонд. Крупные предприятия способны создавать автоматизированную базу данных и, подключив к ней страхующиеся ор­ганизации и лечебно-профилактические учреждения, наладить сплошной учет движения страховых средств. При достаточном обеспечении кадрами возможно представительство ассоциации страхующихся предприятий в руководящих органах территориального медицинского объединения и от­дельных учреждениях здравоохранения. Система прямого контроляза качеством и затратной эффективностью оказываемой помощи может быть дополнена созданием попечительского совета при медицинских объедине­ниях и ведущих лечебных учреждениях.

Распорядительство средствами страховой медицины приближает круп­ные предприятия к материальным нуждам и интересам развития местной лечебно-профилактической сети. Взаимодействие страхующейся стороны и производителей медицинской помощи приобретает черты неформально­го сотрудничества, спонсорства предприятий. Медработники, ощущая по­вседневный контроль за расходованием страховых средств, в то же время получают дополнительные возможности для товарного обеспечения своих финансовых ресурсов. Речь может идти о закупках медицинского обору­дования и других средств производства по каналам материально-тех­нического обеспечения и внешнеэкономических связей предприятий, об использовании их производственных мощностей и строительной базы для внелимитного освоения ресурсов капитальных вложений лечебно-профи­лактических учреждений.

Ассоциации хозяйственных предприятий, создающих у себя коллек­тивный фонд медицинского страхования, способны повысить экономичность медико-страховой системы не только путем контроля за медицин­ской деятельностью, но и в процессе углубленного изучения потребностей своих трудовых коллективов в лечебно-профилактической помощи. Ас­сортимент услуг, по которым страхует собственная служба страховой медицины, может точно учитывать все факторы риска, обусловленные производственной средой данных предприятий. Во взаимоотношениях с независимым территориальным фондом гибкость программ медицинского страхования, их избирательность и быстрота переориентации на меняю­щиеся нужды конкретных коллективов окажутся не столь высокими, что неизбежно снизит и эффективность расходования средств.

Подчинение фондов медицинского страхования мощным, жизнеспособ­ным предприятиям, обеспечивая экономичность и гибкость, в то же время имеет потенциальный недостаток Предприятия, обладающие финансо­выми и организационными рычагами влияния на деятельность лечебно-профилактической сети, способны превратить здравоохранение в новую разновидность ведомственной медицины. Важно поэтому, чтобы хозяйст­венная ассоциация, учреждающая фонд медицинского страхования, насчитывала в своих рядах достаточное число местных предприятий и принимала решения на основе равноправного, демократичного учета ин­тересов как крупных, так и малых трудовых коллективов.

Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что статус территори­ального фонда медицинского страхования, мера его независимости во многом определяет тактику поведения других участников медико-страхо­вого комплекса.

**2.3 Основные системы организации экономических учреждений   
и их роль в организации медицинского обслуживания населения**

Как уже было сказано, страховой медицинской организацией выступает юридическое лицо, имеющее госу­дарственную лицензию на право заниматься медицинским страхованием и осуществлять его в соответствии с Законом РФ. Страховая медицинская организация, осуществляющая медицинское страхование, ведет учет прихода и расхода денежных средств, поступающих от медицинского страхова­ния.

Финансовые средства страховой медицинской организации учитываются отдельно по обязательному и добровольному страхованию по следующим поступлениям:

* страховые взносы;
* оплата медицинской помощи и иных услуг, предусмотренных договорами страхования, выплата возвратных сумм;
* пополнение и расходование резервных фондов;
* доходы от использования временно свободных финансовых средств;
* остатки страховых фондов и их расходование;
* формирование прибыли.

Уточним, что интересующие нас страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не имеют права использовать средства, предназначенные на реализацию про­грамм обязательного медицинского страхования, для коммерческой деятельности, за исключением приобретения на временно свободные средства резервного фонда высоколиквидных ценных бумаг и банковских депозитов.

Доходы, полученные от использования временно свободных средств резервных фондов, направляются на:

* пополнение фондов медицинского страхования;
* улучшение материально-технической базы медицинских учреждений и страховых орга­низаций, участвующих в выполнении программ обязательного медицинского страхования, экономическое стимулирование их работников и другие цели, связанные с развитием обяза­тельного медицинского страхования.

