

**Министерство здравоохранения Украины**  
**Национальный фармацевтический университет**

**Модели системы  
здравоохранения и  
медицинского страхования**



# Теоретические вопросы:

1. Законодательная база, регулирующая обязательное и добровольное медицинское страхование в Украине
2. Основные понятия и термины социально медицинского страхования
3. Характеристика основных типов моделей медицинского страхования
4. Анализ рынка добровольного медицинского страхования в Украине
5. Особенности фармацевтического обеспечения и реимбурсации стоимости лекарственных средств в системе обязательного мед.страхования



# Литература:

1. Закон України «Про страхування» від 7 березня 1996р.– № 85/96– ВР// ВВР України. – 1996 . – № 18
2. Закон України «Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування» від 14 січня 1998 р. №16/98–ВР// ВВР України.–1998.– № 23
3. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл./ А.С. Немченко, А.А. Котвіцька, Г.Л. Панфілова та ін., за ред. А.С. Немченко. – Х.: Авіста-ВЛТ, 2007.
4. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. (електронний ресурс) / А.С. Немченко, В.Н. Назаркіна, Г.Л. Панфілова та ін.; за ред. А.С.Немченко. -Х., 2011.



**Законодательная база по  
регуливированию обязательного и  
добровольного медицинского  
страхования в Украине.  
Проблемы и перспективы**

# Нормативно-правова база по регулюванню медичинського страхування

## Действующие законы

**Закон України  
“Основи законодавства про  
обов’язкове державне  
соціальне страхування”  
від 14.01.1998р. №16/98-ВР**

**Закон України  
“Про страхування”  
від 17.03.1996р. №85/96-ВР**

## Проекты

**Закон України (проект) «Про  
фінансування охорони здоров’  
я та медичне страхування» від  
19.09.2006 р. №2192**

**Закон України (проект) «Про  
загальнообов’язкове  
державне соціальне медичне  
страхування» від 09.02.2007 р.  
№3155**

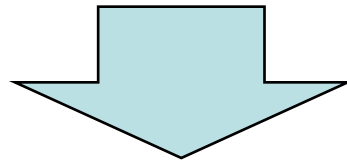
# Проблемы внедрения ОМС в Украине

- Несогласованность государственных гарантий по предоставлению медицинской и фармацевтической помощи с финансовыми возможностями здравоохранения
- Отсутствие базовой программы обязательного медицинского страхования, которая гарантирует уровень, объемы и условия предоставления медицинской и фармацевтической помощи (источники финансирования, участие работодателей и граждан)
- Неэффективность действующей бюджетной системы финансирования

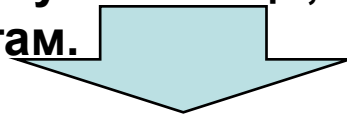


# Проблемы внедрения ОМС в Украине

- Система здравоохранение Украины – наименее реформированная отрасль в Украине.
- Экономический и правовой статус медицинских учреждений, система их финансирования, а также организационная структура управления и порядок предоставления медицинских услуг на очень низком уровне.
- Кардинальные изменения в социально-экономической сфере.
- Неудовлетворительная экологическая ситуация.
- Кризисная демографическая ситуация и ухудшение состояния здоровья населения.

