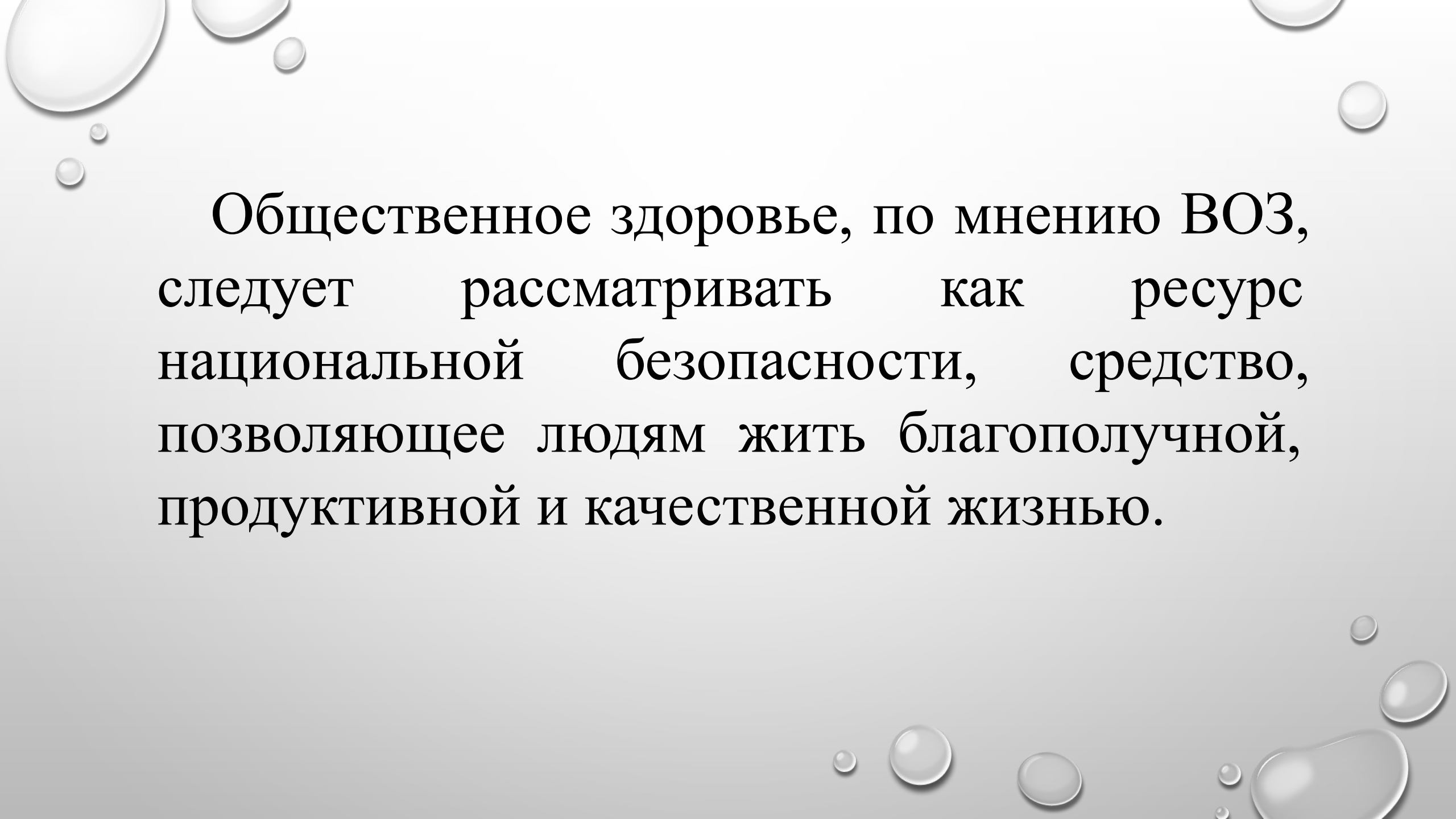


The background of the slide is a light gray gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance. The text is centered in the middle of the slide.

ЭКОНОМИКА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Здравоохранение — система социально-экономических и медицинских мероприятий, цель которых — сохранить и повысить уровень здоровья каждого отдельного человека и населения в целом.



Общественное здоровье, по мнению ВОЗ, следует рассматривать как ресурс национальной безопасности, средство, позволяющее людям жить благополучной, продуктивной и качественной жизнью.

Государственная политика России в последнее время больше внимания уделяет укреплению и сохранению здоровья населения.

В статье 41 Конституции Российской Федерации (1993 г.) закреплено право человека на охрану и укрепление здоровья.

С 01.01.12 года вступил в силу закон «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

Здоровье является экономической категорией:

Во-первых, здоровье оказывает прямое воздействие на производительность труда, и только полноценное здоровье позволяет добиваться высокой производительности труда.

Во-вторых, чем лучше состояние здоровья населения, тем меньше расходов на здравоохранение.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ):

Здоровье - не только отсутствие заболеваний и физических дефектов, но и состояние полного физического, психического и социального благополучия.