Каждая страховая медицинская организация в установленном порядке ежегодно представляет органам государственного управления и страхователям информацию о постатейном балансе доходов и расходов с отражением использования страховых фондов, результатах финансовой деятельности по обязательному медицинскому страхованию и другие данные.

Объем и условия оказания медицинской и лекарственной помощи гражданам Российской Федерации определяет Базовая программа обязательного медицинского страхования граждан Российской Фе­дерации. Базовая программа реализуется на основе договоров, заключаемых между субъектами медицинского страхования. Медицинские услуги в рамках гарантированного объема предоставляются на всей терри­тории Российской Федерации в соответствии с договорами обязательного медицинского страхования и не зависят от размера фактически выплаченного страхового взноса.

На основе базовой программы в республиках в составе Российской Федерации, краях, областях, автономных образованиях, городах Москве и Санкт-Петербурге разрабатываются и утверждаются территориальные программы обязательного медицинского страхования, объем предоставляемых медицинских услуг, которых не может быть меньше объема, уста­новленного базовой программой. Контроль за качеством, объемами и сроками предоставления медицинской помощи осу­ществляется (в соответствии с условиями договора) страховой медицинской организацией, а также соответствующим органом управления здравоохранением. Программы добровольного медицинского страхова­ния медицинские учреждения реализуют без ущерба для программ обязательного медицинского страхования.

Гражданам Российской Федерации гарантируются:

а) обеспечение первичной медико-санитарной помощи, включая:

скорую медицинскую помощь;

диагностику и лечение в амбулаторных условиях (включая неотложную и доврачебную помощь);

осуществление мероприятий по профилактике заболеваний;

б) стационарная помощь.

Подробный перечень контингентов населения, заболеваний, профилактических, лечеб­но-диагностических мероприятий, составляющих базовую программу, а также не входящих в него, разрабатывается и утверждается Министерством здравоохранения Российской Фе­дерации по согласованию с Министерством экономики и финансов Российской Федерации и с участием профсоюзных органов.

Объем и условия лекарственной помощи определяются территориальными программами обязательного медицинского страхования. Оплата необходимых медикаментов и изделий медицинского назначения в стационаре и при оказании скорой и неотложной медицинской помощи осуществляется за счет страховых взносов по обязательному медицинскому страхо­ванию, а в амбулаторно-поликлинических учреждениях — за счет личных средств граждан. Льготы при оказании медицинской и лекарственной помощи отдельным контингентам населения определяются действующим законодательством.

Для обеспечения равных условий оказания населению медицинской помощи по обяза­тельному медицинскому страхованию используются фонды здравоохранения.

Средства фондов здравоохранения направляются также на:

финансирование целевых программ, утвержденных органами исполнительной власти, в первую очередь связанных с профилактикой и лечением социально-опасных заболеваний;

финансирование деятельности лепрозориев, трахоматозных диспансеров, центров по борьбе со СПИДом, домов ребенка, детских санаториев, молочных кухонь, бюро медицин­ской статистики, бюро судебно-медицинской и патологоанатомической экспертизы, центров экстренной медицинской помощи, станций, отделений, кабинетов переливания крови, баз и складов специального медицинского снабжения, оплату кардиохирургических операций по пересадке органов и тканей по утвержденному Министерством здравоохранения Российской Федерации перечню, оказание медицинской помощи при массовых заболеваниях, в зонах стихийных бедствий, катастроф и на другие цели в области охраны здоровья населения.

Место и роль медицинских страховых учреждений в организации здравоохранения определяются тем, что они смогут сыграть решающую роль в решении проблемы кардинального повышения социальной защи­щенности граждан в процессе их медицинского обслуживания, а также выступить гарантом доступности для широких слоев населения высокока­чественных медицинских услуг. Решение проблемы обеспечения соци­альной защищенности пациентов медучреждений требует создания и развития *института посредника* между гражданами, нуждающимися в медицинской помощи, и учреждениями здравоохранения.

В роли посредника и гаранта прав граждан могут выступить государст­венные, акционерные, кооперативные страховые фирмы, способные на конкурентных началах осуществлять посреднические функции между гражданами, нуждающимися в медицинской помощи, с одной стороны, и медицинскими учреждениями — с другой. Система отношений: больной — посредник (страховая фирма) — медицинское учреждение — врач способна более надежно защищать не только интересы больных, но и доходы медицинских учреждений.

