

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Страховые риски в здравоохранении»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск, 2020

Методические материалы дисциплины «Страховые риски в здравоохранении», относящейся к вариативной части учебного плана, составленного на основании ФГОС ВО по направлению подготовки 38.03.02 Менеджмент, квалификация выпускника «Бакалавр», утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 января 2016 г. № 7.

Составители методических материалов:

Канд. экон. наук, доцент кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ Д.Г. Багдасарян

Старший преподаватель кафедры
экономики и организации
здравоохранения и фармации


_____ М.В. Шкуратова

Методические материалы переработаны, рассмотрены и одобрены на заседании кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации протокол № 1 от «27» августа 2020 г.

И.о. заведующий кафедрой экономики
и организации здравоохранения
и фармации, канд. социол. наук


_____ О.В. Котовская

Методические материалы одобрены учебно-методической комиссией по циклу гуманитарных дисциплин

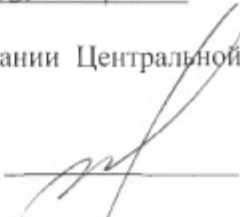
протокол № 1 от 31 августа 2020 г.

Председатель УМК


_____ Е.В. Говердовская

Методические материалы утверждены на заседании Центральной методической комиссии

Председатель ЦМК


_____ М.В. Черников

Содержание

1. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для преподавателей по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)
2. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для студентов по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата)
3. Методические материалы (указания, разработки, рекомендации) для самостоятельной работы студентов по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....
4. Методическое обеспечение занятий лекционного типа
5. Фонд оценочных средств для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации, обучающихся по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении» направление подготовки 38.03.02 Менеджмент, (уровень бакалавриата).....

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для преподавателей
по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»
(уровень бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВЫХ РИСКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков проведения внешнего и внутреннего мониторинга страховых рисков в здравоохранении.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

- анализа воздействия макроэкономической среды и органов государственного и муниципального управления на функционирование организаций, осуществляющих страхование и финансирование рисков на рынке здравоохранения

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.
- Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении.
- Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.
- Основные подходы к классификации страховых рисков.
- Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.

Формируемые компетенции: ПК-9, ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения. Основные подходы к классификации страховых рисков. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля

3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков понимания функций страхования, их проявление и использование в процессе хозяйствования.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

- использования методов выявления и анализа рыночных и специфических страховых рисков медицинских организаций;
- анализа поведения потребителей экономических благ на рынке медицинских страховых услуг.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.
- Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.
- Юридические методы управления рисками. Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.
- Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.
- Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.

Формируемые компетенции: ПК-9, ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10
4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения. Юридические методы управления рисками.

Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении. Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования. Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ НА РЫНКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков анализа состава расходов страховой компании, и определение порядка формирования взаимоотношений на рынке здравоохранения.

Место проведения: учебная аудитория.

Время проведения: 2 часа

Перечень практических навыков:

- построения механизма формирования спроса на рынке медицинского страхования и управления страховыми рисками;
- использования методов прогноза поведения страховых организаций, изменения структур рынков медицинского страхования и конкурентной среды отрасли.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.
- Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.
- Зоны риска и ситуации неопределенности.
- Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.
- Учет и контроль в системе управления страховыми рисками. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

Формируемые компетенции: ПК-9, ПК-15

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

Хронокарта карта занятия

№	Этап занятия	Время/мин.
1	Организация занятия	10
2	Определения цели и темы занятия	5
3	Выявление исходного уровня знаний	10

4	Разбор основных вопросов практического занятия	20
5	Выполнение практической работы	30
6	Проведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний.	15

Краткое содержание темы:

Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении. Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении. Зоны риска и ситуации неопределенности. Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования. Учет и контроль в системе управления страховыми рисками. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л.1.1	Уколов, А.И.	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru/	Москва : Директ-Медиа, 2017	
Л.1.2	. Бадалова А.Г	Страховое дело и инструменты страховой защиты в риск-менеджменте / А.Г. Бадалова, В.Г. Ларионов, Г.В. Ларионов и др. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2016. – 135 с. : граф., табл., схем., ил. – Режим доступа:.. – URL: http://biblioclub.ru	Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2016	
Л.1.3	Цыганова О.А	Цыганова О.А. Медицинское страхование. [Текст]: учеб. пособие /И. В. Ившин ; М.: ИНФРА-М, 2015.- 176 с	М.: ИНФРА-М, 2015	
Л.1.4	И.П. Хоминич, Е.В. Дик	Страхование. [Текст]: учеб. и практикум для прикладного бакалавриата под ред. И.П. Хоминич, Е.В. Дик. - М.: Юрайт, 2016.- 437 с.	М.: Юрайт, 2016	5
7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во

Л2.1	Земцова, Л.В.	Земцова, Л.В. Страхование [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.В. Земцова; Министерство образования и науки Российской Федерации, Томский Государственный Университет Систем Управления и Радиоэлектроники (ТУСУР), Факультет дистанционного обучения. – 2-е изд., доп. – Томск: ТУСУР, 2015. – 144 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Томск: ТУСУР, 2015	
Л.2.2	Г.В. Чернова	Страхование и управление рисками. [Текст]: учеб. под ред. Г.В. Черновой. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2014.- 768 с.	М.: Юрайт, 2014	5
Л.2.3	А.И. Уколов	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	М. : Директ-Медиа, 2017	
Л.2.4	Ермасов С.В.	Ермасов С.В. Страхование. [Текст]: учеб. для бакалавров /Н. Б. Ермасова ; Саратовский гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. Экономич. фак. - 5-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2016.- 791 с	М.: Юрайт, 2016	2
Л.2.5	Козлова, О.Н.	Козлова, О.Н. Теория и история страхования [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.Н. Козлова, М.В. Соколовский. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011. – 220 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011	
Л.2.6	А. Медик, В. К. Юрьев.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru .	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru/	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399 000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
<ol style="list-style-type: none"> 1. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г. 2. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License 1FB6161121102233870682. 100 лицензий. 3. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712. 4. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017 				

5. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
6. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
7. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.
8. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»
9. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017
10. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»
11. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)

Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.

7.4. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

1. ecsocman.edu.ru/ - библиотека экономической литературы
2. www.cefir.ru/projects.html - ЦЭФИР - центр экономических и финансовых исследований
3. www.gks.ru/ - Госкомстат России
4. www.beafnd.org/ - Фонд Бюро Экономического Анализа
5. www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных).
6. www.scopus.com – крупнейшая в мире единая реферативная база данных (профессиональная база данных).
7. <http://pruss.narod.ru/lybr.html> - электронные библиотеки, журналы, правовые системы и словари.
8. Центр макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования. Режим доступа: www.forecast.ru (профессиональная база данных);
9. <http://www.healthreform.ru/> - Центральный НИИ организации информатизации здравоохранения

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для студентов
по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень
бакалавриата)**

Пятигорск 2020

Занятие № 1

ТЕМА: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВЫХ РИСКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков проведения внешнего и внутреннего мониторинга страховых рисков в здравоохранении.

Перечень практических навыков:

- анализа воздействия макроэкономической среды и органов государственного и муниципального управления на функционирование организаций, осуществляющих страхование и финансирование рисков на рынке здравоохранения

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.
- Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении.
- Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.
- Основные подходы к классификации страховых рисков.
- Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.

Краткое содержание темы:

Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения. Основные подходы к классификации страховых рисков. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 2

ТЕМА: МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков понимания функций страхования, их проявление и использование в процессе хозяйствования.

Перечень практических навыков:

- использования методов выявления и анализа рыночных и специфических страховых рисков медицинских организаций;

- анализа поведения потребителей экономических благ на рынке медицинских страховых услуг.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.
- Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.
- Юридические методы управления рисками. Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.
- Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.
- Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.

Краткое содержание темы:

Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения. Юридические методы управления рисками. Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении. Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования. Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Занятие № 3

ТЕМА: ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ НА РЫНКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Цель: Закрепление теоретических знаний и формирование практических навыков анализа состава расходов страховой компании, и определение порядка формирования взаимоотношений на рынке здравоохранения.

Перечень практических навыков:

- построения механизма формирования спроса на рынке медицинского страхования и управления страховыми рисками;
- использования методов прогноза поведения страховых организаций, изменения структур рынков медицинского страхования и конкурентной среды отрасли.

Основные вопросы, предлагаемые для обсуждения:

- Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.
- Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.
- Зоны риска и ситуации неопределенности.
- Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.
- Учет и контроль в системе управления страховыми рисками. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

Краткое содержание темы:

Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении. Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении. Зоны риска и ситуации неопределенности. Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования. Учет и контроль в системе управления страховыми рисками. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

Основные этапы работы на практическом занятии:

1. Организация занятия
2. Проведение входного контроля
3. Анализ допущенных ошибок
4. Выполнение практической работы
5. Подведение итогов занятия и проверка итогового уровня знаний

Список литературы:

7.1. Рекомендуемая литература				
7.1.1. Основная литература				
№	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л.1.1	Уколов, А.И.	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru/	Москва : Директ-Медиа, 2017	
Л.1.2	. Бадалова А.Г	Страховое дело и инструменты страховой защиты в риск-менеджменте / А.Г. Бадалова, В.Г. Ларионов, Г.В. Ларионов и др. – Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2016. – 135 с. : граф., табл., схем., ил. – Режим доступа:.. – URL: http://biblioclub.ru	Москва : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2016	
Л.1.3	Цыганова О.А	Цыганова О.А. Медицинское страхование. [Текст]: учеб. пособие /И. В. Ившин ; М.: ИНФРА-М, 2015.- 176 с	М.: ИНФРА-М, 2015	
Л.1.4	И.П. Хоминич, Е.В. Дик	Страхование. [Текст]: учеб. и практикум для прикладного бакалавриата под ред. И.П. Хоминич, Е.В. Дик. - М.: Юрайт, 2016.- 437 с.	М.: Юрайт, 2016	5

7.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л.2.1	Земцова, Л.В.	Земцова, Л.В. Страхование [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л.В. Земцова; Министерство образования и науки Российской Федерации, Томский Государственный Университет Систем Управления и Радиоэлектроники (ТУСУР), Факультет дистанционного обучения. – 2-е изд., доп. – Томск: ТУСУР, 2015. – 144 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Томск: ТУСУР, 2015	
Л.2.2	Г.В. Чернова	Страхование и управление рисками. [Текст]: учеб. под ред. Г.В. Черновой. - 2-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2014.- 768 с.	М.: Юрайт, 2014	5
Л.2.3	А.И. Уколов	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации [Электронный ресурс]: учебное пособие / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	М. : Директ-Медиа, 2017	
Л.2.4	Ермасов С.В.	Ермасов С.В. Страхование. [Текст]: учеб. для бакалавров /Н. Б. Ермасова ; Саратовский гос. ун-т им. Н.Г. Чернышевского. Экономич. фак. - 5-е изд., перераб. и доп. М.: Юрайт, 2016.- 791 с	М.: Юрайт, 2016	2
Л.2.5	Козлова, О.Н.	Козлова, О.Н. Теория и история страхования [Электронный ресурс]: учебное пособие / О.Н. Козлова, М.В. Соколовский. – Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011. – 220 с. – Режим доступа: http://biblioclub.ru	Кемерово: Кемеровский государственный университет, 2011	
Л.2.6	А. Медик, В. К. Юрьев.	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru .	М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013	
7.2. Электронные образовательные ресурсы				
1	Уколов, А.И. Управление рисками страховой организации / А.И. Уколов. – 2-е изд., стер. – Москва : Директ-Медиа, 2017. – 468 с. : ил., схем., табл. – Режим доступа: http://biblioclub.ru/	Договор №551-11/19 «Об оказании информационных услуг» от 02.12.2019 г. (ЭБС «Университетская библиотека online»). Срок действия с «01» января 2020 г. по «31» декабря 2020 г.		
2	Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / В. А. Медик, В. К. Юрьев. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 608 с. - Режим доступа: - http://www.studmedlib.ru	Контракт №73ИКЗ 191344404847226324300100090026399 000 от 12 ноября 2019 г. (ЭБС «Консультант студента»). Срок действия с 1 января 2020 г. по 31 декабря 2020 г.		
7.3. Программное обеспечение				
12. Microsoft Office 365. Договор с ООО СТК «ВЕРШИНА» №27122016-1 от 27 декабря 2016 г.				
13. Kaspersky Endpoint Security Russian Edition. 100149 Educational Renewal License				

1FB6161121102233870682. 100 лицензий.

14. Office Standard 2016. 200 лицензий OPEN 96197565ZZE1712.
 15. Microsoft Open License :66237142 OPEN 96197565ZZE1712. 2017
 16. Microsoft Open License : 66432164 OPEN 96439360ZZE1802. 2018.
 17. Microsoft Open License : 68169617 OPEN 98108543ZZE1903. 2019.
 18. Операционные системы OEM, OS Windows XP; OS Windows 7; OS Windows 8; OS Windows 10. На каждом системном блоке и/или моноблоке и/или ноутбуке. Номер лицензии скопирован в ПЗУ аппаратного средства и/или содержится в наклеенном на устройство стикере с голографической защитой.
 19. Система автоматизации управления учебным процессом ООО «Лаборатория ММИС»
 20. Доступ к личному кабинету в системе «4Portfolio». Договор № В-21.03/2017 203 от 29 марта 2017
 21. Доступ к личному кабинету в системе «ЭИОС»
 22. Система электронного тестирования VeralTest Professional 2.7. Акт предоставления прав № ИТ178496 от 14.10.2015 (бессрочно)
- Statistica Basic 10 for Windows Ru License Number for PYATIGORSK MED PHARM INST OF VOLGOGRAD MED ST UNI (PO# 0152R, Contract № IE-QPA-14-XXXX) order# 310209743.

7.4. Перечень профессиональных баз данных и информационных справочных систем

10. ecsocman.edu.ru/ - библиотека экономической литературы
11. www.cefir.ru/projects.html - ЦЭФИР - центр экономических и финансовых исследований
12. www.gks.ru/ - Госкомстат России
13. www.beafnd.org/ - Фонд Бюро Экономического Анализа
14. www.elibrary.ru – национальная библиографическая база данных научного цитирования (профессиональная база данных).
15. www.scopus.com – крупнейшая в мире единая реферативная база данных (профессиональная база данных).
16. <http://pruss.narod.ru/lybr.html> - электронные библиотеки, журналы, правовые системы и словари.
17. Центр макроэкономического анализа и краткосрочного прогнозирования. Режим доступа: www.forecast.ru (профессиональная база данных);
18. <http://www.healthreform.ru/> - Центральный НИИ организации информатизации здравоохранения

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –

**филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Автор: Ю.В. Золотарева

**Методические материалы (указания, разработки,
рекомендации) для самостоятельной работы студентов
по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении»**

**Направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент»
(уровень бакалавриата)**

Пятигорск 2020

ТЕМА 1: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВЫХ РИСКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.
2. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении.
3. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.
4. Основные подходы к классификации страховых рисков.
5. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.
6. Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.
7. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.
8. Юридические методы управления рисками.