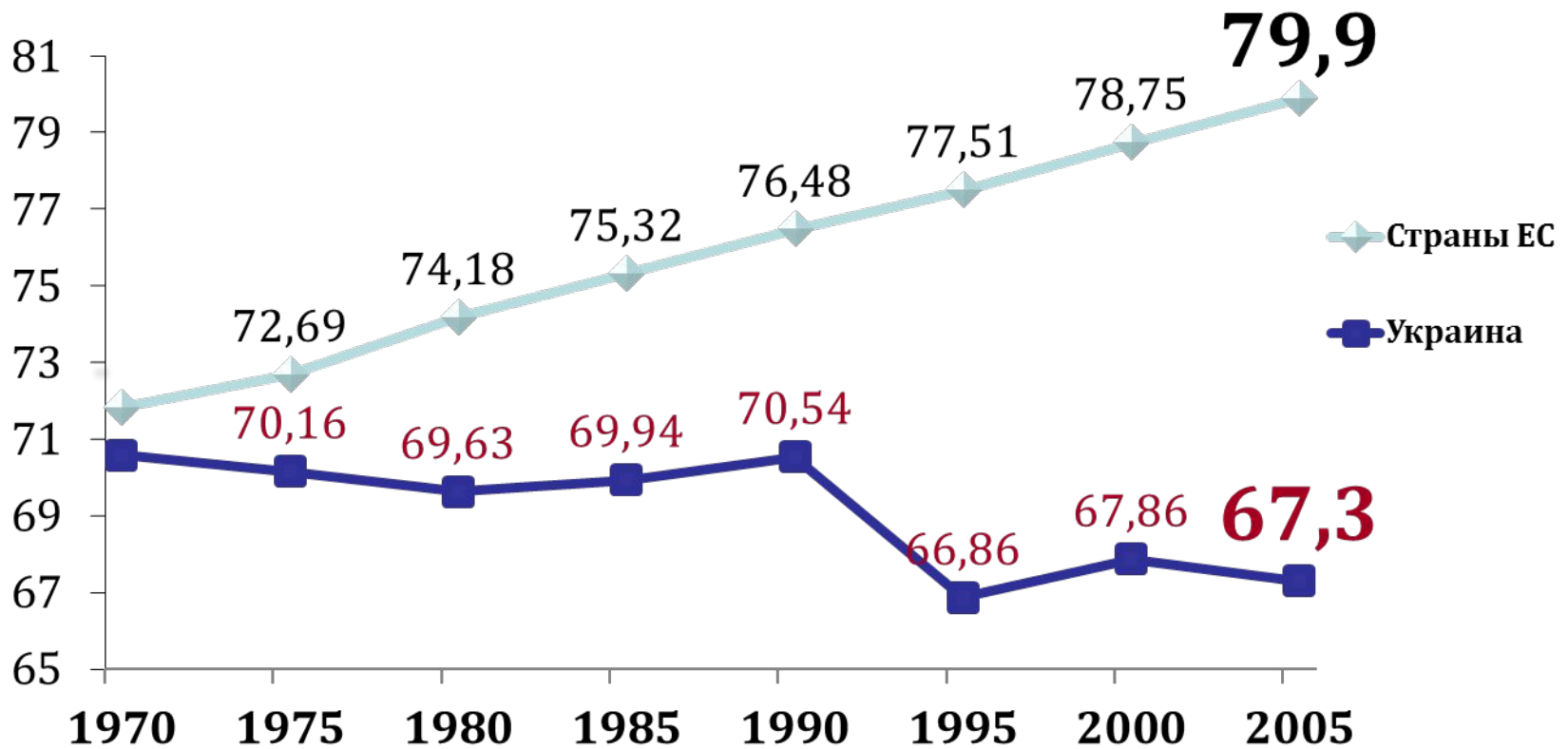


Система здравоохранения в большинстве случаев не дает возможность получить бесплатную медицинскую помощь, что уменьшает доступ населения к медицинским услугам.



**Решения актуальных проблем системы здравоохранение Украины, усовершенствования организации и улучшения деятельности**

# Динамика средней продолжительности жизни в Украине и странах ЕС



Существует прямая зависимость уровня и продолжительности жизни и здоровья населения от уровня финансирования отрасли здравоохранения



# Этапы урегулирования общественных отношений в системе здравоохранения в Украине

Создание дополнительной, финансовой страховой солидарной системы

Обеспечение ее целевого использования

Определение механизмов для эффективного использования



В Украине сегодня существует система государственного социального солидарного медицинского обеспечения, основанного на перераспределении органами государственной власти и местного самоуправления налоговых поступлений в интересах медицинского обеспечения.

При этом государство не в состоянии выделить достаточное количество финансов для обеспечения качественного лечения, а также их эффективного использования.

# Ожидаемые результаты урегулирования общественных отношений в системе здравоохранения в Украине

- обеспечение конституционных прав граждан Украины на бесплатное предоставление медицинской помощи.
- определение источников финансирования гарантий государства.
- установление системы многоканального финансирования медицинских услуг.
- внедрение в Украине обязательного социального медицинского страхования (ОМС).
- урегулирование общественных пр... системе здравоохранения.