Общественное здоровье (социологическое понятие) – это состояние общества, которое обеспечивает условия для образа жизни людей, не обремененных заболеваниями, физическими и психическими расстройствами, т.е. такое состояние, когда обеспечивается формирование здорового образа жизни.

Показатели общественного здоровья:

- Индекс общественного здоровья (ИОЗ) – соотношение удельного веса факторов здорового и нездорового образа жизни.
- Индекс здорового образа жизни (ИЗОЖ) - % лиц, ведущих здоровый образ жизни.
- Потенциал общественного здоровья - это мера здоровья людей, накопленного обществом, и его резерв, создаваемый активным, здоровым образом жизни.



ИНДЕКС ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

Масштаб 1:30 000 000

Группы	Характеристика индекса общественного здоровья		Субъекты Российской Федерации
	в городах	в сельской местности	
1	удовлетворительный	удовлетворительный	Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Республика Мордовия, Республика Северная Осетия – Алания, Республика Татарстан (Татарстан), Ставропольский край
2	удовлетворительный	пониженный	Республики Адыгея (Адыгея), Республика Башкортостан, Чувашская Республика – Чувашия, Краснодарский край, Белгородская, Брянская, Волгоградская, Воронежская, Кировская, Курская, Липецкая, Омская, Орловская, Пензенская, Тамбовская, Ульяновская области
3	пониженный		Москва, Санкт-Петербург
4	удовлетворительный	низкий	Республики Марий Эл, Калужская, Рязанская области
5	пониженный	низкий	Владимирская, Смоленская, Томская, Тюменская, Ярославская области, Ханты-Мансийский автономный округ – Югра, Ямало-Ненецкий автономный округ
6	пониженный	удовлетворительный	Республика Калмыкия, Астраханская, Мурманская области
7	пониженный	пониженный	Удмуртская Республика, Алтайский край, Вологодская, Курганская, Московская, Нижегородская, Новосибирская, Оренбургская, Ростовская, Самарская, Челябинская области; Российская Федерация в целом
8	пониженный	низкий	Республика Карелия, Республика Коми, Пермский, Приморский, Хабаровский край, Архангельская, Ивановская, Калининградская, Конинская, Ленинградская, Свердловская, Тульская области, Ненецкий автономный округ
9	пониженный	очень низкий	Новгородская, Псковская, Тверская области, Чукотский автономный округ
10	низкий	пониженный	Магаданская, Читинская области, Агинский Бурятский автономный округ
11	низкий	низкий	Республика Бурятия, Республика Саха (Якутия), Красноярский край, Амурская, Камчатская, Сахалинская области, Еврейская автономная область, Корякский автономный округ; Таймырский (Долгано-Ненецкий), Эвенкийский автономные округа
12	низкий	очень низкий	Республика Алтай, Республика Хакасия, Иркутская, Кемеровская области, Усть-Ордынский Бурятский автономный округ
13	очень низкий	очень низкий	Республика Тыва

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

МАГИЧЕСКАЯ 5-КА

ЕЖЕДНЕВНАЯ НОРМА – 5 ПОРЦИЙ ОВОЩЕЙ И ФРУКТОВ



ЕЖЕДНЕВНАЯ НОРМА – 5 СТАКАНОВ ВОДЫ



НОРМА В ДЕНЬ – МИНИМУМ 5 ПРИЕМОВ ПИЩИ



10000 ШАГОВ В ДЕНЬ



ЗАМЕНА ТРЕНИРОВКИ

СНИЖАЮТ РИСК ИНФАРКТА И ИНСУЛЬТА В ДВА РАЗА



ПРОДЛЯТ ЖИЗНЬ НА 4,5 ГОДА

ИМТ

ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА

$$\text{ИНДЕКС} = \frac{\text{МАССА ТЕЛА (КГ)}}{\text{РОСТ (М.)}^2}$$



16 18,5 - 24,9 30

ОЖИРЕНИЕ ВЕДЕТ К ПОВЫШЕННОМУ РИСКУ САХАРНОГО ДИАБЕТА 2 ТИПА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ

21 ГОД
ПРИМЕРНО ЖИЛИ В
РИМСКОЙ ИМПЕРИИ

50 ЛЕТ
В СРЕДНЕМ ЖИВУТ В КОНГО

РОССИЯ
76-ЖЕН, 65-МУЖ

122 Г. 164 Д.
РЕКОРДСМЕНКА
ЖАННА ЛУИЗА КАЛЬМАН ИЗ ФРАНЦИИ

ЯПОНИЯ
87-ЖЕН, 80-МУЖ

39-41 ЛЕТ
ВОЗРАСТ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ
В СРЕДНИЕ ВЕКА

78-80 ЛЕТ
В СРЕДНЕМ ЖИВУТ В РОССИИ
ПРИДЕРЖИВАЮЩИЕСЯ ЗОЖ

120 Л. 237 Д.
РЕКОРДСМЕН
ШИГЕЧИО ИЗУМИ ИЗ ЯПОНИИ

Состояние общественного здоровья зависит от:

- биологических, психологических и наследственных свойств человека;
- природных воздействий (климат, погода, флора, фауна и др.);
- состояния окружающей среды (загрязнение химическими, физическими, биологическими агентами и др.);
- социально-экономических, политических и прочих факторов, обычно действующих через условия труда и быта;
- состояния служб здравоохранения, кадров, уровня медицинской науки.