Вопросы для самопроверки:

1. Опишите административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.
2. Какова сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.
3. Перечислите особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.
4. Назовите и опишите факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.
5. Опишите процедуру подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.
6. Опишите зоны риска и ситуации неопределенности.
7. Назовите методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.
8. Какова роль учета и контроля в системе управления страховыми рисками в здравоохранении.

Задания для практического занятия:

Задача №1

Страховая медицинская компания заключила с предприятием договор на добровольное медицинское страхование (ДМС) 400 сотрудников. Средняя стоимость обслуживания одного пациента в поликлиниках, с которыми медицинская страховая компания имеет договор, составляет 200 д.е. в год, вероятность госпитализации 20%, средняя стоимость лечения одного больного в стационарах, с которыми страховая компания имеет договор,

составляет 700 д.е. за курс. Накладные расходы медицинской страховой компании на ведение дел в расчете на одного застрахованного составляют в среднем 30 д.е., планируемая прибыль компании равна 25%. Рассчитать годовой страховой взнос промышленного предприятия на добровольное медицинское страхование 400 сотрудников.

Задача №2

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Часть страхового тарифа, предназначенная для покрытия страховых выплат
 - а) брутто-тариф (брутто-ставка)
 - б) нетто-тариф (нетто-ставка)
 - в) нагрузка
2. Формы осуществления страхования по законодательству РФ
 - а) частное и государственное
 - б) обязательное и добровольное
 - в) индивидуальное и взаимное
 - г) личное и коллективное
3. Страховая премия – это ...
 - а) плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или Законом
 - б) денежная сумма, которую платит страховщик страхователю при наступлении страхового случая
 - в) определенная договором страхования или установленная законом денежная сумма в размере страховой ответственности, принимаемой на себя страховщиком
4. Часть страхового тарифа, предназначенная для покрытия затрат на проведение страхования, фонда предупредительных мероприятий и прибыли
 - а) нетто-ставка
 - б) нагрузка
 - в) рисковая надбавка
 - г) брутто-ставка
 - д) дельта-надбавка
5. Соглашение между страховщиком и страхователем, регулирующее их взаимные обязательства
 - а) правила страхования
 - б) договор страхования
 - в) меморандум страхования
 - г) аварийный сертификат

- д) договор перестрахования
6. Плата за страхование (страховую услугу), которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или Законом, называется ...
- а) страховым возмещением
 - б) страховым обеспечением
 - в) страховой премией
 - г) страховым тарифом
7. Срок действия лицензии ограничен
- а) да
 - б) нет
 - в) да, если это оговорено при ее выдаче
8. Первичное страхование-это ...
- а) передача риска от страховщика другой страховой компании
 - б) предоставление страховой защиты клиентам
 - в) страхование крупных промышленных рисков
 - г) защита своего капитала или труда от непредвиденных событий
9. Объектами личного страхования могут быть имущественные интересы, связанные с ...
- а) жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением страхователя или застрахованного лица
 - б) владением, пользованием, распоряжением имуществом возмещением страхователем причиненного им вреда личности или имуществу физического или юридического лица
- перестрахованием
10. Лицензирование страховой деятельности на территории РФ осуществляет ...
- а) министерство финансов РФ
 - б) Федеральная служба по надзору за страховой деятельностью
 - в) Государственный комитет по вопросам развития страхования РФ
 - г) Государственный комитет по антимонопольной политике

ТЕМА 2:

МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.
2. Основные формы политики управления рисками в здравоохранении.
3. Тактическое управление рисками.
4. Финансирование риска при страховании в медицинских учреждениях.
5. Управление рисками в здравоохранении, принимаемыми по договорам страхования.

6. Функции страхования, их проявление и использование в процессе хозяйствования.
7. Понятие страховых правоотношений, субъективный состав и источники возникновения.
8. Нормы гражданского, административного, финансового и государственного права, регулирующие страховую деятельность.

Вопросы для самопроверки:

1. Дайте понятие страхового тарифа. Каковы основы построения страховых тарифов.
2. Перечислите особенности организации финансов страховщика.
3. Опишите денежный оборот страховых организаций и его особенности.
4. Представьте дифференциацию собственного и привлеченного капитала страховщика.
5. Опишите доходы, расходы и прибыль страховщика в сфере здравоохранения.
6. Опишите сущность инвестиционной деятельности как фактора обеспечения финансовой устойчивости страховщика.
7. Как определить платежеспособность страховой компании.
8. Перечислите и опишите методики оценки платежеспособности страховщиков.

Задания для практического занятия:

Задача №1

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам: первому на сумму 45 тыс. д.е., второму на сумму – 55 тыс. д.е. Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Задача №2

Необходимо обосновать выбор системы страхового возмещения – пропорциональной ответственности или по первому риску.

Исходные данные:

Стоимость имущества жилого дома $W=14000$ ден. ед.

Средства для страхования $S=215$ ден. ед.

Страховой тариф $P=3\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

1. Страховыми событиями при страховании граждан от несчастных случаев могут быть такие:
 - а) смерть застрахованного от несчастного случая
 - б) смерть застрахованного по любой причине (кроме самоубийства)
 - в) дожитие застрахованного до окончания срока действия договора страхования.

2. Назовите основные характеристики классификации страхования по экономическим признакам:

- а) время возникновения отдельных видов страхования
- б) формы проведения страхования
- в) статус страхователя
- г) объекты страхования

3. Личное страхование обеспечивает страховую защиту:

- а) здоровья граждан
- б) домашнего имущества граждан
- в) ответственности работодателя перед персоналом
- г) жизни граждан.

4. Какие из видов страхования не принадлежат к имущественному?

- а) страхование кредитов
- б) страхование ответственности владельцев автотранспортных средств
- в) страхование инвестиций
- г) страхование наземного транспорта

5. Какие формы страхования Вы знаете?

- а) личное, имущественное, ответственности
- б) жизни, рисковые
- в) добровольное и обязательное

6. Назовите отрасли страхования:

- а) имущественное
- б) личное
- в) обязательное
- г) страхование жизни
- д) ответственности
- е) добровольное

7. Какие мероприятия являются этапами риск – менеджмента?

- а) предупреждение риска
- б) финансирование
- в) анализ риска
- г) самофинансирование риска
- д) ограничение риска
- е) избежание риска
- ё) контроль
- ж) страхование

8. В чем заключается анализ риска?

- а) диагностика риска
- б) уменьшение риска
- в) избежание риска
- г) идентификация риска
- д) оценка риска

9. Какие свойства являются критериями страховых рисков?

- а) низкая степень вероятности

- б) случайность
 - в) чрезвычайно большие потери
 - г) возможность оценки в стоимостных единицах
10. Какие компоненты составляют содержание экономического риска?
- а) вероятность наступления случайных событий
 - б) вероятность наступления случайных убытков
 - в) случайные события
 - г) дополнительная выгода
 - д) убытки, нанесенные случайными событиями
 - е) объект, который испытывает действие случайного события

ТЕМА 3:
ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ
СТРАХОВАНИЯ НА РЫНКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ
РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Вопросы выносимые на обсуждение:

1. Состав доходов страховой компании на рынке здравоохранения
2. Состав расходов страховой компании. Порядок формирования финансовых результатов деятельности страховщиков.
3. Прибыль страховой компании, ее источники и назначение.
4. Личное страхование и страхование жизни.
5. Структура страхового рынка в системе здравоохранения.
6. Институциональный, территориальные аспекты страхового рынка.
7. Страховая услуга и ее особенности как товара на страховом рынке.
8. Страховые компании и их виды.
9. Страховые посредники в системе здравоохранения: агенты и брокеры.
10. Особенности правоотношений страховой организации и страховых посредников. Страховые эксперты.
11. Необходимость и сущность медицинского страхования. Принципы медицинского страхования.

Вопросы для самопроверки:

1. Опишите историю развития медицинского страхования за рубежом.
2. Каковы типы систем здравоохранения, выделяемые ВОЗ, достоинства и недостатки каждой из них. Определите, к какому типу здравоохранения относится современная система российского здравоохранения.
3. В чем специфика системы медицинского страхования в России. Каковы принципы организации ОМС.
4. Охарактеризуйте объект, субъекты, функции, виды (формы) медицинского страхования. Кто является участниками системы ОМС и какова схема их взаимодействия.

5. В чем специфика страхователей в системе ОМС, каковы их права и обязанности. В чем особенности страховых взносов на медицинское страхование.
6. Перечислите функции застрахованных лиц в системе ОМС, их права и обязанности. Что гарантирует страховой медицинский полис.
7. Опишите способы анализа воздействия макроэкономической среды и органов государственного и муниципального управления на функционирование организаций, осуществляющих страхование и финансирование рисков на рынке здравоохранения.
8. Представьте методы выявления и анализа рыночных и специфических страховых рисков медицинских организаций.

Задания для практического занятия:

Задача №1

Рассчитать размер страхового платежа и страхового возмещения. Хозяйствующий субъект застраховал свое имущество сроком на один год с ответственностью за кражу на сумму 120 тыс. руб. Ставка страхового тарифа 3% страховой суммы. По договору страхования предусмотрена безусловная франшиза в размере 2 тыс. руб., при которой предоставляется скидка к тарифу 4%. Фактический ущерб страхователя составил 20,5 тыс. руб.

Задача №2

Гр. Х., неработающий инвалид 2 группы, обратился 20.03.2015 г. в поликлинику к участковому терапевту за выпиской рецепта на лекарственный препарат для постоянной поддерживающей терапии гипертонической болезни. В течении многих лет данный пациент в комплексной терапии гипертонической болезни получал лекарственный препарат валсартан, т.к. ингибиторы АПФ у него вызывают кашель. Данный препарат хорошо переносится пациентом, поддерживая достигнутый целевой уровень АД. Участковый терапевт отказал в выписке рецепта на лекарственный препарат бесплатно, мотивируя свой отказ тем, что данный препарат был исключен из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 г.

Вопрос: Правильно ли поступил участковый терапевт, отказывая пациенту (неработающему инвалиду 2 группы) в бесплатной выписке лекарственного препарата валсартан?

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

1. Какие из представленных организационных форм предприятий могут согласно с действующим законодательством претендовать на осуществление страховой деятельности?
 - а) частное предприятие, принадлежащее одному лицу
 - б) командитное общество со 100 % иностранным капиталом

- в) акционерные общества закрытого типа
 - г) общество с ограниченной ответственностью
 - д) предприятие со 100 % государственным капиталом
2. Кто может прекратить действие договора страхования?
- а) уполномоченный орган
 - б) судебные органы
 - в) страхователь
 - г) страховщик
 - д) по обоюдному согласованию – страховщик и страхователь
 - е) лига страховых организаций
3. Существует ли разница между такими документами, как «страховой договор», «страховой полис», «страховое свидетельство»?
- а) есть разница относительно договоров страхования инвестиций
 - б) разницы нет
 - в) есть разница относительно договоров страхования жизни
 - г) существует незначительная разница
4. По отношению к правилам страхования компетенция органа надзора за страховой деятельностью сводится к:
- а) депонированию
 - б) утверждению
 - в) дополнению или сокращению
 - г) проверке и замечаниям по существу, вплоть до запрещения
 - д) регистрации
5. Выгодоприобретатели – это
- а) страхователи
 - б) лица, назначенные для получения страховой выплаты
 - в) застрахованные лица
 - г) страховщики
6. Главный вопрос классификации страхового дела – это
- а) обоснование критериев классификации страхового предпринимательства
 - б) знание статистических показателей функционирования страхового рынка страны
 - в) знание структуры экономического содержания страхового рынка страны
7. Для того, чтобы опасное событие стало страховым случаем, надо
- а) чтобы оно произошло и нанесло вред людям, ущерб имуществу
 - б) чтобы оно стало причиной издания юридических законов по возмещению вреда личности человека или ущерба имуществу
 - в) чтобы оно наступило будучи признано страховым случаем по договору страхования
 - г) чтобы оно не произошло, но согласно законодательству было отнесено к страховым случаям
 - д) чтобы оно произошло
8. Договор страхования можно оформить

а) путем выдачи страховщиком страхового полиса в ответ на заявление страхователя

б) через его подписание страховщиком и страхователем

в) без подачи письменного заявления на страховую выплату в устной форме

9. Заявление на страхование – это

а) волеизъявление страховщика, разрабатывающего его форму и содержание на основе согласования с госстрахнадзором

б) волеизъявление госстрахнадзора в его рекомендациях страховщику

в) волеизъявление государства

г) волеизъявление страхователя

12. К основным характеристикам страхуемости рисков относятся

а) отсутствие статистических данных

б) возможность оценки распределения ущерба

в) независимость от воли страхователя

г) случайность и вероятность

**ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ –
филиал федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра экономики и организации здравоохранения и
фармации**

Авторы: Ю.В. Золотарева

**Методическое обеспечение занятий лекционного типа
по дисциплине «Теория статистики»**

направление подготовки 38.03.02 «Менеджмент» (уровень бакалавриата)

Пятигорск 2020

ТЕМА 1: ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВЫХ РИСКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения. Основные подходы к классификации страховых рисков. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.

Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении

Страхование является древнейшей формой защиты человечества от последствий различных опасностей. Пробразы современных страховых организаций возникли еще в глубокой древности. История донесла до нас немало интересных примеров объединения людей в целях оказания взаимопомощи. Например, в Древнем Риме получили широкое распространение организации, обеспечивавшие своим членам достойное погребение. Средневековое страхование более известно как гильдийско-цеховое. В профессиональные гильдии объединялись не только купцы, актеры, фехтовальщики, солдаты, но также грабители, воры, нищие и бродяги. Обязательным условием в гильдиях была уплата регулярных членских взносов в общую кассу. На раннем этапе развития страхового бизнеса целью подобных обществ взаимного страхования было уменьшение ущерба или оказание помощи семье погибшего, а не извлечение выгоды.

С развитием капиталистического производства, а именно, торговли, промышленности, строительства новых городов, увеличивалась опасность причинения вреда человеку и его имуществу. Ответом на возросшую потребность в защите явилось возникновение большого числа профессиональных страховых обществ, осуществлявших операции по страхованию и получавших от этого прибыль. Страховые компании собирали регулярные страховые платежи и создавали у себя страховые фонды, из которых и производились выплаты пострадавшим. Аккумулируя большие средства, страховщики имели возможность инвестировать их в промышленность, строительство, торговлю, и, таким образом, страховой капитал играл существенную роль в развитии экономики страны.

К середине XVIII в. распространились морское страхование и страхование имущества от огня. Появление прежде не существовавших рисков порождало новые виды страхования, такие как страхование от кражи со взломом, несчастных случаев, финансовых убытков. К этому времени в Западной Европе насчитывалось уже более 100 видов имущественного и личного страхования.

В России страхование развивалось гораздо медленнее, чем за рубежом. Только в 1765 г. в Риге было организовано первое общество взаимного страхования от огня, а до этого все страхование осуществлялось иностранными страховщиками. Возникновение национального страхового рынка связывают с появлением большого числа акционерных обществ. Активное развитие страхового дела требовало государственного регулирования, и в 1894 г. был введен государственный страховой надзор за деятельностью страховых обществ. К началу XX в. страховые операции в России проводились как отечественными, так и иностранными страховщиками, чья доля капитала в страховом бизнесе составляла около 25%. Финансы страховых компаний инвестировались в основном в коммерческие банки и государственные займы.