системе

# Цели МС:

- **Обеспечение равных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи**
- **Повышение качества предоставления медицинской помощи, содействие развитию системы охраны здоровья и создание условий для ее соответствующего и эффективного финансирования**
- **Создание условий для развития рыночных отношений в медицинской отрасли**

# Страхователи в системе ОГСМС (плательщики страховых взносов):

- **Работодатели** – за работающих граждан, а также за их детей - 50% от установленного размера страховых платежей;
- **Органы местного самоуправления:**
  - за работников, а также их детей – 50% от установленного размера страховых платежей (за счет налога с доходов физических лиц);
  - за работников, обеспечивающих себя работой самостоятельно, а также их детей – 100% страховых платежей;
- **Государственные фонды страхования** – 100% страховых взносов:
  - Пенсионный фонд Украины – за неработающих пенсионеров;
  - Фонд общеобязательного гос. социального страхования Украины на случай безработицы – за безработных;
  - Фонд общеобязательного гос. социального страхования от несчастного случая на производстве – за инвалидов, членов семей умерших вследствие несчастного случая на производстве

## **Застрахованными лицами в системе обязательного медицинского страхования являются:**

- Работники, получающие доходы в виде оплаты труда (заработной платы)
- Работники, самостоятельно обеспечивающие себя работой (оплачивающие единый налог, сельскохозяйственный налог, специальный торговый патент и т.д.)
- Не работающие пенсионеры
- Не работающие инвалиды и прочие граждане, получающие помощь за счет фонда обязательного социального страхования
- Дети до 16 лет
- Студенты и учащиеся
- Иждивенцы, находящиеся на содержании работающих (кормильцев)

# Базовая программа включает:

- Медицинскую помощь в случае болезни:
  - первичная медико-санитарная помощь;
  - специализированная медицинская помощь;
  - выдача необходимых для амбулаторного лечения основных (жизненно необходимых) лекарственных средств (по перечню КМУ);
  - стационарное лечение по медицинским показаниям в учреждениях здравоохранения;
  - неотложная и плановая лечебная стоматологическая помощь;
  - медицинская реабилитация.
- Медицинскую помощь на случай беременности и родов;
- Услуги, связанные с выдачей медицинских документов.

# Программы медицинского страхования (стандартный пакет)

- стационарное лечение;
- амбулаторно-поликлиническое лечение;
- стоматологическая помощь;
- скорая медицинская помощь;
- оплата лекарственных средств.