Исследования, проведенные как у нас в стране, так и за рубежом, показали, что состояние здоровья определяется факторами образа жизни, т. е. труда и быта (от 50 до 55%), окружающей средой от 20 до 25%; генетическими факторами – от 15 до 20%; и организацией медицинской помощи – от 10 до 15%.

Российская система здравоохранения состоит из следующих секторов:

1. Государственная (бюджетная) система, включающая федеральные и региональные органы, учреждения здравоохранения и органы управления здравоохранением.

2. Система обязательного медицинского страхования, основными органами и учреждениями которой являются федеральные и территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации.

3. Система добровольного медицинского страхования, включающая медицинские учреждения любой формы собственности и страховые медицинские организации.

4. Частная система здравоохранения, включающая лечебно-профилактические, аптечные, научно-исследовательские и образовательные учреждения, создаваемые и финансируемые частными организациями, а также физическими лицами.

Функции общественной системе здравоохранение :

- *проведение социальной профилактики;*
- *оказание населению квалифицированной медицинской помощи;*
- *оказание населению медико-социальной помощи;*
- *информационная функция.*

Здравоохранительный комплекс РФ

1-ый подкомплекс

2-ой подкомплекс

3-ий подкомплекс

**Лечебно-
профилактический
подкомплекс**

Амбулаторно-
поликлинические
учреждения

Стационарные
учреждения

**Санаторно-
курортный
подкомплекс**

**Подкомплекс
аптечных
учреждений**



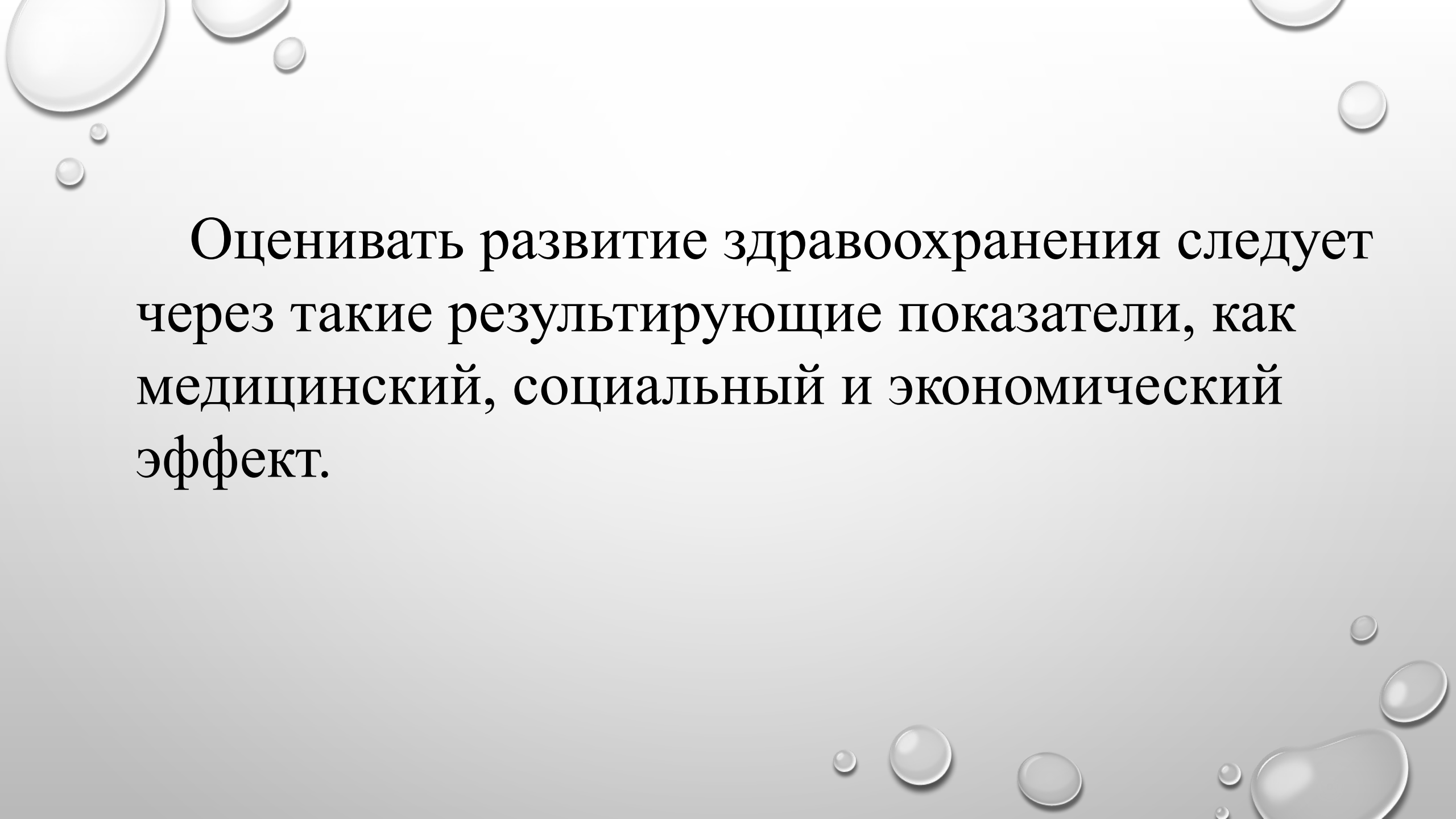
Функции медицинских учреждений:

-медицинская,

-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ,

-СОЦИАЛЬНАЯ.