После Октябрьской революции 1917 г. страховое дело было национализировано и объявлена государственная монополия на осуществление всех видов страховых операций. Монополия сохранялась до принятия в 1988 г. Закона «О кооперации», позволившего кооперативам создавать страховые общества. Принятый в 1992 г. (27 ноября) Закон РФ № 4015-1 «О страховании» был первым в российской страховой практике законом, который регулировал страховое дело и создал правовую базу для успешного развития национального страхового рынка.

Ныне указанный Закон действует в редакции Федерального закона от 31 декабря 1997 г. № 157-ФЗ под названием «Об организации страхового дела в Российской Федерации». В ст. 2 Закон, определяет страхование как «отношения по защите имущественных интересов физических и юридических лиц при наступлении определенных события (страховых случаев) за счет денежных фондов, формируемых из уплачиваемых ими страховых взносов (страховых премий)». Договор страхования является соглашением между двумя сторонами – страховщиком и страхователем. В соответствии с условиями договора страховщик должен возместить убытки, возникшие в результате страхового случая, страхователю или лицу, в пользу которого проводится страхование. Обязательством страхователя является уплата страховщику страховых взносов. Осуществляться страхование может в обязательной форме, возникающей в силу закона, и добровольной в соответствии с договором страхования между страховщиком и страхователем.

Законом РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» введено обязательное медицинское страхование, входящее в систему государственного социального страхования.

Обязательное страхование регулируется федеральными законами. Объектами обязательного страхования являются жизнь, здоровье, имущество граждан и гражданская ответственность. Страхователем становится гражданин, на которого по закону возложена обязанность заключения договора страхования и уплаты страховых взносов. Обязательным в нашей

стране является также страхование пассажиров, нотариусов, лиц, занимающихся частной детективной и охранной деятельностью. За счет бюджетных средств осуществляется обязательное государственное страхование военнослужащих, сотрудников милиции, налоговой инспекции, налоговой полиции, прокуроров, судей, спасателей, работников ядерных установок, космонавтов, депутатов, доноров и некоторых других.

Добровольное страхование основывается на Законе РФ «О страховании» и соглашении, к которому пришли страховщик со страхователем. В отличие от обязательного добровольное страхование всегда ограничено сроком действия и осуществляется только при уплате страховых взносов. Нарушение данного условия влечет за собой прекращение действия договора, т.е. страховой защиты.

Экономическая сущность страхования заключается в образовании страхового фонда для покрытия различных ущербов, вызванных какими-либо непредвиденными событиями. Следовательно, можно сделать вывод, что риск, т.е. возможность наступления обстоятельств, влекущих за собой материальный ущерб, выступает в качестве основного понятия страхования.

Современной страховой практикой выработаны три основные формы организации страхового фонда:

- государственный централизованный страховой фонд;
- фонд самострахования;
- фонд страховой компании.

Государственный централизованный фонд формируется государством в натуральной и денежной форме за счет обязательных платежей юридических и физических лиц. Его назначение состоит в социальной защите граждан.

Фонд самострахования может быть организован как отдельными гражданами, так и предприятиями в форме денежных средств или натуральных запасов. Такая организация защиты позволяет быстро устранять возникающие проблемы в частной сфере или в процессе производства. Для предпринимателя самострахование наряду с видимыми преимуществами имеет и негативные стороны. Во-первых, средства для создания фонда изымаются из оборота и, следовательно, прибыль предприятия уменьшается; во-вторых, для покрытия крупного убытка денежной суммы фонда может быть недостаточно; в-третьих, поскольку средства фонда должны находиться в ликвидной форме, то процент дохода по таким бумагам будет ниже, чем по долгосрочным вложениям.

Фонд страховой компании формируется в децентрализованном порядке и только в денежной форме за счет страховых взносов страхователей, в качестве которых могут выступать юридические и физические лица. Фонд страховщика позволяет обеспечить наиболее эффективную страховую защиту посредством солидарной раскладки ущерба

на всех страхователей – создателей фонда. Подобная система организации страховых фондов предполагает разделение страхования на государственное социальное страхование, обеспечивающее гражданам минимальную социальную защиту, и индивидуальное страхование физических и юридических лиц.

Побудительным мотивом заключения индивидуального договора страхования является желание каждого человека оградить себя от различных неблагоприятных ситуаций и рисков, которые могут нарушить привычный уклад жизни, лишить материальных ценностей, ухудшить финансовое положение. Заключение договора страхования дает возможность страхователю переложить на страховщика ответственность по риску, т.е. обязательство возместить ущерб, причиненный лично застрахованному или его имуществу.

Покупая страховую защиту, страхователь приобретает специфическую услугу страховой компании – обещание страховщика оказать поддержку страхователю при наступлении страхового случая. Договор страхования является необходимым условием для стабильной работы предприятия, гарантией защиты от случайных негативных событий, так как профессионалам в страховом бизнесе гораздо легче справиться с риском за счет многочисленных страховых взносов, аккумулированных в фонде данной компании.

Помимо этого страховщик имеет возможность, используя методы теории вероятности и математической статистики, прогнозировать риски и предпринимать возможные меры для их предотвращения, уменьшения и смягчения вероятных последствий. Страховое событие, каким бы по масштабу оно ни было, всегда затрагивает интересы нескольких лиц. Приняв на себя обязательство компенсировать ущерб, страховщик снимает подобную обязанность с государства, тогда как при отсутствии страхования, особенно крупных рисков, представляющих опасность для людей, именно государство было бы обязано позаботиться об этом.

С развитием рыночной экономики потребность в страховании все более увеличивается. Инвестиции страховых компаний в экономику своей страны способствуют укреплению ее экономического положения и финансовой стабильности. Предоставление страховой защиты дает возможность создания и успешного функционирования наукоемких отраслей и отраслей, связанных с повышенным риском, таких как атомная энергетика, космонавтика и т.д.

Страхование как самостоятельная экономическая категория имеет ряд характерных признаков, основным из которых является наличие замкнутой раскладки ущерба в пределах отдельного страхового фонда. Это обусловлено тем, что по статистике число пострадавших страхователей всегда меньше общего числа страхователей, а ущерб распределяется среди всех создателей страхового фонда данной страховой компании.

Страхование также присущи денежные перераспределительные отношения, связанные с наличием риска, т.е. непредвиденного события, способного повлечь за собой ущерб и, как следствие, необходимость его компенсации с помощью страхового фонда.

Функции и виды страхования

Экономическое содержание страхования как относительно самостоятельной категории финансов находит свое выражение в двух **функциях**:

- 1) формирование специализированного страхового фонда денежных средств;
- 2) целевое использование средств страхового фонда.

Денежная форма выражения является общей и для страхования, и для финансов, но в страховании в рамках названных функций проявляются и другие, характерные только для страхования, такие как рисковая, предупредительная и сберегательная.

Рисковая функция – главная, так как только при ее действии происходит перераспределение денежной формы стоимости среди участников страхования. Данная функция находит свое выражение в возмещении ущерба по риску при наступлении страхового события.

Предупредительная функция выражается в финансировании необходимых мер по уменьшению риска за счет средств страхового фонда.

Сберегательная функция проявляется только в личном страховании при заключении долгосрочных договоров страхования жизни. Страховые взносы, уплачиваемые страхователем, накапливаются в страховой компании до определенного срока, а затем выплачиваются ему в виде страховой суммы.

Виды страхования

Видом страхования называется часть отрасли страхования, объединяющая однородные объекты. В соответствии с российским страховым законодательством выделяют три отрасли страхования – личное, имущественное и страхование ответственности.

В **личном страховании** объектом страхования являются жизнь, здоровье и трудоспособность граждан. В рамках личного страхования различают три вида:

- страхование жизни,
- страхование от несчастных случаев и болезней
- медицинское страхование.

К имущественному страхованию относят следующие виды:

- страхование средств наземного, воздушного и водного транспорта,
- страхование грузов,
- страхование других видов имущества
- страхование финансовых рисков.

Объектом страхования выступают имущественные интересы страхователя или выгодоприобретателя (лица, в пользу которого заключен договор страхования), связанные с владением, использованием и распоряжением имуществом.

Страхование ответственности разделяется на следующие виды:

- страхование гражданской ответственности перевозчика,
- страхование гражданской ответственности владельцев автотранспорта,
- страхование гражданской ответственности предприятий – источников повышенной опасности,
- страхование профессиональной ответственности,
- страхование ответственности за неисполнение обязательств, страхование иных видов гражданской ответственности
- перестрахование.

Объектом страхования выступает имущественный интерес страхователя, связанный с обязанностью возмещения ущерба, нанесенного им третьему лицу. Данная обязанность гражданина является правовой и регламентируется Гражданским кодексом РФ.

Практикой страхования принято все виды страхования делить на две группы – страхование жизни и иные, чем страхование жизни, виды страхования. Все нормативные документы соответственно выпускаются отдельно для каждой группы.

Медицинское страхование – форма защиты населения, которая заключается в гарантии оплаты помощи врачей за счёт накопленных средств. Она гарантирует гражданину предоставление некоторого объёма услуг бесплатно в случае нарушения здоровья.

Обязательное медицинское страхование (ОМС) в РФ реализуется в соответствии с госпрограммой. Оно является всеобщим для граждан страны.

Добровольное медицинское страхование (ДМС) в России позволяет получать дополнительные услуги, не предусмотренные ОМС. Это может быть определенное число посещений специалистов, стационарное лечение и др. Участвуя в добровольной программе, человек самостоятельно выбирает виды и объем услуг, учреждения, в которых он хочет обслуживаться. При заключении договора клиент уплачивает взнос, который позволяет ему в течение определенного срока получать обслуживание по выбранной программе без доплаты.

Термины медицинского страхования

Страхователь – лицо, которое платит взносы. Это может быть человек или организация.

Страховщик – юридическое лицо, которое осуществляет медицинское страхование.

Лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) - заведения, в которых предоставляется спектр медицинских услуг людям с различными заболеваниями. К ним относятся: терапевтические, хирургические, психиатрические, неврологические, педиатрические медучреждения, родильные дома и реабилитационные центры.

Полис – документ, подтверждающий участие человека в программе.

Страховая медицинская организация (СМО) – юридическое лицо с уставным капиталом, которое занимается исключительно добровольным или обязательным медицинским страхованием. Деятельность осуществляется в двух направлениях: накопление средств для оказания помощи населению; экспертиза после получения услуг.

ТЕМА 2: МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения. Юридические методы управления рисками. Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении. Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования. Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.

Договор страхования и требования к нему

Основные требования, регулирующие отношения сторон по поводу страхования, содержатся в Гражданском кодексе РФ (глава 48, статьи 927 - 970, а также 490, 637, 646, 661, 742, 840). В главе 48 ГК РФ содержится перечень интересов, страхование которых не допускается:

- страхование противоправных интересов;
- страхование убытков от участия в играх, лотереях, пари;
- страхование расходов, к которым лицо может быть принуждено в целях освобождения заложников.

Закон предусматривает письменную форму заключения договора. Несоблюдение письменной формы влечет недействительность договора

страхования, за исключением договора обязательного государственного страхования.

Договор страхования (как добровольного, так и обязательного) может быть заключен путем составления одного документа (пункт 2 статьи 434 ГК РФ) либо путем вручения страховщиком страхователю на основании его письменного или устного заявления страхового полиса (свидетельства, сертификата, квитанции), подписанного страховщиком. Принятие страхователем этих документов является согласием заключить договор на предложенных страховщиком условиях. Для страховщиков заключение договора страхования на предложенных страхователем условиях не является обязательным.

Как страхователь, так и страховщик должны иметь правоспособность и дееспособность для вступления в страховые правоотношения. Для страховщика это, прежде всего, наличие лицензии и соответствующих учредительных документов, зарегистрированных надлежащим образом. Для страхователя - общие правила правоспособности и дееспособности согласно ГК РФ.

На договоры личного страхования распространяется правило о публичных договорах, содержащееся в статье 426 Гражданского Кодекса. Публичный договор отличается от других гражданско-правовых договоров следующими характерными чертами:

- во-первых, в качестве одного из субъектов такого договора должна выступать коммерческая организация (т.е. страховая компания - страховщик);
- во-вторых, коммерческие организации должны вступать в договорные отношения с любыми физическими и юридическими лицами, которые к ним обращаются (т.е. страхователями);
- в-третьих, предметом договора, определяемого как публичный, должны выступать обязанности по продаже товаров, выполнению работ или оказанию услуг, по сути своей составляющие содержание именно той деятельности, которая по своему характеру должна осуществляться коммерческой организацией в отношении каждого, кто к ней обратится. В страховании предметом договора выступают обязанности страховщиков по защите соответствующих имущественных интересов страхователей.

Основные требования к договору страхования состоят в следующем.

Договор страхования является соглашением между страхователем и страховщиком, в силу которого страховщик обязуется при страховом случае произвести страховую выплату страхователю или лицу, в пользу которого заключен договор страхования, а страхователь обязуется уплатить страховой взнос в установленные сроки.

Для заключения договора страхования страхователь представляет страховщику письменное заявление по установленной форме либо иным допустимым способом заявляет о своем намерении заключить договор

страхования. Факт заключения договора страхования должен удостоверяться передаваемым страховщиком страхователю страховым свидетельством (полисом, сертификатом) с приложением правил страхования.

Страховое свидетельство должно содержать:

- наименование документа;
- наименование, юридический адрес и банковские реквизиты страховщика;
- фамилию, имя, отчество или наименование страхователя и его адрес;
- указание объекта страхования;
- размер страховой суммы;
- указание страхового риска;
- размер страхового взноса, сроки и порядок его внесения;
- срок действия договора;
- порядок изменения и прекращения договора;
- другие условия по соглашению сторон, в том числе дополнения к правилам страхования либо исключения из них;
- подписи сторон.

Закон предусматривает следующие основные обязанности сторон.

Так, *страховщик обязан:*

- ознакомить страхователя с правилами страхования;
- в случае проведения страхователем мероприятий, уменьшивших риск наступления страхового случая и размер возможного ущерба застрахованному имуществу, либо в случае увеличения его действительной стоимости перезаключить по заявлению страхователя договор страхования с учетом этих обстоятельств;
- при страховом случае произвести страховую выплату в установленный договором или законом срок. Если страховая выплата не произведена в установленный срок, страховщик уплачивает страхователю штраф в размере одного процента от суммы страховой выплаты за каждый день просрочки;
- возместить расходы, произведенные страхователем при страховом случае для предотвращения или уменьшения ущерба застрахованному имуществу, если возмещение этих расходов предусмотрено правилами страхования. При этом не подлежат возмещению указанные расходы в части, превышающей размер причиненного ущерба;
- не разглашать сведения о страхователе и его имущественном положении, за исключением случаев, предусмотренных законодательством РФ.

Договором страхования могут быть предусмотрены также другие обязанности страховщика.

Страхователь обязан:

- своевременно вносить страховые взносы;
- при заключении договора страхования сообщить страховщику о всех известных ему обстоятельствах, имеющих значение для оценки страхового риска, а также о всех заключенных или заключаемых договорах страхования в отношении данного объекта страхования;
- принимать необходимые меры в целях предотвращения и уменьшения ущерба застрахованному имуществу при страховом случае и сообщить страховщику о наступлении страхового случая в сроки, установленные договором страхования.