Наиболее эффективной формой организации финансово-хозяйствен­ной деятельности страховых медицинских учреждений является акцио­нерная форма, так как она может обеспечить концентрацию крупных ресурсов, а также наиболее демократический режим контроля за деятель­ностью страховых организаций и медицинских учреждений.

Акционерными признаются общества, имеющие уставный фонд, разде­ленный на определенное число акций равной номинальной стоимости, и несущие ответственность по обязательствам только имуществом. Акционе­ры несут ответственность по обязательствам общества лишь в пределах стоимости принадлежащих им акций. Акционерное общество может быть открытым или закрытым, что отражается в его уставе. Акции открытого АО могут переходить от одного лица к другому без согласия других акци­онеров, свободно продаваться на рынке ценных бумаг. Акции закрытого АО могут переходить от одного лица к другому только с согласия большин­ства акционеров данного общества, если иное не оговорено в уставе.

Органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями медицинских акционерных обществ, но они вправе владеть акциями этих обществ. Суммарная доля акций, при­надлежащих органам управления здравоохранением и медицинским уч­реждениям, не должна превышать 10% общего пакета акций страховой организации.

Учредительная деятельность по созданию АО проходит в несколько этапов, на каждом из которых решаются определенные программой созда­ния АО задачи и проводятся соответствующие мероприятия. Важным источником увеличения финансовых ресурсов медицинских страховых организаций должны стать доходы, получаемые ими при ис­пользовании временно свободных средств страховых фондов для осущест­вления инвестиционной и кредитной деятельности.

Проверка финансово-хозяйственной деятельности общества осуществ­ляется финансовыми органами, аудиторскими службами, а в случае необходимости другими государственными органами.

Общество обязано проводить ревизию своей финансово-хозяйственной деятельности не реже одного раза в год, а внеочередные ревизии — по требованию хотя бы одного из акционеров, которому принадлежит не менее 10% акций. Ревизии и проверки не должны нарушать нормальный режим работы общества.

Открытое акционерное общество, акции которого распространяются по открытой подписке, обязано не позднее первого квартала каждого года опубликовать отчет о своей финансово-хозяйственной деятельности. Порядок составления ежегодного отчета определяется в уставе АО. Пред­варительно до публикации отчета деятельность АО проверяется ревизи­онной комиссией. Акт или иной документ, составляемый по результатам проверки, является неотъемлемой частью отчета о деятельности АО. Ак­ционерное общество, а также его должностные лица несут установленную законодательством ответственность за достоверность содержащихся в пуб­ликации сведений.

Еще одной стороной в системе медицинского страхования выступают лечебно-профилактические учреждения, специалисты индивидуальной практики и их объединения. Как уже отмечалось выше, необходимым условием перевода отрасли на принцип медицинского страхования явля­ется внедрение экономических методов хозяйствования, так как экономи­ческие методы управления позволяют оптимизировать систему взаимных расчетов и финансово-хозяйственных связей учреждений здравоохране­ния и их подразделений, повысить их материальную заинтересованность и ответственность за повышение качества работы, привлечь внебюджет­ные средства на развитие материально-технической базы.

Следовательно, лечебно-профилактические учреждения должны вы­ступать как экономически самостоятельные субъекты хозяйствования, функционирующие на принципах самофинансирования, пользующиеся правами, вытекающими из законов о предприятии и предприниматель­ской деятельности, и несущими в полном объеме риск и ответственность.

Главным принципом организации здравоохранения являются договор­ные отношения, которые последовательно внедряются на всех уровнях. Это связано с тем, что специфические черты здравоохранения, как отме­чалось выше, ограничивают, но отнюдь не подавляют экономические на­чала в развитии отрасли. Кроме того, основная часть медицинских услуг имеет прежде всего товарную природу.

Требует особого внимания такой участник медицинского страхования, как предприятие, и соответственно экономические учреждения в этой системе.

По действующему законодательству предприятие, выступающее в сис­теме страховой медицины в качестве страхователя, имеет право на:

* участие во всех видах страхования;
* свободный выбор страховой организации;
* осуществление контроля за выполнением условий договора медицин­ского страхования.