Оценивать развитие здравоохранения следует через такие результирующие показатели, как медицинский, социальный и экономический эффект.

Медицинский эффект здравоохранения может оцениваться показателями, определяющими уровень и характер заболеваемости, и ее тенденциями, числом заболевших и здоровых людей; показателями, характеризующими объем и качество медицинской помощи, удовлетворенность населения качеством медицинской помощи.

Экономический эффект здравоохранения может оцениваться по его влиянию на экономику общества. При этом могут оцениваться общие экономические потери: экономический ущерб, который несет общество в связи с заболеваемостью населения; потери вследствие преждевременной смерти; ущерб от нарушения процесса воспроизводства; упущенная выгода в производстве ВВП из-за временной нетрудоспособности населения.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ, КОТОРЫЕ НЕСЕТ ОБЩЕСТВО В СВЯЗИ С ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬЮ НАСЕЛЕНИЯ

ПРЯМЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ:

- ЗАТРАТЫ НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ;
- ОПЛАЧИВАЕМЫЕ ЛИСТЫ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ;
- ПЕНСИИ ПО ИНВАЛИДНОСТИ.

КОСВЕННЫЕ ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОТЕРИ:

- СНИЖЕНИЕ ПРОИЗВОДИТЕЛЬНОСТИ ТРУДА;
- СНИЖЕНИЕ НАЦИОНАЛЬНОГО ДОХОДА НА УРОВНЕ ВСЕГО НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА В РЕЗУЛЬТАТЕ ВРЕМЕННОЙ ИЛИ СТОЙКОЙ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ ИЛИ

Снизить экономические потери государства возможно при условии:

- 1) улучшения материального обеспечения лечебных учреждений и повышения зарплаты медицинских работников;
- 2) профилактики хронических заболеваний и заболеваний инфекционного характера;
- 3) усиления гигиенического воспитания и обучения населения;
- 4) формирования у населения потребности к здоровому образу жизни;
- 5) внедрения в лечебный процесс передовых медицинских технологий.

Кроме экономического эффекта рассчитывается и экономическая эффективность — соотношение экономических выгод, полученных при проведении медицинских мероприятий и затрат на эти мероприятия.

Высокую экономическую эффективность имеют противоэпидемиологические мероприятия.

Так, экономическая эффективность мероприятий по вакцинации против полиомиелита составила 42 руб. на 1 руб. затрат, против дифтерии — 37 руб. на 1 руб. затрат.

Социальный эффект здравоохранения может измеряться такими показателями, как продолжительность жизни, качество жизни, демографические сдвиги (рождаемость, смертность, естественный прирост населения). Очевидно, что социальный эффект здравоохранения связан с удовлетворением потребностей населения в здоровье и одновременно зависит от множества социально-экономических факторов.

Таким образом, здоровье населения и экономика тесно связаны друг с другом.

С одной стороны, экономические достижения в обществе, уровень экономического развития, благосостояния существенно отражаются на состоянии здоровья населения.

С другой стороны, здоровье населения – это способность к воспроизводству трудового потенциала, трудовых ресурсов, с чем связано увеличение производительных сил.

Экономика здравоохранения – отраслевая экономическая наука, которая изучает действие экономических законов в конкретных условиях производства и потребления медицинских услуг, а также условия и факторы, обеспечивающие наиболее полное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения при определенном уровне ресурсов.

Возникновение новой научной дисциплины — экономики здравоохранения обусловлено:

- формированием здравоохранения как крупнейшей отрасли народного хозяйства, что связано с ростом спроса на медицинские услуги;
- необходимостью рационального планирования и эффективного использования материальных, трудовых и финансовых средств здравоохранения, как ресурсоемкой отрасли народного хозяйства;
- особым местом здравоохранения в системе общественного производства как ресурсосберегающей отрасли;
- повышением экономической значимости системы здравоохранения в сохранении и укреплении здоровья населения, что приносит огромный экономический эффект.

Важнейшие направления развития экономики здравоохранения:

- определение видов, объемов медицинских услуг с организационно-правовым обеспечением;
- экономическая оценка эффективности использования ресурсов здравоохранения;
- финансовое обеспечение деятельности ЛПУ с экономическим его обоснованием;
- экономическая оценка профессиональной деятельности работников здравоохранения;
- отработка экономических методов хозяйствования с учетом особенностей здравоохранения;
- разработка системы менеджмента и маркетинга, включая отработки действенных форм пропаганды новых методов лечебно-профилактической деятельности.