Договором страхования могут быть предусмотрены также другие обязанности страхователя.

При осуществлении страховой выплаты страховщик запрашивает сведения, связанные со страховым случаем, у правоохранительных органов, банков, медицинских учреждений и других предприятий, учреждений и организаций, располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая. В свою очередь предприятия, учреждения, организации обязаны сообщать страховщикам по их запросам сведения, связанные со страховым случаем, включая сведения, составляющие коммерческую тайну. При этом страховщики несут ответственность за их разглашение в любой форме, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

Таким образом, основными документами страхования, подтверждающими заключение на определенных условиях договора страхования, являются общие условия, правила страхования и страховой сертификат (полис).

Законом также предусмотрена замена страхователя в договоре страхования, изложены случаи, при которых возможен отказ от страховой выплаты и прекращение договора страхования.

Замена страхователя в договоре страхования производится по следующим правилам:

В случае смерти страхователя, заключившего договор страхования имущества, права и обязанности страхователя переходят к лицу, принявшему это имущество в порядке наследования. В других случаях замены страхователя его права и обязанности переходят к новому собственнику с согласия страховщика, если договором или законом не предусмотрено иное.

В случае смерти страхователя, заключившего договор личного страхования в пользу третьего лица, права и обязанности, определяемые этим договором, переходят к третьему лицу с его согласия. При невозможности выполнения этим лицом обязанностей по договору страхования его права и обязанности могут перейти к лицам, осуществляющим в соответствии с законодательством Российской Федерации обязанности по охране прав и законных интересов застрахованного лица.

Если в период действия договора страхования страхователь судом признан недееспособным либо ограничен в дееспособности, права и обязанности такого страхователя осуществляют его опекун или попечитель. При этом страхование ответственности заканчивается с момента прекращения или ограничения дееспособности страхователя.

При реорганизации страхователя, являющегося юридическим лицом, в период действия договора страхования его права и обязанности по этому договору переходят с согласия страховщика к соответствующему правопреемнику в порядке, определяемом законодательными актами РФ.

Страхователь может получить отказ от получения страховой выплаты в следующих случаях:

- совершение умышленных действий страхователем, застрахованным лицом или выгодоприобретателем, направленных на наступление страхового случая;
- совершение страхователем или лицом, в пользу которого заключен договор страхования, умышленного преступления, находящегося в прямой причинной связи со страховым случаем;
- сообщение страхователем страховщику заведомо ложных сведений об объекте страхования;
- получение страхователем соответствующего возмещения ущерба по имущественному страхованию от лица, виновного в причинении этого ущерба;
- другие случаи, предусмотренные законодательными актами.

Например, Гражданским Кодексом Российской Федерации (ст. 964) предусмотрено, что страховщик освобождается от выплаты страхового возмещения и страховой суммы, если договором страхования и законом не предусмотрено иное, когда страховой случай наступил вследствие:

- воздействия ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;
- военных действий, а также маневров или иных военных мероприятий;
- гражданской войны, народных волнений всякого рода или забастовок.

Страховщик также освобождается от выплаты страхового возмещения за убытки, возникшие вследствие изъятия, конфискации, реквизиции, ареста или уничтожения застрахованного имущества по распоряжению государственных органов, если договором страхования не предусмотрено иное.

Условиями договора страхования могут быть предусмотрены другие основания для отказа в страховой выплате, если это не противоречит законодательству РФ. Причем решение об отказе в страховой выплате принимается страховщиком и сообщается страхователю в письменной форме с мотивированным обоснованием причин отказа.

Условия прекращения договора страхования и его недействительности

Договор страхования прекращается в следующих случаях, определенных законом:

- истечения срока действия;
- исполнения страховщиком обязательств перед страхователем по договору в полном объеме;
- неуплаты страхователем страховых взносов в установленные договором сроки;
- ликвидации страхователя, являющегося юридическим лицом, или смерти страхователя, являющегося физическим лицом, кроме случаев, предусмотренных законом РФ "О страховании";
- ликвидации страховщика в порядке, установленном законодательными актами Российской Федерации;
- принятия судом решения о признании договора страхования недействительным;
- в других случаях, предусмотренных законодательными актами РФ.

Договор страхования может быть прекращен досрочно по требованию страхователя или страховщика, если это предусмотрено условиями договора страхования, а также по соглашению сторон. О намерении досрочного прекращения договора страхования стороны обязаны уведомить друг друга не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты прекращения договора страхования, если договором не предусмотрено иное.

В случае досрочного прекращения договора страхования по требованию страхователя страховщик возвращает ему страховые взносы за истекший срок договора за вычетом понесенных расходов. Если требование страхователя обусловлено нарушением страховщиком правил страхования, то последний возвращает страхователю внесенные им страховые взносы полностью.

При досрочном прекращении договора страхования по требованию страховщика он возвращает страхователю внесенные им страховые взносы полностью. Если требование страховщика обусловлено невыполнением страхователем правил страхования, то он возвращает страхователю страховые взносы за истекший срок договора за вычетом понесенных расходов.

Договор страхования может быть признан недействительным судом. По Закону РФ "Об организации страхового дела в Российской Федерации" договор страхования считается недействительным в следующих случаях:

- если он заключен после страхового случая;

- если объектом страхования является имущество, подлежащее конфискации на основании вступившего в законную силу соответствующего решения суда.

Переход к страховщику прав страхователя на возмещение ущерба (суброгация)

Важным правилом, предусмотренным ст. 965 ГК РФ, является правило суброгации, которое определяется следующим образом: к страховщику, уплатившему страховое возмещение, переходит в пределах уплаченной суммы право требования, которое страхователь (выгодоприобретатель) имеет к лицу, ответственному за убытки, возмещенные в результате страхования, если договором имущественного страхования не предусмотрено иное. Однако условие договора, исключающее переход к страховщику права требования к лицу, умышленно причинившему убытки, ничтожно. Перешедшее к страховщику право требования осуществляется им с соблюдением правил, регулирующих отношения между страхователем или выгодоприобретателем и лицом, ответственным за убытки.

Страхователь (выгодоприобретатель) обязан передать страховщику все документы и доказательства и сообщить ему все сведения, необходимые для осуществления страховщиком перешедшего к нему права требования.

Если страхователь (выгодоприобретатель) отказался от своего права требования к лицу, ответственному за убытки, возмещенные страховщиком, или осуществление этого права стало невозможным по вине страхователя (выгодоприобретателя), страховщик освобождается от уплаты страхового возмещения полностью или в соответствующей части и вправе потребовать возврата излишне уплаченной суммы возмещения.

Структура доходов и расходов страховой организации

Страхование является особым видом экономических отношений, поэтому экономико-финансовые основы деятельности страховой компании отличаются от других видов коммерческой деятельности. Отличия касаются прежде всего вопросов формирования финансового потенциала и поддержания финансовой устойчивости страховщика.

Страховщик формирует за счет страховых взносов всей совокупности страхователей страховой фонд, средства которого при наступлении страховых событий направляет на страховые выплаты. Отсюда, страховщик является лишь посредником в этой системе отношений, причем на ответственности которого длительный период времени находятся большие суммы денежных средств. Поэтому является очень важным обеспечение его финансовой устойчивости и платежеспособности.

Специфику финансовой устойчивости страховой компании можно определить как такое состояние ее финансовых ресурсов, которое

обеспечивает платежеспособность и дальнейшее развитие организации в условиях риска, связанного со страховой защитой субъектов рынка.

Прочная финансовая система страховщика необходима для поддержания эффективной, безопасной и стабильной деятельности, содействия дальнейшему росту и конкурентоспособности. Страховщик с прочной финансовой системой интересен страхователю и обществу в целом. Страховой надзор, контролируя деятельность страховщика, проводит отбор финансово благополучных, тем самым защищая интересы страхователей и способствуя экономическому росту, эффективному распределению ресурсов и управлению рисками.

Деятельность страховых организаций связана с получением доходов, осуществлением расходов и направлена на получение прибыли. Специфика страховой деятельности определяет особый порядок формирования и состава доходов и расходов страховщика. Страховые организации ведут налоговый учет доходов и расходов, полученных по договорам страхования, сострахования и перестрахования, в разрезе заключенных договоров по видам страхования. К *доходам страховщика* относятся:

- страховые премии (взносы) по договорам страхования, сострахования и перестрахования; при этом страховые премии (взносы) по договорам сострахования включаются в состав доходов страховщика (состраховщика) только в размере его доли страховой премии, установленной в договоре сострахования;
- суммы уменьшения (возврата) страховых резервов, образованных в предыдущие отчетные периоды с учетом изменения доли перестраховщиков в страховых резервах;
- вознаграждения и тантъемы по договорам перестрахования;
- вознаграждения от страховщиков по договорам сострахования;
- суммы возмещения перестраховщиками доли страховых выплат по рискам, переданным в перестрахование:
- суммы процентов на депо премий по рискам, принятым в перестрахование;
- доходы от реализации перешедшего к страховщику в соответствии с действующим законодательством права требования страхователя (выгодоприобретателя) к лицам, ответственным за причиненный ущерб;
- суммы санкций за неисполнение условий договоров страхования, признанные должником добровольно или по решению суда;
- вознаграждения за оказание услуг страхового агента, страхового брокера;
- вознаграждения, полученные страховщиком за оказание услуг сюрвейера;
- суммы возврата части страховых премий (взносов) по договорам перестрахования в случае их досрочного прекращения;

- другие доходы, полученные при осуществлении страховой деятельности.

Доходы страховых организаций можно разделить на две группы.

К первой группе относятся доходы, связанные со страховой деятельностью, ко второй - доходы не связанные со страховой деятельностью.

Источниками доходов первой группы являются страховые премии, полученные по договорам прямого страхования; суммы возврата страховых резервов, отчисленных, но не востребованных в предыдущие периоды; полученные из бюджета средства целевого финансирования на покрытие расходов по ведению дела страховщиком при проведении обязательного страхования.

Комиссионные вознаграждения перестрахователя, тантьема и возмещение перестраховщиком приходящейся на него доли убытка после реализации страхового риска - это доходы, связанные с участием страховых организаций в перестраховании в роли перестрахователя. Перестрахователь может оставлять у себя до 25% доли перестраховщика в качестве комиссионного вознаграждения. Это объясняется тем, что перестрахователь выступает в качестве посредника, давая заработать перестраховщику на обслуживании договора прямого страхования, и средства идут на покрытие расходов по ведению дела.

Тантьема связана с возвратом перестрахователю перестраховщиком части прибыли, полученной им от перестраховочных рисков. Тантьема - форма участия перестрахователя в прибыли перестраховщика.

Источником доходов, сопряженных с участием страховой организации в перестраховании в роли перестраховщика, являются доли полученных страховых премий за вычетом комиссионного вознаграждения перестрахователей, а также сумма полученных процентов, перечисленных перестрахователем на депо премий по рискам, принятым перестраховщиком в перестрахование. Депо премий формируется при перестраховании, тогда же оговаривается депонирование (с уплатой за это определенного процента). Если по переданному в перестрахование риску страховой случай не произошел, то по истечении срока перестрахования перестрахователь перечисляет перестраховщику сумму депонированной премии и начисленные на нее проценты. Формирование перестрахователем депо премий позволяет увеличить сумму средств, находящихся в его обороте.

Доходы, полученные от инвестирования средств страховых резервов и собственных средств страховщика; экономия средств, полученных из бюджета на финансирование расходов по ведению дела по обязательному страхованию; средства, полученные в порядке регресса требований к причинению вреда после компенсации страховщиком ущерба страхователю, - все это доходы, косвенно связанные со страхованием.

Доходы, не связанные со страхованием, таковы:

- от сдачи имущества в аренду;
- от реализации имущества, принадлежащего страховой организации;
- от нестраховой деятельности, разрешенной законодательством;
- от долевого участия в других организациях;
- от дивидендов, полученных по ценным бумагам, принадлежащим страховщику; от полученных штрафов, пеней, неустоек и т.д.

К *расходам* страховой организации, кроме предусмотренных ст. ст. 254 - 269 НК РФ, относятся также расходы, понесенные при осуществлении страховой деятельности, перечисленные в ст. 294 НК РФ:

- суммы отчислений в страховые резервы (с учетом изменения доли перестраховщиков в страховых резервах), формируемые на основании законодательства о страховании в порядке, установленном Росстрахнадзором;
- страховые выплаты по договорам страхования, сострахования и перестрахования; выплаты рент, аннуитетов, пенсий и прочие выплаты, предусмотренные условиями договора страхования;
- суммы страховых премий (взносов) по рискам, переданным в перестрахование (положения настоящего подпункта применяются к договорам перестрахования, заключенным российскими страховыми организациями с российскими и иностранными перестраховщиками-брокерами);
 - вознаграждения и тантьемы по договорам перестрахования;
- суммы процентов на депо премий по рискам, переданным в перестрахование;
 - вознаграждения состраховщику по договорам сострахования;
 - возврат части страховых премий (взносов), а также выкупных сумм по договорам страхования, сострахования и перестрахования в случаях, предусмотренных законодательством и (или) условиями договора;
 - вознаграждения за оказание услуг страхового агента и (или) страхового брокера;
 - расходы по оплате организациям или отдельным физическим лицам оказанных ими услуг, связанных со страховой деятельностью, в том числе услуг актуариев; медицинского обследования при заключении договоров страхования жизни и здоровья, если оплата такого медицинского обследования в соответствии с договорами осуществится страховщиком; детективных услуг, выполняемых организациями, имеющими лицензию на ведение указанной деятельности, связанных с установлением обоснованности страховых выплат; услуг специалистов, привлекаемых для оценки страхового риска, услуг по изготовлению страховых свидетельств (полисов), бланков строгой отчетности, квитанций и иных подобных документов; услуг организаций за выполнение ими письменных поручений

работников по перечислению страховых взносов из заработной платы путем безналичных расчетов; услуг организаций здравоохранения и других организаций по выдаче справок, статистических данных, заключений и иных аналогичных документов; инкассаторских услуг;

- другие расходы, непосредственно связанные со страховой деятельностью.

Среди *расходов* страховой организации можно выделить три группы. Первая группа - расходы, связанные со страховой деятельностью, в том числе суммы выплаченного страхового возмещения и страхового обеспечения при наступлении страховых случаев, а также расходы, произведенные страхователем в связи со страховыми случаями, компенсация которых предусмотрена договором страхования; суммы, выплачиваемые при досрочном расторжении договоров; отчисления в страховые резервы.

Во вторую группу входят расходы, связанные с исполнением страховой организацией при перестраховании роли перестрахователя, в том числе доли премий, передаваемые перестраховщику по договорам страхования (за вычетом комиссионного вознаграждения перестрахователям); доли страховых резервов, приходящиеся на переданную в перестрахование долю ответственности; проценты, начисленные на депо премий по переданным в перестрахование рискам. В эту группу расходов входит также возмещение перестрахователю убытка по риску, принятому перестраховщиком в перестрахование; уплачиваемые перестрахователю по договору перестрахования комиссионное вознаграждение и тантьема. Потери и убытки включают уплаченные страховой организацией штрафы, пени, неустойки, расходы на судебные издержки и т.п.