# Программы добровольного медицинского страхования

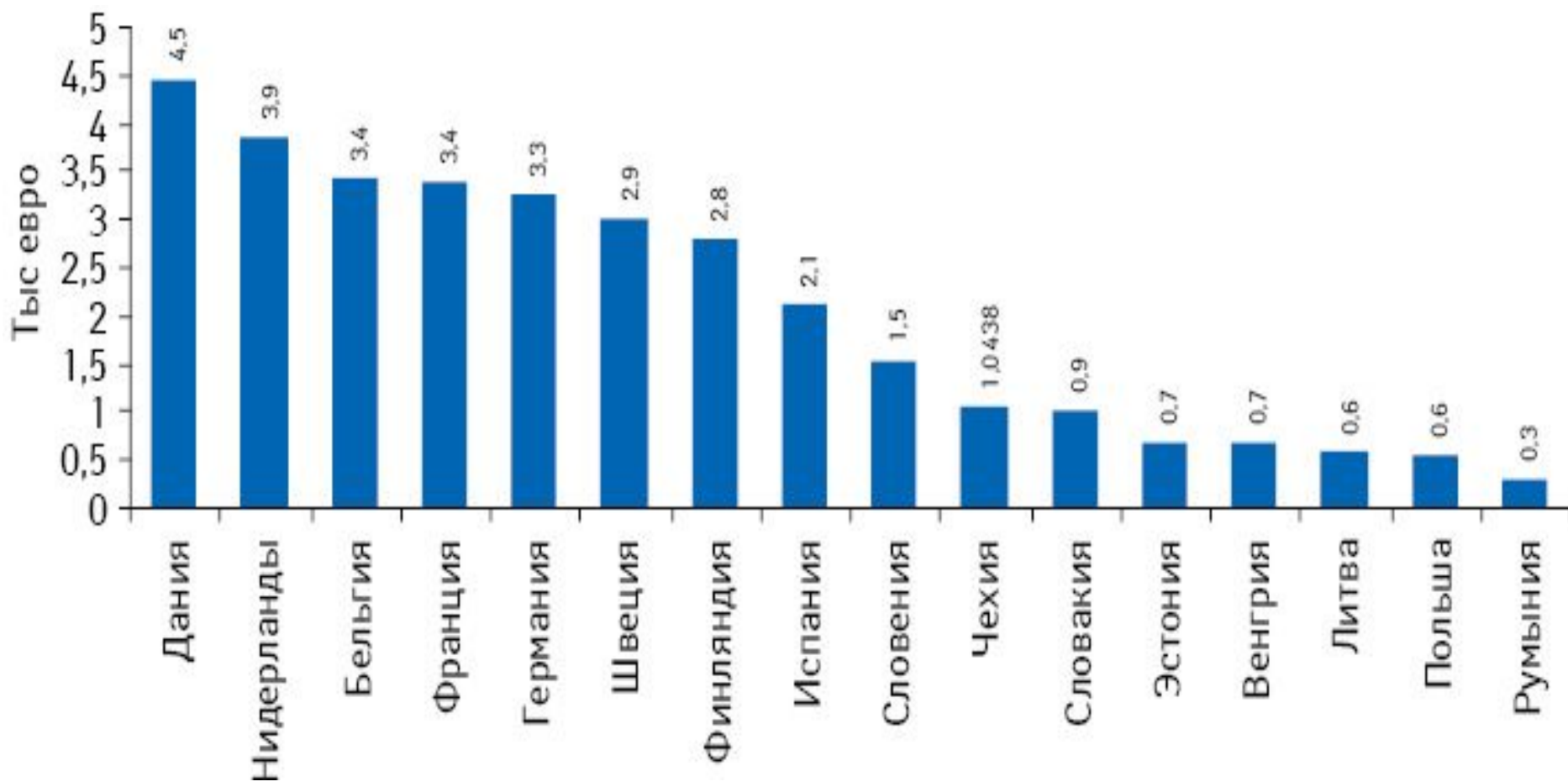
- **«Сервис»** - предоставление дополнительных сервисных услуг во время пребывания в стационаре;
- **«Реабилитация»** - медицинская помощь, предоставляемая в период реабилитации;
- **«Внимание, грипп!»** - вакцинация работников застрахованного юридического лица от ожидаемого вируса гриппа;
- **«Офисный врач»** - диагностическая и консультативная медицинская помощь работникам застрахованного юридического лица;
- **«Роды»** - комплексная медицинская помощь во время родов и послеродового периода.