Здравоохранение относится к сфере услуг.

Характер услуг, оказываемых в медицинских учреждениях весьма многообразен.

С точки зрения потребителя, *медицинская услуга* — это определенный набор медицинских мероприятий (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных), проводимых в отношении одного пациента по единичному (или нозологическому) поводу его контакта с медицинским учреждением, имеющего законченное значение.

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ **МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**

1. ЧАСТЬ ИЗ НИХ ОБЛАДАЕТ СВОЙСТВОМ «ОБЩЕСТВЕННЫХ ТОВАРОВ», НА КОТОРЫЕ НЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ПРИНЦИП ИСКЛЮЧЕНИЯ ДРУГИХ ЛИЦ ИЗ ПРОЦЕССА ПОТРЕБЛЕНИЯ (НАПРИМЕР, СРЕДСТВА СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ).

2. ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ НОСИТ ХАРАКТЕР ЛИЧНОГО КОНТАКТА.

3. СУЩЕСТВУЕТ АСИММЕТРИЯ ИНФОРМАЦИИ У ПОТРЕБИТЕЛЯ И ПРОИЗВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ПОСКОЛЬКУ ПАЦИЕНТ КАК ПОТРЕБИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ НЕ ОБЛАДАЕТ ДОСТАТОЧНЫМИ ЗНАНИЯМИ, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛИЛИ БЫ ЕМУ САМОМУ ОЦЕНИТЬ ОБЪЕМ, КАЧЕСТВО И ЦЕНУ ПРЕДЛАГАЕМЫХ УСЛУГ. УКАЗАННАЯ АСИММЕТРИЯ

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ **МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:**

4. ВЫСОКА ВЕРОЯТНОСТЬ МОНОПОЛИЗАЦИИ УНИКАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ, ВЕДУЩАЯ К НЕОПРАВДАННОМУ РОСТУ ЕЕ СТОИМОСТИ.

5. ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ НОСИТ ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ХАРАКТЕР, ПО СУТИ ДЕЛА ОТСУТСТВУЕТ ВОЗМОЖНОСТЬ СУБСТИТУЦИИ. ЭТО ОБУСЛОВЛИВАЕТ ТО ОБСТОЯТЕЛЬСТВО, ЧТО ВЫСОКАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПРИОРИТЕТНОСТЬ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ СОЧЕТАЕТСЯ С НИЗКОЙ ЭЛАСТИЧНОСТЬЮ СПРОСА НА НИХ.

6. ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГИ НЕ ВСЕГДА ПРОСЛЕЖИВАЕТСЯ ЧЕТКАЯ СВЯЗЬ МЕЖДУ ЗАТРАТАМИ ТРУДА МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ЕГО КОЛИЧЕСТВЕННЫМИ РЕЗУЛЬТАТАМИ.

Рынок медицинских услуг – совокупность медицинских технологий, изделий, медицинской техники, методов организации медицинской деятельности, фармакологических средств, реализуемых в условиях конкурентной экономики.

Структуру рынка медицинских услуг можно представить следующим образом:

1. *по экономическому назначению объектов рыночных отношений* выделяют: рынок лекарственных препаратов; рынок медицинского оборудования и техники; рынок научно-медицинских разработок; рынок непосредственных медицинских услуг; рынок труда медицинского персонала; и т.д.

2. *по степени ограничения конкуренции* - монополистический и свободный;

3. *по отношению к закону* – легальный и нелегальный;

4. *по территориальному признаку* - местный; региональный; общенациональный; международный.

5. *по характеру оказываемых услуг (по отраслевому признаку)* – стоматологических, хирургических, педиатрических услуг и т.д.



Стратегия развития и реформирования системы здравоохранения зафиксирована в государственной программе Российской Федерации «Развитие здравоохранения», базирующейся на системных федеральных законах «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и «Об обязательном медицинском страховании».

Цель государственной программы - обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:

1. ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ И ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ;
2. РАЗВИТИЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ;
3. РАЗРАБОТКА ПОРЯДКОВ И КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ;
4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ И МЕДИЦИНСКИМИ ИЗДЕЛИЯМИ;
5. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ;

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:

6. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, МЕДИЦИНСКОЙ ЭВАКУАЦИИ;
7. РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ ДЕТЯМ;
8. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ;
9. ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА;

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ:

11. РАЗВИТИЕ И ВНЕДРЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ, А ТАКЖЕ ОСНОВ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНЫ;
12. РАЗВИТИЕ МЕЖДУНАРОДНЫХ ОТНОШЕНИЙ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ;
13. ЭКСПЕРТИЗА И КОНТРОЛЬНО-НАДЗОРНЫЕ ФУНКЦИИ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ;
14. МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ГРАЖДАН.

Все существующие системы здравоохранения сводятся к трем основным моделям:

платная медицина, основанная на рыночных принципах с использованием частного медицинского страхования;

государственная медицина с бюджетной системой финансирования;

система здравоохранения, основанная на принципах социального страхования и регулирования рынка с многоканальной системой финансирования.