Третья группа - расходы по ведению дела. Они состоят из материальных расходов, расходов на оплату труда; комиссионных вознаграждений, уплачиваемых страховым агентам и страховым брокерам; оплаты проезда страховых агентов от места жительства до страховой организации; платы предприятиям или конкретным работникам за перечисление страховщику страховых взносов из заработной платы безналичным путем; оплаты труда экспертов, оценивающих риски; расходов на изготовление страховых полисов; оплаты рекламных, консультационных, аудиторских услуг; расходов на публикацию годового баланса и отчета о прибылях и убытков, расходов на аренду; оплаты инкассаторских услуг; оплаты услуг учреждений здравоохранения по выдаче справок, статистических данных; расходов на подготовку и переподготовку кадров; представительских расходов в пределах действующих норм и нормативов и т.п.

Согласно ст. 252 НК РФ расходами признаются обоснованные и документально подтвержденные затраты (а в случаях, предусмотренных ст. 265 НК РФ, убытки), понесенные налогоплательщиком. Обоснованные расходы - экономически оправданные затраты, оценка которых выражена в

денежной форме. Документально подтвержденные расходы - затраты, подтвержденные документами, оформленными в соответствии с законодательством РФ. Кроме того, расходами признаются любые затраты при условии, что они произведены для осуществления деятельности, направленной на получение дохода.

Понятие общего финансового результата деятельности страховой организации и его составляющие

Под финансовым результатом понимается стоимостная оценка итогов финансово-экономической деятельности страховой организации. Финансовый результат включает два элемента: прибыль (убыток) страховщика и прирост (отток) резервов страховых взносов. Прирост страховых резервов имеет целевое назначение и используется в качестве источника инвестиционных вложений. До определения финансовых результатов на основании расчетов определяются суммы отчислений в страховые резервы, суммы возврата страховых резервов, отчисленных в предыдущие отчетные периоды.

Денежный оборот страховой организации включает в себя два относительно самостоятельных денежных потока:

- оборот средств, обеспечивающий страховую защиту;
- оборот средств, предназначенных для функционирования страховой организации.

Оборот средств, обеспечивающий страховую защиту, проходит два этапа: на первом этапе формируется и распределяется страховой фонд, на втором - часть средств страхового фонда инвестируется с целью получения инвестиционного дохода. Денежный оборот в страховой организации более сложен, чем на предприятиях других отраслей народного хозяйства. Это объясняется тем, что часть оборота средств страховщика носит рисковый, вероятностный характер и в основе формирования страхового фонда лежит вероятность ущерба. Финансовый постулат состоит в том, что чем выше вероятность достаточности созданных денежных фондов для соблюдения эквивалентности взаимоотношений страховщика и страхователя, тем выше финансовая устойчивость страховщика.

Финансовый результат от деятельности страховой компании складывается из трех элементов:

- Финансового результата от проведения страховых операций
- Финансового результата от проведения инвестиционной деятельности
- Финансового результата от прочей деятельности

Под финансовым результатом страховых операций понимается стоимостная оценка итогов хозяйственной деятельности страховой организации. Финансовый результат включает два элемента: прибыль (убыток) страховщика и прирост (отток) резерва взносов. Прирост резервов взносов имеет строго целевое назначение, но в период хранения на счетах страховой организации может быть использован в качестве источника инвестиционных операций.

Стабилизационный резерв является инструментом дополнительного распределения риска во времени: он формируется в благоприятные годы и используется в годы с повышенной убыточностью. Методика его расчета основана на анализе ряда показателей, характеризующих убыточность и финансовый результат страховых операций.

Одним из звеньев общегосударственной системы финансов выступает государственное имущественное и личное страхование. Сосредоточение в руках государства всего страхового дела позволяет проводить страхование с меньшими затратами, предоставлять льготы отдельным категориям хозяйств, обеспечивать устойчивость финансовых результатов страховых операций, гарантировать застраховавшимся возмещение ущерба.

Финансовый результат от проведения инвестиционной деятельности основан на использовании взносов страхователей в качестве источника капиталовложений.

Находясь в распоряжении страховщика в течение определенного срока, страховые премии в соответствии с установленными правилами инвестируются в доходные активы и приносят страховой организации инвестиционный доход. Доход от инвестиций складывается из процентов по банковским вкладам, дивидендов по акциям, доходов по ценным бумагам, от недвижимости и т.д.

Инвестиционный доход является важным источником доходов для страховых фирм. За счет этого источника страховщик гарантирует бонусы своим клиентам. В странах с развитым фондовым рынком инвестиционный доход по некоторым видам страхования позволяет перекрывать отрицательный результат по страховым операциям.

К финансовому результату от прочей деятельности относятся:

- суммы процентов, начисленных на депо премий;
- суммы, полученные в порядке регресса;
- прибыль от реализации основных фондов, материальных ценностей и других активов;
- доходы от сдачи в аренду; суммы возврата страховых резервов;
- оплата консультационных услуг, обучения.

Конечный финансовый результат деятельности компании - это балансовая прибыль или убыток.

Прибыль является одним из важнейших показателей финансового результата деятельности страховой компании. Она служит основным источником, за счет которого происходит увеличение собственного капитала компании, а также выполнение обязательств перед бюджетом, кредиторами, выплата дивидендов инвесторам.

Для характеристики финансовой деятельности страховщика кроме прибыли могут использоваться другие абсолютные и относительные показатели. В число абсолютных показателей входят следующие индикаторы:

- количество освоенных видов страхования;
- число заключенных договоров страхования;
- суммарная страховая сумма;
- объемы доходов и расходов;
- объем страховых резервов;
- объем собственных свободных средств (чистых активов);

Среди относительных показателей, характеризующих финансовую деятельность страховой компании можно отметить следующие:

- рентабельность;
- уровень выплат по видам страхования
- уровень расходов
- соотношение прибыли по страховой и нестраховой деятельности.

В общем случае конечный финансовый результат, страховой организации определяется как разность между ее доходами и расходами.

ТЕМА 3: ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ НА РЫНКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ

Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении. Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении. Зоны риска и ситуации неопределенности. Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования. Учет и контроль в системе управления страховыми рисками. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

Система медицинского страхования в России

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);
- добровольном (ДМС) – в соответствии с программами медицинского страхования.

Правовые, экономические и организационные основы медицинского страхования содержатся в Законе РФ 326 от 29.11.2010г «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 (ОМС) 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.

5.2. 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.

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. Например, на территории Ставропольского края создан территориальный фонд обязательного медицинского страхования Ставропольского края, из которого финансируется территориальная программа обязательного медицинского страхования жителей Ставропольского края.

Территориальная программа обязательного медицинского страхования утверждается органами территориального управления во исполнение ФЗ № 326 РФ от 26.11.2010г «О медицинском страховании граждан в РФ».

Данная территориальная программа содержит перечень видов медицинских учреждений и мероприятий, условия и объем оказания медицинской помощи, виды медицинской помощи, объем и условия оказания медицинских услуг, финансируемых из территориального фонда обязательного медицинского страхования Ставропольского края.

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, но 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, заложены в состав единого социального налога (ст. 234 НК РФ).

Субъекты обязательного медицинского страхования, их правовой статус

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.



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 на руки каждому гражданину, в отношении которого заключен договор медицинского страхования.

Порядок регистрации страхователей в территориальном фонде обязательного медицинского страхования и форма свидетельства о регистрации страхователя установлены Правительством РФ (ст. 9.1 Закона РФ «О медицинском страховании граждан в РФ»).

Страхователи-организации и индивидуальные предприниматели должны зарегистрироваться в территориальном фонде ОМС в пятидневный срок с момента их государственной регистрации, *страхователи – частные нотариусы* – не позднее 30 дней со дня получения лицензии на право нотариальной деятельности.

Страхователи-адвокаты обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня выдачи удостоверения адвоката.

Страхователи – физические лица, заключившие трудовые договоры с работниками, а также выплачивающие по договорам гражданско-правового характера вознаграждения, на которые начисляются налоги, обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня заключения соответствующих договоров.

Страхователи-организации, имеющие обособленные подразделения, должны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня создания обособленного подразделения.

Страхователи – органы государственной власти и органы местного самоуправления обязаны зарегистрироваться в срок не позднее 30 дней со дня их учреждения.

Страховыми медицинскими организациями могут являться только юридические лица – хозяйствующие субъекты любых форм собственности, обладающие необходимым для осуществления медицинского страхования уставным капиталом и получившие лицензии в установленном порядке в Росстрахнадзоре, находящемся в ведении Министерства финансов РФ.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, должны обладать уставным капиталом в размере не менее чем 1200-кратный размер минимальной месячной оплаты труда на день регистрации юридического лица. Лицензия действительна для проведения обязательного медицинского страхования на территории, указанной в ней.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, не должны входить в систему здравоохранения, а органы управления здравоохранением и медицинские учреждения не имеют права быть учредителями страховых медицинских организаций.

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.

Лицензирование страховых медицинских организаций

В целях упорядочения деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, Правительство РФ утвердило постановление от 29 марта 1994 г. № 251 «Об утверждении Правил лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование». Данным постановлением утверждены Правила лицензирования деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование.

В соответствии с Правилами лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование, производится Федеральной службой страхового надзора.

Лицензирование деятельности страховых медицинских организаций, осуществляющих добровольное медицинское страхование, производится также Федеральной службой страхового надзора, но в соответствии с Законом РФ «Об организации страхового дела в РФ».

Под деятельностью страховой медицинской организации, порядок лицензирования которой определяют Правила, понимается проведение обязательного медицинского страхования на некоммерческой основе в соответствии:

- 1) с территориальной программой обязательного медицинского страхования;
- 2) с договорами обязательного медицинского страхования;
- 3) с договорами с медицинскими учреждениями об оказании медицинской помощи застрахованным лицам;
- 4) с обеспечением застрахованных лиц страховыми медицинскими полисами;
- 5) с осуществлением контроля за объемом, качеством и сроком оказания медицинских услуг и защитой интересов застрахованных лиц.

Правила являются обязательными для всех страховых медицинских организаций независимо от форм собственности, осуществляющих обязательное медицинское страхование на территории РФ.

Лицензия страховой медицинской организации выдается по установленной форме на срок от 1 года и более по основаниям, определяемым Федеральной службой страхового надзора, и содержит следующие реквизиты:

- 1) полное наименование страховой медицинской организации;
- 2) юридический адрес страховой медицинской организации;
- 3) наименование территории, на которой действует лицензия;
- 4) номер и дату решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче лицензии;
- 5) подпись руководителя (его заместителя) Федеральной службы страхового надзора и гербовую печать;
- 6) регистрационный номер по Государственному реестру страховых медицинских организаций.

Номер лицензии должен быть указан в договорах обязательного медицинского страхования, которые страховая медицинская организация заключает со страхователем. За выдачу каждой лицензии Федеральная служба страхового надзора взимает со страховых медицинских организаций плату в размере пятикратного размера минимальной месячной оплаты труда, в случае необходимости выдачи дубликата лицензии плата взимается в аналогичном размере. Полученные средства направляются Федеральной службой страхового надзора в федеральный бюджет.

Об изменениях, внесенных в учредительные документы, страховая медицинская организация обязана сообщить в Федеральную службу страхового надзора в месячный срок с момента регистрации этих изменений в установленном порядке и представить копии документов, подтверждающих регистрацию внесенных изменений.

Федеральная служба страхового надзора осуществляет контроль за деятельностью страховой медицинской организации следующим образом. При выявлении нарушений требований законодательства РФ и Правил лицензирования Федеральной службой страхового надзора может быть

приостановлено или прекращено действие лицензии. Основанием для этого являются:

- 1) систематическое невыполнение страховой медицинской организацией обязательств по договорам обязательного медицинского страхования;
- 2) отказ страховой медицинской организации представить затребованные Федеральной службой страхового надзора документы, связанные с проведением обязательного медицинского страхования;
- 3) установление факта представления страховой медицинской организацией недостоверной информации в документах, явившихся основанием для выдачи лицензии;
- 4) систематическое несвоевременное сообщение страховой медицинской организацией о внесении изменений и дополнений в учредительные документы;
- 5) представление территориального фонда обязательного медицинского страхования, установившего нарушения законодательства РФ в деятельности страховой медицинской организации.

Страховая медицинская организация по решению суда может быть лишена лицензии на право заниматься медицинским страхованием за необоснованный отказ страхователю в заключении договора обязательного медицинского страхования.

Страховая организация несет правовую и материальную ответственность перед застрахованной стороной или страхователем за невыполнение условий договора медицинского страхования. Материальная ответственность предусматривается условиями договора медицинского страхования. Оплата услуг медицинских учреждений страховыми организациями производится в порядке и сроки, предусмотренные договором между ними, но не позднее месяца с момента представления документа об оплате. Ответственность за несвоевременность внесения платежей определяется условиями договора медицинского страхования.

При выявлении нарушений в деятельности страховой медицинской организации Федеральная служба страхового надзора дает предписание по их устранению, а в случае невыполнения предписаний приостанавливает или прекращает действие лицензии (со дня принятия такого решения).

Федеральная служба страхового надзора сообщает в письменном виде страховой медицинской организации о принятом решении. Федеральная служба страхового надзора имеет право отозвать лицензию в случае неустранения в установленные сроки нарушений, явившихся основанием для прекращения действия лицензии.

Решение о приостановлении, отмене приостановления или прекращении действия лицензии Федеральная служба страхового надзора сообщает Федеральному фонду обязательного медицинского страхования, территориальному фонду обязательного медицинского страхования и публикует информацию об указанных решениях в печати.

Решение об отмене приостановления действия лицензии принимается Федеральной службой страхового надзора при представлении страховой медицинской организацией отчета об устранении нарушений, ставших причиной приостановления действия лицензии, а в необходимых случаях – по результатам проверки деятельности страховой медицинской организации.

В случае прекращения действия лицензии ее повторная выдача допускается не ранее чем через 6 месяцев после прекращения действия предыдущей лицензии и осуществляется в порядке, установленном Правилами лицензирования.

Действия Федеральной службы страхового надзора могут быть обжалованы страховой медицинской организацией в порядке, установленном законодательством РФ.

При ликвидации или реорганизации страховой медицинской организации лицензия возвращается в Федеральную службу страхового надзора, а запись в реестре аннулируется.

Федеральная служба страхового надзора ежемесячно публикует данные о страховых медицинских организациях, которым выданы (приостановлены или прекращены действия) лицензии с указанием:

- 1) наименования, местонахождения страховой медицинской организации;
- 2) территорий, на которых действует лицензия;
- 3) номера и даты решения Федеральной службы страхового надзора о выдаче (приостановлении, прекращении действия) лицензии.

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;

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

Медицинские учреждения подлежат лицензированию. **Лицензирование** – это выдача государственного разрешения медицинскому учреждению на осуществление им определенных видов деятельности и услуг по программам обязательного и добровольного медицинского страхования. Лицензированию подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Лицензирование проводят лицензионные комиссии, создаваемые при органах государственного управления, городской и районной местной администрации из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, медицинских учреждений, общественных организаций (объединений).