Размер страхового взноса на обязательное медицинское страхование для предприятий устанавливается Правительством и утверждается Вер­ховным Советом Российской Федерации.

Страховые взносы на обязательное медицинское страхование для бюд­жетных организаций, а также временно нерентабельных государственных предприятий осуществляются за счет средств соответствующих бюджетов.

Размеры страховых взносов на добровольное медицинское страхование устанавливаются по соглашению сторон. Величина страхового тарифа зависит, с одной стороны, от стоимости и состава предлагаемых страховы­ми организациями медицинских услуг, а с другой — от финансовых воз­можностей страхователя. Последнее обстоятельство часто оказывается решающим в принятии предприятием решения об участии также и в добровольном медицинском страховании.

Тут можно заметить, что страховой тариф в складывающейся современной экономической ситу­ации для предприятий является серьезным дополнительным налоговым бременем, и чрезмерно высокий их уровень может принести к серьезному ущемлению интересов предприятий —- страхователей. Однако не следует забывать, что, согласно Закону, при заключении договора предприятие может принимать активное участие в согласовании размера страхового тарифа и критериев его диф­ференциации.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Как известно, медицинское страхование может выступать в форме обязательного и добровольного. Также доказано, что обе формы имеют свои достоинства и недостатки. Но обя­зательное медицинское страхование имеет одно неоспоримое преиму­щество — оно обеспечивает определенную надежность и регулярность поступления денежных средств, создавая тем самым возможность плани­рования медицинской помощи, включая меры профилактики.

Как показывает опыт, в странах с развитыми системами общественного здравоохранения преобладает, как правило, форма обязательного медицинского страхо­вания, а в странах, где больше распространены частные (коммерческие и некоммерческие) страховые программы, используется принцип добро­вольного страхования здоровья. Так, например, в Израиле добровольное медицинское страхование почти полностью построено на коммерческой основе, т.е. организуется обществами взаимопомощи, благотворительными и религиозными и другими некоммерческими организациями.

Добровольным также является дополнительное страхование здоровья в странах, где действует обязательное медицинское страхование населения. Например, дополнительное частное страхование очень широко распространено в Японии, где обязательное государственное страхование не обеспечивает общедоступности медицинской помощи.

Относительно России можно сделать вывод, что в этот сложный как для экономики, так и для системы здравоохранения период, когда реформирование только начато и проходит в сложнейших условиях перехода на рыночные условия, самофинансирование и самообеспечение, как никогда важным стал вопрос организации экономических учреждений в системе обязательного медицинского страхования, ответственных за материальную, экономическую и финансово-организационную стороны функционирования системы страховых учреждений.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

Печатные издания

1. Когаловская Э.Т., Левант Н.А. Справочное пособие по медицинскому страхованию в России. –М.:Науч.-информ. фирма “ЮКИС”, 1993. –63 с.
2. Комплект официальных материалов по медицинскому страхованию. М., 1993 (Заоч. школа повышения квалификации врачей).
3. Лисицын Ю.П. и др. Медицинское страхование. М.:Медицина, 1995. –143 с.
4. Миронов А.А. и др. Медицинское страхование. М.:Наука, 1994. –311 с.
5. Организация обязательного медицинского страхования на территориальном уровне. М. –152 с.
6. Семенков А.В. Медицинское страхование. М.:Финстатинформ, 1993. –139 с.

Периодические издания

1. Ж. Вестник обязательного медицинского страхования. 2001. №2. С.3-8.
2. Ж. Вестник обязательного медицинского страхования. 1999. №2. С.36-40.
3. Ж. Здравоохранение РФ. 1998. №1. С.25-28.
4. Медицинская газета. 2001. 9 нояб. С.4-5.
5. Г. Медицинский вестник. №5-6 (1-15 марта). С.15-18.
6. Ж. Медицинская помощь. 2001. №3. С.3-9.
7. Ж. Медицина труда и промышленная экология. 2000. №9. С.1-8, 12-20.
8. Ж. Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1997. №2. С.33-36, 40-45.
9. Ж. Экономика здравоохранения. 2000. №11. С.5-9.
10. Ж. Экономика здравоохранения. 2000. №5/6. С.30-31.
11. Ж. Экономика здравоохранения. 2001. №4/5. С.10-13.