Для первой модели характерно предоставление медицинской помощи преимущественно на платной основе, за счет самого потребителя медицинских услуг, отсутствие единой системы государственного медицинского страхования.

Главным инструментом удовлетворения потребностей в медицинских услугах является рынок медицинских услуг.

Ту часть потребностей, которая не удовлетворяется рынком (малообеспеченные слои населения, пенсионеры, безработные) берет на себя государство путем разработки и финансирования общественных программ медицинской помощи.

Такую модель обычно называют платной, рыночной, американской, иногда – системой частного страхования.

Вторая модель характеризуется значительной ролью государства. Финансирование здравоохранения осуществляется главным образом из госбюджета, за счет налогов с предприятий и населения. Население страны получает медицинскую помощь бесплатно (за исключением небольшого набора медицинских услуг).

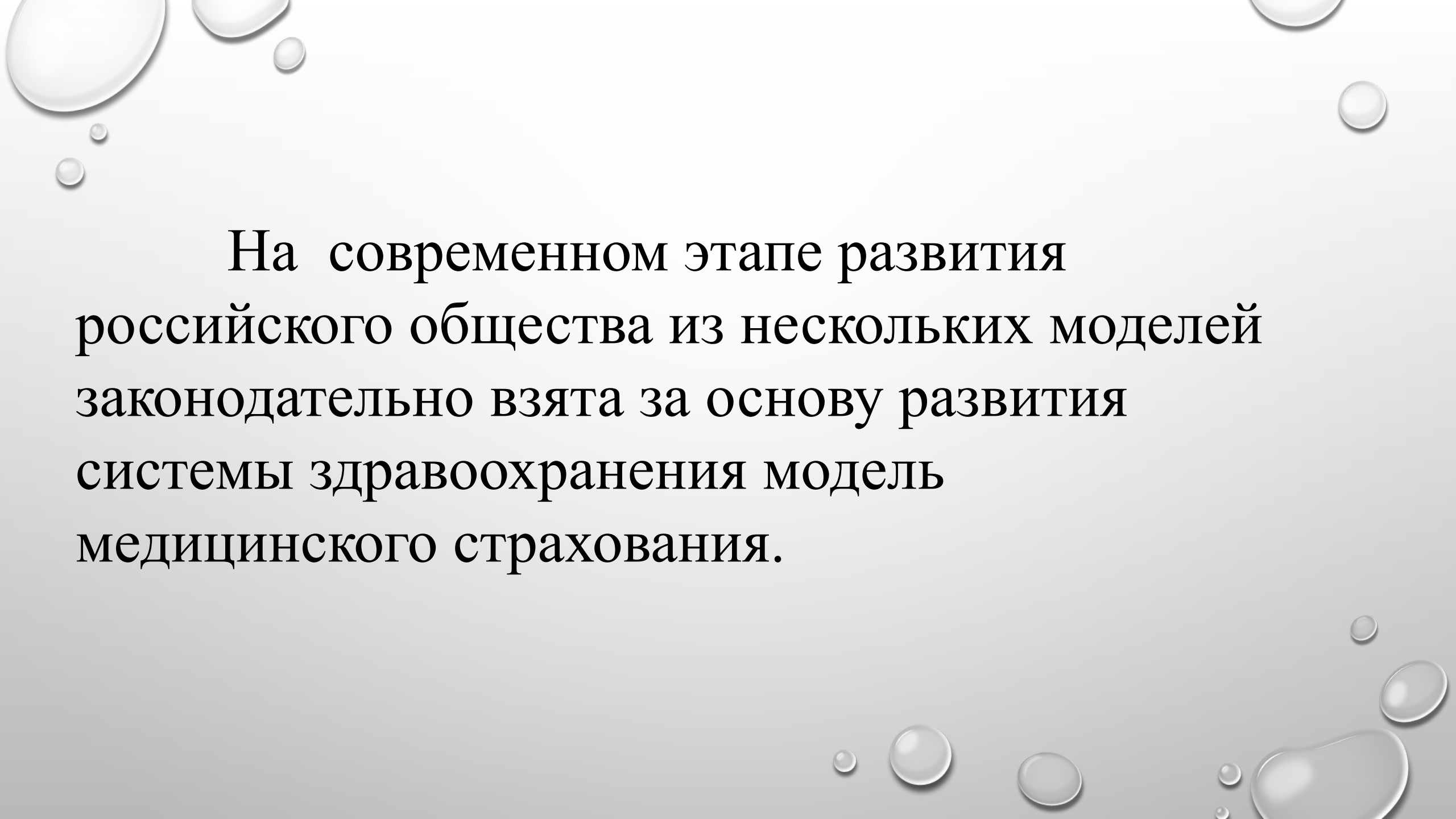
Таким образом, государство является главным покупателем и поставщиком медицинской помощи, обеспечивая удовлетворение большей части общественной потребности в услугах здравоохранения. Рынку здесь отведена второстепенная роль, как правило, под контролем государства.

Данную модель называют государственной, бюджетной, госбюджетной.