По лицензиям медицинские учреждения вправе реализовывать как программы добровольного, так и программы обязательного медицинского страхования. Программы добровольного медицинского страхования должны быть реализованы без ущерба для программ обязательного медицинского страхования. Кроме того, лицензированные медицинские учреждения, выполняющие программы медицинского страхования, имеют право оказывать медицинскую помощь и вне системы медицинского страхования. Медицинские учреждения в системе медицинского страхования имеют право на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность застрахованных.

Медицинские учреждения подлежат также аккредитации. **Аккредитация медицинских учреждений** – определение их соответствия установленным профессиональным стандартам. Аккредитации подлежат все медицинские учреждения независимо от форм собственности. Аккредитацию медицинских учреждений проводят аккредитационные комиссии, создаваемые из представителей органов управления здравоохранением, профессиональных медицинских ассоциаций, страховых медицинских организаций. Аккредитованному медицинскому учреждению выдается сертификат.

Медицинские учреждения в соответствии с законодательством РФ и условиями договора несут ответственность за объем и качество предоставляемых медицинских услуг и за отказ в оказании медицинской помощи застрахованной стороне. В случае нарушения медицинским учреждением условий договора страховая медицинская организация вправе частично или полностью не возмещать затраты по оказанию медицинских услуг.

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.

5.3. Добровольное медицинское страхование

Добровольное медицинское страхование осуществляется на основе программ добровольного медицинского страхования, которые не регламентирует государство, но их самостоятельно разрабатывают страховщики, имеющие лицензию на медицинское страхование, в рамках своей собственной деятельности.

Субъекты добровольного медицинского страхования, их правовой статус

Добровольное медицинское страхование обеспечивает гражданам получение дополнительных медицинских и иных услуг, предоставляемых сверх норм, установленных программами обязательного медицинского страхования.

В добровольном медицинском страховании субъектами страхования являются гражданин, страхователь, страховщик, медицинское учреждение.

Страховщиками, осуществляющими добровольное медицинское страхование, могут являться:

1) страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование (страховая медицинская организация согласно закону, кроме медицинского страхования, не вправе осуществлять иные виды страховой деятельности, но имеет право одновременно проводить обязательное и добровольное медицинское страхование);

2) другие страховые организации, имеющие лицензии на осуществление добровольных видов медицинского страхования.

Страховая организация для осуществления добровольного медицинского страхования сначала заключает договор с медицинским учреждением, которое будет предоставлять услуги гражданам. При заключении такого договора по соглашению сторон устанавливаются тарифы на медицинские и иные услуги. Затем страховая организация привлекает клиентов, которые на добровольной основе желают заключить договоры медицинского страхования.

Клиентами-страхователями при добровольном медицинском страховании могут быть граждане, обладающие гражданской дееспособностью, и (или) предприятия, представляющие интересы граждан. При этом оплата взносов на добровольное медицинское страхование осуществляется за счет личных средств граждан или прибыли (доходов) предприятий. Размеры страховых взносов для граждан или предприятий, представляющих интересы граждан и организаций, которые желают заключить договор добровольного медицинского страхования, устанавливаются по соглашению сторон (страхователя и страховщика).

Добровольное медицинское страхование может быть коллективным и индивидуальным. Это означает, что юридическое лицо, выступающее страхователем, может застраховать как одного работника, так и целый коллектив, и тогда в договоре будет фигурировать большой (или небольшой) список лиц. Или, например, глава семьи может заключить договор добровольного медицинского страхования на самого себя, но вправе заключить и такой договор, в котором списком будет представлена вся семья.

5.4. Отличительные особенности ОМС и ДМС

ДМС преследует ту же социальную цель, что и ОМС, предоставление гражданам гарантии получения медицинской помощи путем страхового

финансирования. Однако эта общая цель достигается этими системами разными средствами.

Во-первых, ДМС, в отличие от ОМС, является отраслью не социального, а коммерческого страхования. ДМС, наряду со страхованием жизни и страхованием от несчастных случаев, относится к сфере личного страхования.

Во-вторых, как правило, это дополнение к системе ОМС, обеспечивающее гражданам возможность получения медицинских услуг сверх установленных в программах ОМС или гарантированных в рамках государственной бюджетной медицины.

В-третьих, несмотря на то, что и та, и другая системы страховые, ОМС использует принцип страховой солидарности, а ДМС – принцип страховой эквивалентности. По договору ДМС застрахованный получает те виды медицинских услуг и в тех размерах, за которые была уплачена страховая премия.

В-четвертых, участие в программах ДМС не регламентируется государством и реализует потребности и возможности каждого отдельного гражданина или профессионального коллектива.

Есть и другие, не менее существенные отличия указанных видов страхования: ОМС, в отличие от ДМС, охватывает все страховые риски независимо от их вида; оно является всеобщим, а ДМС может быть коллективным и индивидуальным.

Страхователями при ОМС выступают для работающих граждан – работодатели, а для неработающих – государство (органы местной исполнительной власти). При ОМС страхователь обязан включать договор со страховой медицинской компанией, а при ДМС договор заключается только на добровольной основе.

Деятельность по ОМС осуществляется на некоммерческой основе, а ДМС представляет собой один из видов финансово-коммерческой деятельности и осуществляется в соответствии не только с Законом «О медицинском страховании граждан РФ», но и с другими, регламентирующими предпринимательскую деятельность.

В отличие от ДМС, при ОМС срок страхового периода не зависит от срока уплаты страховых взносов; страховщик несет ответственность и в случае отсутствия уплаты страховых взносов.

Финансовые средства системы ОМС формируются за счет платежей бюджета и взносов предприятий, органов государственного управления соответствующего уровня. Размер взносов на ОМС для предприятий, организаций и других хозяйствующих субъектов устанавливается в процентах к начисленной оплате труда. ДМС осуществляется за счет прибыли (доходов) предприятия и личных средств граждан, размер страховых взносов устанавливается по соглашению сторон.

Базовая программа ОМС определяется Правительством РФ и на ее основе утверждается территориальная программа, содержащая перечень

медицинских услуг, оказываемых всем гражданам на данной территории. При ДМС перечень услуг и другие условия определяются договором страхователя и страховщика.

Тарифы на медицинские услуги при ОМС определяются на территориальном уровне соглашением между СМО, органами государственного управления соответствующего уровня и профессиональными медицинскими организациями. Тарифы на медицинские услуги при ДМС устанавливаются по соглашению между СМО и медицинским учреждением, предприятием, организацией или лицом, предоставляющим эти услуги.

Система контроля качества при ОМС определяется соглашением сторон при ведущей роли государственных органов управления, а при ДМС устанавливается договором.

В России процесс сочетания ОМС и ДМС происходит в значительной степени стихийно. Недостаточность медицинской помощи, получаемой в общественном секторе здравоохранения, заставляет пациентов искать пути получения недостающих медицинских услуг за счет личных доходов или средств работодателей. При этом подобными возможностями в значительно меньшей степени могут пользоваться граждане, относящиеся к категории социально незащищенных – хронические больные и малообеспеченные люди. А ведь именно они и нуждаются в большем объеме медицинской помощи. При недостаточности медицинской помощи для этой категории потребность в ней увеличивается. В результате растет диспропорция между объемами необходимого и доступного этим гражданам медицинского обслуживания.

Ниже перечислены основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования (табл.1).

Таблица 1. Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования.

№ п/п	Обязательное медицинское страхование	Добровольное медицинское страхование
1	Некоммерческое	Коммерческое
2	Один из видов социального страхования	Один из видов личного страхования
3	Всеобщее массовое	Индивидуальное или групповое
4	Регламентируется Законом РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»	Регламентируется Законами РФ «Об организации страхового дела в РФ» и «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
5	Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями	Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
6	Правила страхования определяются государством	Правила страхования определяются страховыми организациями
7	Страхователи — работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления	Страхователи — юридические и физические лица
8	Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета	Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, прибыли работодателей
9	Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти	Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
10	Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике	Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
11	Система контроля качества устанавливается государственными органами	Система контроля качества устанавливается договором страхования
12	Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности — обязательного медицинского страхования	Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
13	При наступлении страхового случая — субсидарная ответственность	При наступлении страхового случая — возмещение суммы страхового взноса

Таблица 2. Основные различия полиса ОМС от полиса ДМС

	Обязательное	Добровольное
	Составная часть государственного социального страхования	Договор заключается по усмотрению гражданина либо его работодателя
	Обеспечение минимального гарантированного объема медицинской и лекарственной помощи бесплатно в	Предоставление возможности получения дополнительных медицинских услуг помимо

	рамках базовой программы	государственных гарантий
	Оказание бесплатной помощи, за счет средств налогоплательщиков	Оплата медицинских услуг совершается согласно условиям договора
	Территориальная программа государственных гарантий определяет перечень медицинских учреждений, действующих в системе ОМС	Страховая компания разрабатывает программы ДМС для реализации, которых привлекает медицинские учреждения
	Источник финансирования создается за счет страховых взносов, оплачиваемых работодателями, бюджетом государства	Источником финансирования могут быть собственные доходы граждан, работодателя
	Тарифы устанавливаются по единой сетке, утвержденной государством	Тарифы устанавливаются согласно условиям договора
	Государственные органы определяют систему контроля качества оказываемых медицинских услуг	Методы осуществления контроля качества оговариваются сторонами в ходе заключения договора

Медицинское страхование лиц, выезжающих за рубеж

При выезде из Российской Федерации оказание медицинской помощи гражданам РФ осуществляется только за счет страхования (Федеральный закон от 15 августа 1996 г. № 114-ФЗ «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию».) Статья 14 указанного Закона гласит, что оплата медицинской помощи гражданину РФ при выезде из РФ (за исключением гражданина РФ, направляемого в служебную командировку) осуществляется:

1) согласно условиям, предусмотренным полисом медицинского страхования или заменяющим его документом, действительными для получения медицинской помощи за пределами территории РФ;

2) при наличии гарантии физического или юридического лица, приглашающего гражданина РФ, возместить расходы на оказание медицинской помощи (лечение в медицинском учреждении) гражданину РФ.

В случае, если отсутствуют полис медицинского страхования либо гарантии лица, приглашающего гражданина РФ, расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ несет сам гражданин.

Помощь по страховым случаям для граждан РФ, пребывающих на территории иностранного государства, оказывается дипломатическим представительством или консульским учреждением РФ в порядке, который устанавливает Правительство РФ (если иное не предусмотрено международным договором РФ с соответствующим иностранным государством).

Правительство РФ утвердило своим постановлением от 1 октября 1998г № 1142 «О реализации отдельных норм Федерального закона «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» Положение об оказании помощи по страховым случаям гражданам Российской Федерации, находящимся на территории иностранного государства.

Страховые случаи согласно Положению определяются содержанием страхового договора, заключенного гражданином РФ со страховой организацией. Из Положения следует, что на медицинское страхование граждан, выезжающих за рубеж, распространяются все те же правила, что и на добровольное медицинское страхование. Медицинское страхование является разновидностью личного страхования, страхователями при этом могут выступать как физические, так и юридические лица (например, турфирмы), а застрахованными – только граждане.

Лицо, выезжающее за рубеж, если оно не желает нести расходы на оказание медицинской помощи за пределами территории РФ, определяет самостоятельно, к какому страховщику обратиться за страховкой, и конечно же это должен быть страховщик, имеющий лицензию на осуществление ДМС. Обычно турфирмы сотрудничают со страховщиками и могут подсказать клиенту адреса страховых фирм. Если турфирма направляет своего клиента к конкретному страховщику, это не означает, что страхователь обязан обращаться именно в данную страховую компанию. Страхователь имеет право на свободный выбор страховщика.

В настоящее время отечественные страховые компании, продающие полисы ДМС, сотрудничают с международными системами assistance, заключая напрямую или через посредника договор с фирмой, специализирующейся на организации предоставления медицинской помощи и прочих услуг в той или иной стране. Лицу, выезжающему за рубеж и осуществляющему выбор страховщика, прежде чем заключить договор страхования с отечественным страховщиком, необходимо задавать следующие вопросы страховщику о том:

- 1) имеет ли данная страховая организация договор (соглашение) о совместной работе с иностранными компаниями-assistance;
- 2) какие услуги оказываются иностранным партнером российским гражданам и на каких условиях;
- 3) на какой территории действуют страховые полисы данной страховой компании и какой они категории.

При обращении к страховщику на предмет заключения договора медицинского страхования страхователь пишет заявление. Страховая сумма выбирается в соответствии со страной назначения и классифицируется в зависимости от необходимости минимального покрытия. Страховщик прилагает к договору памятку, в которой написана инструкция что и как надо делать при наступлении страхового случая, когда и куда заявить о нем, какие документы представить и т. д.

В инструкции также указаны случаи, при возникновении которых страховая защита не предоставляется (например, употребление алкоголя или наркотиков, участие в драках, митингах, шествиях, производство самострелов, самоубийство). Для того чтобы не возникли проблемы с медицинской страховкой в чужой стране, ее обладатель должен четко следовать инструкции.

По страховке для лиц, выезжающих за рубеж, оказываются следующие виды услуг:

- 1) экстренная медицинская помощь во время зарубежной поездки при внезапном заболевании или несчастном случае;
- 2) транспортировка в ближайшую больницу, способную провести качественное лечение под соответствующим медицинским контролем;
- 3) эвакуация в страну постоянного проживания под надлежащим медицинским контролем;
- 4) внутрибольничный контроль и информирование семьи и больного;
- 5) предоставление медицинских препаратов, если их нельзя достать на месте;
- 6) консультационные услуги врача-специалиста (при необходимости);
- 7) оплата транспортных расходов по доставке заболевшего туриста или его тела в страну постоянного проживания;
- 8) репатриация останков туриста;
- 9) оказание юридической помощи туристу при расследовании гражданских и уголовных дел за рубежом.

Страховые события должны быть обозначены в договоре, а также в правилах и условиях страхования. Выплата страхового обеспечения производится, если страховой случай соответствует обозначенному в договоре. При страховании лиц, выезжающих за рубеж, к страховым случаям относятся смерть (гибель), кратковременные, неожиданные, непреднамеренные заболевания и несчастные случаи (отравления, травмирование и т. д.), произошедшие только в местах, предусмотренных турпутевкой, а не в случайных барах, кафе, во время прогулочных катаний на водных лыжах, дельтапланах, лошадях и т. п.

Страховыми случаями при страховании лиц, выезжающих за рубеж, не считаются болезни хронического, инфекционного и рецидивного заболевания (сердечно-сосудистые, онкологические, туберкулезные, зубопротезные и другие болезни).

Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал государственного
бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального
образования «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра экономики и организации здравоохранения и фармации

Ю.В. Золотарева

**Методические указания по выполнению
контрольной работы по дисциплине
Страховые риски в здравоохранении
направления 38.03.02 «Менеджмент»
(заочная форма)**

Пятигорск 2020

I. Общие положения

I.1. Цели и задачи контрольной работы

Целью выполнения контрольной работы является углубление и закрепление теоретических и практических навыков используемых для решения конкретных практических задач по дисциплине «Страховые риски в здравоохранении».

Задачами выполнения контрольной работы является изучение теоретического и практического материала по управлению персоналом медицинской организации.

Таким образом, контрольная работа представлена в форме сквозной задачи.