Третью модель определяют как социально-страховую или систему регулируемого страхования здоровья.

Данная модель здравоохранения опирается на принципы смешанной экономики, сочетая в себе рынок медицинских услуг с развитой системой государственного регулирования и социальных гарантий, доступности медицинской помощи для всех слоев населения. Она характеризуется, в первую очередь, наличием обязательного медицинского страхования всего или почти всего населения страны при определенном участии государства в финансировании страховых фондов.

Многоканальная система финансирования (из прибыли страховых организаций, отчислений от зарплаты, государственного бюджета) создает необходимую гибкость и устойчивость финансовой базы социально-страховой медицины.



На современном этапе развития
российского общества из нескольких моделей
законодательно взята за основу развития
системы здравоохранения модель
медицинского страхования.

Медицинское страхование – это вид социального страхования, форма социальной защиты интересов населения в охране здоровья.

Цель медицинского страхования – обеспечение гарантии гражданам при возникновении страхового случая получение медицинской помощи за счет накопленных средств и финансирование мероприятий по профилактике заболеваний.

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- ***ОБЪЕКТ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ*** - СТРАХОВОЙ РИСК, СВЯЗАННЫЙ С ВОЗНИКНОВЕНИЕМ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ;
- ***СТРАХОВОЙ РИСК*** - ПРЕДПОЛАГАЕМОЕ СОБЫТИЕ, ПРИ НАСТУПЛЕНИИ КОТОРОГО ВОЗНИКАЕТ НЕОБХОДИМОСТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ РАСХОДОВ НА ОПЛАТУ ОКАЗЫВАЕМОЙ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ;
- ***СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ*** - СОВЕРШИВШЕЕСЯ СОБЫТИЕ (ЗАБОЛЕВАНИЕ, ТРАВМА, ИНОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ), ПРИ НАСТУПЛЕНИИ КОТОРОГО ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ ПРЕДОСТАВЛЯЕТСЯ СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ;

ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

- ***СТРАХОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ*** ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ - ИСПОЛНЕНИЕ ОБЯЗАТЕЛЬСТВ ПО ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ НЕОБХОДИМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ НАСТУПЛЕНИИ СТРАХОВОГО СЛУЧАЯ И ПО ЕЕ ОПЛАТЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ;
- ***СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ*** НА ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ - ОБЯЗАТЕЛЬНЫЕ ПЛАТЕЖИ, КОТОРЫЕ УПЛАЧИВАЮТСЯ СТРАХОВАТЕЛЯМИ;
- ***ЗАСТРАХОВАННОЕ ЛИЦО*** - ФИЗИЧЕСКОЕ ЛИЦО, НА КОТОРОЕ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В СООТВЕТСТВИИ С НАСТОЯЩИМ ФЕДЕРАЛЬНЫМ ЗАКОНОМ.

**В РФ установлены две формы
медицинского страхования:**

1. обязательное медицинское страхование,
2. добровольное медицинское страхование.

ОМС

ДМС

Общественное	Частное
Одно из видов социального страхования	Вид личного страхования
Финансовая некоммерческая деятельность	Финансовая коммерческая деятельность
Всеобщее	Индивидуальное или групповое
Осуществляется государственными (фонды ОМС) организациями	Осуществляется различными организациями различных форм собственности.
Страховщики: страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ОМС и ТФ ОМС	Страховщики: страховые медицинские организации, имеющие лицензию на проведение ДМС
Страхователи: для работающего населения – работодатели; для неработающего населения администрация субъектов Р. Ф., местная администрация	Страхователи: юридические и физические лица, представляющие интересы граждан
Источник средств - взносы работодателей, включаемые в себестоимость товаров и услуг (% к фонду оплаты труда), около 1% платежи из бюджета (за неработающее населения)	Источник средств – личные доходы граждан, средства предприятий и организаций (1% себестоимости продукции)
Программа – гарантированные услуги определённого объёма и качества, утверждаемы органами государственной власти (базовая программа)	Программа может включать любой набор услуг. Разрабатывается страховой медицинской организацией
Правила страхования определяются государством	Правила страхования разрабатываются страховщиком
Страховые тарифы утверждаются законом, тарифы на медицинские услуги рассчитываются по единой методике и утверждаются субъектами ОМС	Страховые тарифы определяются в соответствии с теорией и практикой расчёта страховой премии. Цена договорная

В России в соответствии со статьей 82 Федерального «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступившего в силу с 1 января 2012 г., *источниками финансового обеспечения в сфере охраны здоровья являются:*

Бюджетные средства - средства федерального бюджета, бюджетов республик в составе РФ и местных бюджетов, т.е. бюджетов всех уровней.