I.2. Порядок и сроки выполнения контрольной работы

Задания по контрольной работе выдаются в сроки, установленные учебным планом. Работа выполняется студентом в течение учебного семестра, в соответствии с календарным графиком.

Процесс выполнения контрольной работы включает следующие этапы:

- подбор и изучение литературы по теме;
- написание контрольной работы;

1.3. Структура и содержание работы Требования к содержанию контрольной работы

ТРЕБОВАНИЯ К ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

В соответствии с учебным планом студенты должны выполнить одну контрольную работу по учебной дисциплине «Страховые риски в здравоохранении».

Выполнение контрольной работы позволяет координировать работу обучающихся по изучению предмета в межсессионный период и осуществлять текущий контроль за самостоятельной работой студентов заочного отделения.

Надлежащее выполнение контрольных работ способствует более глубокому изучению учебных дисциплин, выработке необходимых навыков

самостоятельного обобщения материала, правильному применению полученных знаний в практической деятельности.

Цель выполнения контрольной работы для студента состоит в том, чтобы самостоятельно, на основе изучения литературы и знаний, полученных с помощью обзорных лекций и консультаций преподавателя, рассмотреть и изложить в тетради предложенные темы. Самостоятельная работа с источниками литературы поможет студентам приобрести определенный навык в обобщении и изложении материала по вопросам управленческой деятельности.

Этапы работы над контрольной работой можно представить в следующей последовательности:

- изучение рекомендованной по теме литературы;
- составление плана работы;
- подготовка текста, его оформление;
- составление списка использованной литературы;
- предоставление на заочное отделение выполненной работы.

Обучающиеся, получившие контрольную работу после проверки, должны внимательно ознакомиться с рецензией и с учетом замечаний и рекомендаций преподавателя доработать отдельные вопросы.

К экзамену или зачету допускаются студенты, которые своевременно выполнили домашнюю контрольную работу и получили по ней «зачет».

«Зачтенная» контрольная работа предъявляется преподавателю в день сдачи экзамена (зачета), в противном случае студенты к экзамену не допускаются.

По «зачтенным» работам преподаватель может проводить собеседование для выяснения возникших при рецензировании вопросов.

«Незачтенные» контрольные работы подлежат повторному выполнению на основе развернутой рецензии.

Результаты проверки фиксируются в журнале учета домашних контрольных работ.

Студент должен прибыть на зачет с зачтенной контрольной работой и предъявить ее экзаменатору. В ходе экзамена студенту могут быть заданы по контрольной работе вопросы, вытекающие из рецензии.

В работе должна быть приведена полная формулировка теоретического вопроса и после нее дан ответ, который должен быть конкретным, раскрывающим суть вопроса. Желательно использование нескольких источников для всестороннего освещения вопроса.

В завершении работы необходимо указать список используемой литературы с указанием названия, книжного издания, авторов, года издания (не позднее 2015 года), а также использованные цифровые образовательные ресурсы или интернет-источники.

Для рецензии преподавателя нужно оставить 1-2 страницы в конце тетради. Если работа «зачтена с условием» или «не зачтена», она повторно выполняется (дополняется) в той же тетради с учетом замечаний преподавателя.

К выполнению контрольной работы студент должен подходить творчески, максимально используя свой личный и производственный опыт, изучив рекомендуемую литературу и учитывая рекомендации преподавателя.

1.4. Критерии оценивания контрольной работы

Контрольная работа по учебной дисциплине «Страховые риски в здравоохранении» имеет следующие критерии оценивания:

Оценка «зачтено»:

- полно раскрыто содержание темы и вопросов в объеме программы и рекомендованной литературы;

- четко и правильно даны определения и раскрыто содержание концептуальных понятий, закономерностей, корректно использованы научные термины;

- для доказательства использованы различные теоретические знания, выводы из наблюдений и опытов;

- ответ исчерпывающий, с опорой на литературные источники.

Оценка «зачтено с условием»:

- раскрыто основное содержание темы и вопросов, но изложено фрагментарно;

- содержание работы неполное, допущены нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях.

- допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий.

Оценка «незачтено»:

- содержание темы и вопросов не раскрыты;

- ответ неправильный, не раскрыто основное содержание программного материала;

- не даны ответы на вспомогательные вопросы;

- допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

Контрольная работы должна содержать титульный лист, содержание работы, полный ответ на теоретический вопрос, практическую часть, заключение, список использованной литературы и приложения. Объем работы должен составлять 15-25 страниц компьютерного текста. На титульном листе указываются факультет, кафедра, номер варианта, фамилия, имя, отчество студента, курс, группа, номер личного дела, фамилия и инициалы преподавателя-рецензента.

При оформлении контрольной работы необходимо выполнение следующих требований: - Формат листа - А4; - Текстовый редактор - MS Word любой версии; - Поля на странице: слева и сверху - 2,5 см., снизу - 2,0 см., справа - 1,5 см. - Шрифт - Times New Roman, 14 пт.; - Абзац: интервал - 1.5, красная строка - 1.25 см., выравнивание - по ширине, допускаются переносы в словах; - Печать осуществляется на одной стороне листа; - Все страницы, кроме титульного листа, должны быть пронумерованы; Все схемы, диаграммы, графики именуются рисунками и имеют сквозную нумерацию; Выравнивание подрисуночных подписей - по центру; Номер таблицы указывается справа, а ее название по центру вверху таблицы; Формулы и других математические выражения создаются с использованием встроенного в MS Word редактора формул Equation.

Для стилового оформления формул можно использовать встроенные стандартные настройки редактора формул, за исключением размера основного текста; Страницы текста контрольной работы нумеруются арабскими цифрами, номер страницы ставится вверху по центру. Титульный лист считается первым, но номер на нем не проставляется. На странице, где указывается содержание работы, проставляется номер страницы - два (2) и т.д. Список литературы также следует включать в сквозную нумерацию страниц. Таблицы и рисунки должны размещаться сразу после ссылки на них в тексте контрольной работы. При оформлении контрольной работы сокращения слов и словосочетаний не допускаются, за исключением общепринятых сокращений и аббревиатур.

В библиографический список включаются только те источники, которые действительно использовались студентом при выполнении контрольной работы. Каждый источник должен иметь полные выходные данные, которые приведены в контртителе изданного источника. В частности приводятся фамилия автора (авторов) и его (их) инициалы, полное наименование источника, вид издания, место издания, наименование

издательства, год издания и количество страниц. Завершенная и правильно оформленная контрольная работа должна быть сброшюрована или помещена в канцелярскую папку. При положительном заключении работа допускается к собеседованию, о чем делаются записи на титульном листе работы. При отрицательной заключении работа возвращается на доработку с последующим представлением на повторное рецензирование. Студент, не представивший в установленные сроки контрольную работу, не допускается к сдаче зачета по дисциплине

1.5. Задания к контрольной работе
Комплект контрольных заданий по дисциплине
«Страховые риски в здравоохранении»

ВАРИАНТ 1

1. Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.
2. Управление рисками, принимаемыми по договорам страхования.

ВАРИАНТ 2

1. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.
2. Основные подходы к классификации страховых рисков.

ВАРИАНТ 3

1. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.
2. Основные формы политики управления рисками в здравоохранении.

ВАРИАНТ 4

1. Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.
2. Зоны риска и ситуации неопределенности.

ВАРИАНТ 5

1. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.
2. Юридические методы управления рисками.

ВАРИАНТ 6

1. Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.

2. Финансирование риска при страховании в медицинских учреждениях

ВАРИАНТ 7

1. Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.
2. Тактическое управление рисками в здравоохранении.

ВАРИАНТ 8

1. Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении
2. Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.

ВАРИАНТ 9

1. Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.
2. Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.

ВАРИАНТ 10

1. Учет и контроль в системе управления страховыми рисками в здравоохранении.
2. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

—

филиал федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего образования

**«ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ
УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
ОБУЧАЮЩИХСЯ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«СТРАХОВЫЕ РИСКИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПОДГОТОВКИ
38.03.02 «МЕНЕДЖМЕНТ»**

Пятигорск, 2020

РАЗРАБОТЧИКИ:

Доцент кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, канд. экон. наук, доцент Багдасарян Д.Г.

Старший преподаватель кафедры экономики и организации здравоохранения и фармации, Шкуратова М.В.

РЕЦЕНЗЕНТ:

Заведующая кафедрой экономики, менеджмента и государственного управления института сервиса, туризма и дизайна (филиала) ФГАОУ ВО СКФУ в г. Пятигорске, доктор экономических наук, доцент Штапова Ирина Сергеевна

В рамках дисциплины формируются следующие компетенции, подлежащие оценке настоящим ФОС:

ПК-9 способностью оценивать воздействие макроэкономической среды на функционирование организаций и органов государственного и муниципального управления, выявлять и анализировать рыночные и специфические риски, а также анализировать поведение потребителей экономических благ и формирование спроса на основе знания экономических основ поведения организаций, структур рынков и конкурентной среды отрасли;

ПК-15 умением проводить анализ рыночных и специфических рисков для принятия управленческих решений, в том числе при принятии решений об инвестировании и финансировании.

1. ВОПРОСЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

№	Вопросы для текущего контроля успеваемости студента	Проверяемые компетенции
1	Теоретические основы страховых рисков в здравоохранении	ПК-9, ПК-15
2	Методология управления рисками в здравоохранении	ПК-9, ПК-15
3	Принятие управленческих решений в сфере страхования на рынке здравоохранения в условиях риска и неопределенности	ПК-9, ПК-15

ПРИМЕРЫ ТИПОВЫХ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ ИЛИ ИНЫХ МАТЕРИАЛОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ХОДЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ТЕМЕ 1 ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СТРАХОВЫХ РИСКОВ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Перечень вопросов:

1. Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.
2. Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении.
3. Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.
4. Основные подходы к классификации страховых рисков.
5. Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.
6. Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.
7. Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.
8. Юридические методы управления рисками.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Опишите административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.
2. Какова сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.
3. Перечислите особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.
4. Назовите и опишите факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.
5. Опишите процедуру подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.
6. Опишите зоны риска и ситуации неопределенности.
7. Назовите методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.
8. Какова роль учета и контроля в системе управления страховыми рисками в здравоохранении.

Задания для практического занятия:

Задача №1

Страховая медицинская компания заключила с предприятием договор на добровольное медицинское страхование (ДМС) 400 сотрудников. Средняя стоимость обслуживания одного пациента в поликлиниках, с которыми медицинская страховая компания имеет договор, составляет 200 д.е. в год, вероятность госпитализации 20%, средняя стоимость лечения одного больного в стационарах, с которыми страховая компания имеет договор, составляет 700 д.е. за курс. Накладные расходы медицинской страховой компании на ведение дел в расчете на одного застрахованного составляют в среднем 30 д.е., планируемая прибыль компании равна 25%. Рассчитать годовой страховой взнос промышленного предприятия на добровольное медицинское страхование 400 сотрудников.

Задача №2

Рассчитать единовременную брутто-премию для страхователя в возрасте 45 лет, застрахованного на дожитие по договору страхования жизни сроком на 3 года. Норма доходности $i=8\%$. Страховая сумма $S=250$ тыс. руб. Нагрузка $f=10\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 1:

1. Часть страхового тарифа, предназначенная для покрытия страховых выплат
 - а) брутто-тариф (брутто-ставка)
 - б) нетто-тариф (нетто-ставка)
 - в) нагрузка
2. Формы осуществления страхования по законодательству РФ
 - а) частное и государственное
 - б) обязательное и добровольное
 - в) индивидуальное и взаимное
 - г) личное и коллективное
3. Страховая премия – это ...
 - а) плата за страхование, которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или Законом
 - б) денежная сумма, которую платит страховщик страхователю при наступлении страхового случая

- в) определенная договором страхования или установленная законом денежная сумма в размере страховой ответственности, принимаемой на себя страховщиком
4. Часть страхового тарифа, предназначенная для покрытия затрат на проведение страхования, фонда предупредительных мероприятий и прибыли
- а) нетто-ставка
 - б) нагрузка
 - в) рисковая надбавка
 - г) брутто-ставка
 - д) дельта-надбавка
5. Соглашение между страховщиком и страхователем, регулирующее их взаимные обязательства
- а) правила страхования
 - б) договор страхования
 - в) меморандум страхования
 - г) аварийный сертификат
 - д) договор перестрахования
6. Плата за страхование (страховую услугу), которую страхователь обязан внести страховщику в соответствии с договором или Законом, называется ...
- а) страховым возмещением
 - б) страховым обеспечением
 - в) страховой премией
 - г) страховым тарифом
7. Срок действия лицензии ограничен
- а) да
 - б) нет
 - в) да, если это оговорено при ее выдаче
8. Первичное страхование-это ...
- а) передача риска от страховщика другой страховой компании
 - б) предоставление страховой защиты клиентам
 - в) страхование крупных промышленных рисков
 - г) защита своего капитала или труда от непредвиденных событий
9. Объектами личного страхования могут быть имущественные интересы, связанные с ...
- а) жизнью, здоровьем, трудоспособностью и пенсионным обеспечением страхователя или застрахованного лица
 - б) владением, пользованием, распоряжением имуществом возмещением страхователем причиненного им вреда личности или имуществу физического или юридического лица
- перестрахованием
10. Лицензирование страховой деятельности на территории РФ осуществляет ...
- а) министерство финансов РФ
 - б) Федеральная служба по надзору за страховой деятельностью государственный комитет по вопросам развития страхования РФ
 - в) Государственный комитет по антимонопольной политике

ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ТЕМЕ 2 МЕТОДОЛОГИЯ УПРАВЛЕНИЯ РИСКАМИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Перечень вопросов:

1. Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.

2. Основные формы политики управления рисками в здравоохранении.
3. Тактическое управление рисками.
4. Финансирование риска при страховании в медицинских учреждениях.
5. Управление рисками в здравоохранении, принимаемыми по договорам страхования.
6. Функции страхования, их проявление и использование в процессе хозяйствования.
7. Понятие страховых правоотношений, субъективный состав и источники возникновения.
8. Нормы гражданского, административного, финансового и государственного права, регулирующие страховую деятельность.

Вопросы для устного опроса студентов:

1. Дайте понятие страхового тарифа. Каковы основы построения страховых тарифов.
2. Перечислите особенности организации финансов страховщика.
3. Опишите денежный оборот страховых организаций и его особенности.
4. Представьте дифференциацию собственного и привлеченного капитала страховщика.
5. Опишите доходы, расходы и прибыль страховщика в сфере здравоохранения.
6. Опишите сущность инвестиционной деятельности как фактора обеспечения финансовой устойчивости страховщика.
7. Как определить платежеспособность страховой компании.
8. Перечислите и опишите методики оценки платежеспособности страховщиков.

Задания для практического занятия:

Задача №1

В договоре страхования предусмотрен лимит на один страховой случай в размере 50 тыс. д.е. В результате ДТП нанесен вред пешеходам: первому на сумму 45 тыс. д.е., второму на сумму – 55 тыс. д.е. Определить: размер выплат каждому потерпевшему.

Задача №2

Необходимо обосновать выбор системы страхового возмещения – пропорциональной ответственности или по первому риску.

Исходные данные:

Стоимость имущества жилого дома $W=14000$ ден. ед.

Средства для страхования $S=215$ ден. ед.

Страховой тариф $P=3\%$.

Фонд тестовых заданий по теме № 2:

1. Страховыми событиями при страховании граждан от несчастных случаев могут быть такие:
 - а) смерть застрахованного от несчастного случая
 - б) смерть застрахованного по любой причине (кроме самоубийства)
 - в) дожитие застрахованного до окончания срока действия договора страхования.
2. Назовите основные характеристики классификации страхования по экономическим признакам:
 - а) время возникновения отдельных видов страхования
 - б) формы проведения страхования
 - в) статус страхователя
 - г) объекты страхования
3. Личное страхование обеспечивает страховую защиту:
 - а) здоровья граждан

- б) домашнего имущества граждан
 - в) ответственности работодателя перед персоналом
 - г) жизни граждан.
4. Какие из видов страхования не принадлежат к имущественному?
- а) страхование кредитов
 - б) страхование ответственности владельцев автотранспортных средств
 - в) страхование инвестиций
 - г) страхование наземного транспорта
5. Какие формы страхования Вы знаете?
- а) личное, имущественное, ответственности
 - б) жизни, рисковые
 - в) добровольное и обязательное
6. Назовите отрасли страхования:
- а) имущественное
 - б) личное
 - в) обязательное
 - г) страхование жизни
 - д) ответственности
 - е) добровольное
7. Какие мероприятия являются этапами риск – менеджмента?
- а) предупреждение риска
 - б) финансирование
 - в) анализ риска
 - г) самофинансирование риска
 - д) ограничение риска
 - е) избежание риска
 - ё) контроль
 - ж) страхование
8. В чем заключается анализ риска?
- а) диагностика риска
 - б) уменьшение риска
 - в) избежание риска
 - г) идентификация риска
 - д) оценка риска
9. Какие свойства являются критериями страховых рисков?
- а) низкая степень вероятности
 - б) случайность
 - в) чрезвычайно большие потери
 - г) возможность оценки в стоимостных единицах
10. Какие компоненты составляют содержание экономического риска?
- а) вероятность наступления случайных событий
 - б) вероятность наступления случайных убытков
 - в) случайные события
 - г) дополнительная выгода
 - д) убытки, нанесенные случайными событиями
 - е) объект, который испытывает действие случайного события

**ПРИМЕРЫ ЗАДАНИЙ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ТЕМЕ 3
ПРИНЯТИЕ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ В СФЕРЕ СТРАХОВАНИЯ НА
РЫНКЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УСЛОВИЯХ РИСКА И НЕОПРЕДЕЛЕННОСТИ**

Перечень вопросов:

1. Состав доходов страховой компании на рынке здравоохранения
2. Состав расходов страховой компании. Порядок формирования финансовых результатов деятельности страховщиков.
3. Прибыль страховой компании, ее источники и назначение.
4. Личное страхование и страхование жизни.
5. Структура страхового рынка в системе здравоохранения.
6. Институциональный, территориальные аспекты страхового рынка.
7. Страховая услуга и ее особенности как товара на страховом рынке.
8. Страховые компании и их виды.
9. Страховые посредники в системе здравоохранения: агенты и брокеры.
10. Особенности правоотношений страховой организации и страховых посредников. Страховые эксперты.
11. Необходимость и сущность медицинского страхования. Принципы медицинского страхования.

Вопросы для устного опроса студентов:

9. Опишите историю развития медицинского страхования за рубежом.
10. Каковы типы систем здравоохранения, выделяемые ВОЗ, достоинства и недостатки каждой из них. Определите, к какому типу здравоохранения относится современная система российского здравоохранения.
11. В чем специфика системы медицинского страхования в России. Каковы принципы организации ОМС.
12. Охарактеризуйте объект, субъекты, функции, виды (формы) медицинского страхования. Кто является участниками системы ОМС и какова схема их взаимодействия.
13. В чем специфика страхователей в системе ОМС, каковы их права и обязанности. В чем особенности страховых взносов на медицинское страхование.
14. Перечислите функции застрахованных лиц в системе ОМС, их права и обязанности. Что гарантирует страховой медицинский полис.
15. Опишите способы анализа воздействия макроэкономической среды и органов государственного и муниципального управления на функционирование организаций, осуществляющих страхование и финансирование рисков на рынке здравоохранения.
16. Представьте методы выявления и анализа рыночных и специфических страховых рисков медицинских организаций.

Задания для практического занятия:

Задача №1

Рассчитать размер страхового платежа и страхового возмещения. Хозяйствующий субъект застраховал свое имущество сроком на один год с ответственностью за кражу на сумму 120 тыс. руб. Ставка страхового тарифа 3% страховой суммы. По договору страхования предусмотрена безусловная франшиза в размере 2 тыс. руб., при которой предоставляется скидка к тарифу 4%. Фактический ущерб страхователя составил 20,5 тыс. руб.

Задача №2

Гр. Х., неработающий инвалид 2 группы, обратился 20.03.2015 г. в поликлинику к участковому терапевту за выпиской рецепта на лекарственный препарат для постоянной поддерживающей терапии гипертонической болезни. В течении многих лет данный пациент в комплексной терапии гипертонической болезни получал лекарственный

препарат валсартан, т.к. ингибиторы АПФ у него вызывают кашель. Данный препарат хорошо переносится пациентом, поддерживая достигнутый целевой уровень АД. Участковый терапевт отказал в выписке рецепта на лекарственный препарат бесплатно, мотивируя свой отказ тем, что данный препарат был исключен из перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2015 г.

Вопрос: Правильно ли поступил участковый терапевт, отказывая пациенту (неработающему инвалиду 2 группы) в бесплатной выписке лекарственного препарата валсартан?

Фонд тестовых заданий по теме № 3:

1. Какие из представленных организационных форм предприятий могут согласно с действующим законодательством претендовать на осуществление страховой деятельности?
 - а) частное предприятие, принадлежащее одному лицу
 - б) командитное общество со 100 % иностранным капиталом
 - в) акционерные общества закрытого типа
 - г) общество с ограниченной ответственностью
 - д) предприятие со 100 % государственным капиталом
2. Кто может прекратить действие договора страхования?
 - а) уполномоченный орган
 - б) судебные органы
 - в) страхователь
 - г) страховщик
 - д) по обоюдному согласованию – страховщик и страхователь
 - е) лига страховых организаций
3. Существует ли разница между такими документами, как «страховой договор», «страховой полис», «страховое свидетельство»?
 - а) есть разница относительно договоров страхования инвестиций
 - б) разницы нет
 - в) есть разница относительно договоров страхования жизни
 - г) существует незначительная разница
4. По отношению к правилам страхования компетенция органа надзора за страховой деятельностью сводится к:
 - а) депонированию
 - б) утверждению
 - в) дополнению или сокращению
 - г) проверке и замечаниям по сущности, вплоть до запрещения
 - д) регистрации
5. Выгодоприобретатели – это
 - а) страхователи
 - б) лица, назначенные для получения страховой выплаты
 - в) застрахованные лица
 - г) страховщики
6. Главный вопрос классификации страхового дела – это
 - а) обоснование критериев классификации страхового предпринимательства
 - б) знание статистических показателей функционирования страхового рынка страны
 - в) знание структуры экономического содержания страхового рынка страны
7. Для того, чтобы опасное событие стало страховым случаем, надо
 - а) чтобы оно произошло и нанесло вред людям, ущерб имуществу

- б) чтобы оно стало причиной издания юридических законов по возмещению вреда личности человека или ущерба имуществу
 - в) чтобы оно наступило будучи признано страховым случаем по договору страхования
 - г) чтобы оно не произошло, но согласно законодательству было отнесено к страховым случаям
 - д) чтобы оно произошло
8. Договор страхования можно оформить
- а) путем выдачи страховщиком страхового полиса в ответ на заявление страхователя
 - б) через его подписание страховщиком и страхователем
 - в) без подачи письменного заявления на страховую выплату в устной форме
9. Заявление на страхование – это
- а) волеизъявление страховщика, разрабатывающего его форму и содержание на основе согласования с госстрахнадзором
 - б) волеизъявление госстрахнадзора в его рекомендациях страховщику
 - в) волеизъявление государства
 - г) волеизъявление страхователя
12. К основным характеристикам страхуемости рисков относятся
- а) отсутствие статистических данных
 - б) возможность оценки распределения ущерба
 - в) независимость от воли страхователя
 - г) случайность и вероятность

2. ВОПРОСЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ И ПРОВЕРЯЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Вопросы к зачету

№	Вопросы для промежуточной аттестации студента.	Проверяемые компетенции
1.	Понятие «страховой риск» и краткая история развития разновидностей страховых рисков в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
2.	Основные термины, раскрывающие сущность страховых рисков в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
3.	Классификация страховых рисков в системе здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
4.	Основные подходы к классификации страховых рисков.	ПК-9 ПК-15
5.	Внешний и внутренний мониторинг страховых рисков в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
6.	Основные подходы и методы к выявлению страхового риска в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
7.	Понятие и виды методов управления страховыми рисками в системе здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
8.	Юридические методы управления рисками.	ПК-9 ПК-15
9.	Административные методы риск – менеджмента в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
10.	Сущность экономических методов управления рисками в системе медицинского страхования.	ПК-9 ПК-15
11.	Особенности применения психологических методов управления страховыми рисками в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15

12.	Факторы, влияющие на эффективность управления риском в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
13.	Процедура подготовки, принятия и реализации управленческих решений с целью снижения страховых рисков в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
14.	Зоны риска и ситуации неопределенности.	ПК-9 ПК-15
15.	Методы разработки и принятия управленческих решений в системе риск – страхования.	ПК-9 ПК-15
16.	Учет и контроль в системе управления страховыми рисками в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
17.	Оценка эффективности управления страховыми рисками в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
18.	Основные формы политики управления рисками в здравоохранении.	ПК-9 ПК-15
19.	Тактическое управление рисками.	ПК-9 ПК-15
20.	Финансирование риска при страховании в медицинских учреждениях.	ПК-9 ПК-15
21.	Управление рисками в здравоохранении, принимаемыми по договорам страхования.	ПК-9 ПК-15
22.	Функции страхования, их проявление и использование в процессе хозяйствования.	ПК-9 ПК-15
23.	Понятие страховых правоотношений, субъективный состав и источники возникновения.	ПК-9 ПК-15
24.	Нормы гражданского, административного, финансового и государственного права, регулирующие страховую деятельность.	ПК-9 ПК-15
25.	Понятие страхового тарифа. Основы построения страховых тарифов.	ПК-9 ПК-15
26.	Особенности организации финансов страховщика.	ПК-9 ПК-15
27.	Денежный оборот страховых организаций и его особенности.	ПК-9 ПК-15
28.	Собственный и привлеченный капитал страховщика.	ПК-9 ПК-15
29.	Доходы, расходы и прибыль страховщика в сфере здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
30.	Инвестиционная деятельность как фактор обеспечения финансовой устойчивости страховщика.	ПК-9 ПК-15
31.	Платежеспособность страховой компании.	ПК-9 ПК-15
32.	Методики оценки платежеспособности страховщиков.	ПК-9 ПК-15
33.	Состав доходов страховой компании на рынке здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
34.	Состав расходов страховой компании. Порядок формирования финансовых результатов деятельности страховщиков.	ПК-9 ПК-15
35.	Прибыль страховой компании, ее источники и назначение.	ПК-9 ПК-15
36.	Личное страхование и страхование жизни.	ПК-9

		ПК-15
37.	Структура страхового рынка в системе здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
38.	Институциональный, территориальные аспекты страхового рынка.	ПК-9 ПК-15
39.	Страховая услуга и ее особенности как товара на страховом рынке.	ПК-9 ПК-15
40.	Страховые компании и их виды.	ПК-9 ПК-15
41.	Страховые посредники в системе здравоохранения: агенты и брокеры.	ПК-9 ПК-15
42.	Особенности правоотношений страховой организации и страховых посредников. Страховые эксперты.	ПК-9 ПК-15
43.	Необходимость и сущность медицинского страхования. Принципы медицинского страхования.	ПК-9 ПК-15
44.	Основные этапы развития медицинского страхования в России.	ПК-9 ПК-15
45.	История развития медицинского страхования за рубежом.	ПК-9 ПК-15
46.	Типы систем здравоохранения, выделяемые ВОЗ, достоинства и недостатки каждой из них. Определите, к какому типу здравоохранения относится современная система российского здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
47.	Система медицинского страхования в России. Принципы организации ОМС.	ПК-9 ПК-15
48.	Объект, субъекты, функции, виды (формы) медицинского страхования. Участники системы ОМС, схема их взаимодействия.	ПК-9 ПК-15
49.	Страхователи в системе ОМС, их права и обязанности. Страховые взносы на медицинское страхование	ПК-9 ПК-15
50.	Застрахованные лица в системе ОМС, их права и обязанности. Страховой медицинский полис.	ПК-9 ПК-15
51.	Способы анализа воздействия макроэкономической среды и органов государственного и муниципального управления на функционирование организаций, осуществляющих страхование и финансирование рисков на рынке здравоохранения.	ПК-9 ПК-15
52.	Методы выявления и анализа рыночных и специфических страховых рисков медицинских организаций.	ПК-9 ПК-15
53.	Способы анализа поведения потребителей экономических благ на рынке медицинских страховых услуг.	ПК-9 ПК-15
54.	Механизм формирования спроса на рынке медицинского страхования и управления страховыми рисками.	ПК-9 ПК-15
55.	Методы прогноза поведения страховых организаций, структур рынков медицинского страхования и конкурентной среды отрасли.	ПК-9 ПК-15

3. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА СТУДЕНТА ПРИ 100-БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

ХАРАКТЕРИСТИКА ОТВЕТА	Оценка ECTS	Баллы в БРС	Уровень сформированности компетентности по дисциплине	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об	A	100-96	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)

<p>объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.</p>				
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. В полной мере овладел компетенциями.</p>	В	95-91	ВЫСОКИЙ	5 (отлично)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.</p>	С	90-86	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.</p>	D	85-81	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)

В полной мере овладел компетенциями.				
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен в терминах науки. Однако допущены незначительные ошибки или недочеты, исправленные студентом с помощью «наводящих» вопросов преподавателя. В полной мере овладел компетенциями.	E	80-76	СРЕДНИЙ	4 (хорошо)
Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые студент затрудняется исправить самостоятельно. Достаточный уровень освоения компетенциями	F	75-71	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции. Достаточный уровень освоения компетенциями	G	70-66	НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Дополнительные и уточняющие вопросы	H	61-65	КРАЙНЕ НИЗКИЙ	3 (удовлетворительно)

<p>преподавателя приводят к коррекции ответа студента на поставленный вопрос. Обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</p> <p>Достаточный уровень освоения компетенциями</p>				
<p>Не получены ответы по базовым вопросам дисциплины или дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях.</p> <p>Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения.</p> <p>Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</p> <p>Компетенции не сформированы</p>	I	60-0	НЕ СФОРМИ- РОВАНА	2

В полном объеме материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих основные этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы, а также методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности характеризующих этапы формирования компетенций, представлены в учебно-методическом комплексе дисциплины.