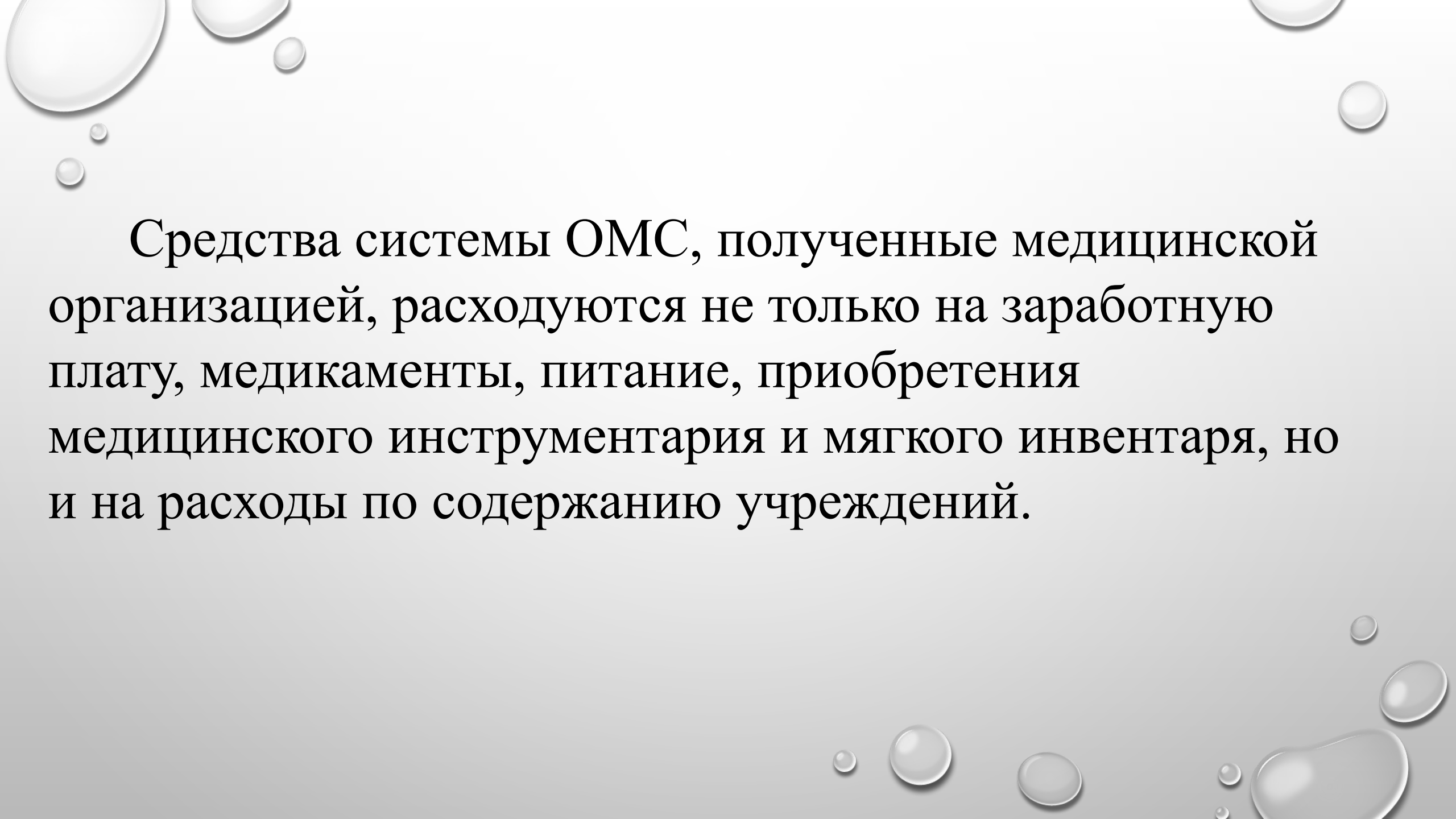
Средства системы ОМС, поступающие от государственных и общественных организаций (объединений), предприятий и других хозяйствующих субъектов.

Внебюджетные средства

Перечень всех учреждений и мероприятий, финансируемых из бюджета, указан в «Программе государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью».

Из федерального бюджета финансируются все Федеральные центры и научно-исследовательские институты, федеральные реабилитационные центры, федеральные целевые программы, действующие ранее («Сахарный диабет», «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в России», «АнтиВИЧ/СПИД», «Дети России» и многие другие).

Из бюджета субъекта Федерации финансируются специализированные диспансеры: противотуберкулезные, психоневрологические, кожно-венерологические, наркологические, станции переливания крови, приобретение дорогостоящего медицинского оборудования; финансирование дорогостоящих видов диагностики и лечение, научные исследования; бесплатное льготное обеспечение лекарствами граждан и др.



Средства системы ОМС, полученные медицинской организацией, расходуются не только на заработную плату, медикаменты, питание, приобретения медицинского инструментария и мягкого инвентаря, но и на расходы по содержанию учреждений.

Внебюджетные средства:

- средства добровольного медицинского страхования (ДМС),
- личные средства граждан (платные услуги),
- благотворительные взносы и пожертвования,
 - доходы от ценных бумаг,
 - кредиты банков,
 - другие источники, не запрещенные законом.

- Средства, полученные из всех источников, составляют единый фонд финансовых средств учреждения строго учитываются и контролируются.

Их расходование осуществляется согласно утвержденным финансовым планам, представляющим собой хозрасчетную смету. Финансовый план содержит план доходов и план (или смету) расходов.