# Под страхование, как правило, не подпадает

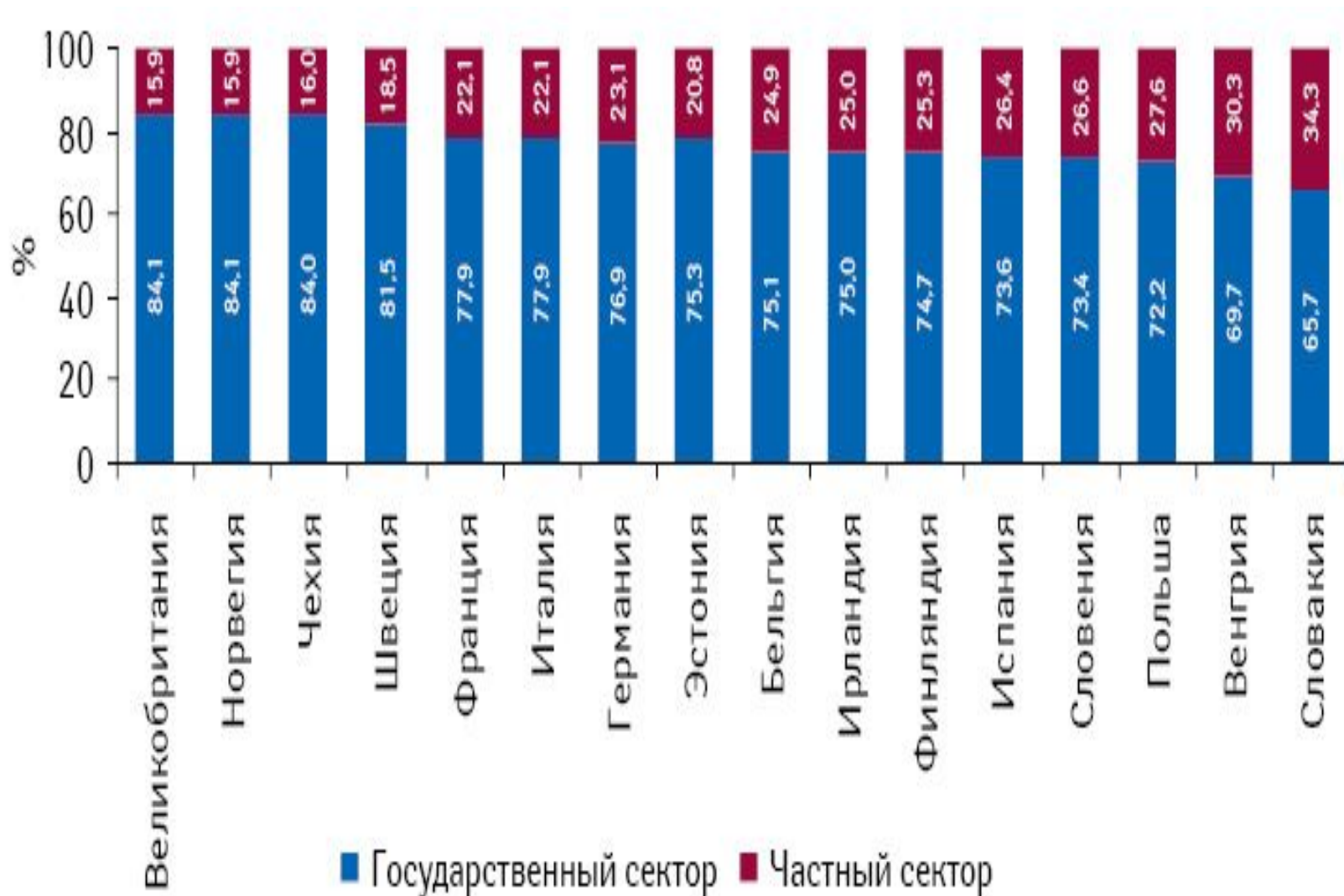
- косметическая хирургия,
- нетрадиционная медицина,
- лечение СПИДа,
- онкологические заболевания.

## Объем расходов на здравоохранение в некоторых странах ЕС из расчета на душу населения



**Общие расходы на здравоохранение в странах — членах ЕС варьируют в диапазоне 6–12% ВВП**

## Доля государственного бюджета и частного сектора экономики в покрытии расходов на здравоохранение в странах ЕС



Источник: базы данных «Eurostat» и «OECD»

# Основные понятия и термины медицинского страхования:

Медицинское страхование — это отрасль страховой деятельности, определяемая как система социально-экономических отношений по защите интересов граждан либо членов их семей в случае потери ими здоровья по какой либо причине



# Основные понятия и термины медицинского страхования:

- Объектом медицинского страхования является здоровье и жизнь граждан
- Субъектами обязательного и добровольного медицинского страхования являются **страхователи, страховщики, застрахованные граждане и юридические лица, предоставляющие медицинскую и фармацевтическую помощь (услугу)**
- Страхователи – это юридические и физические лица, которые в соответствии с действующим законодательством выплачивают страховые взносы в пользу застрахованных лиц
- Страховщики – это юридические лица, которые действуют в соответствии с действующим законодательством Украины и имеют лицензию на осуществление обязательного и добровольного медицинского страхования

# Общественная солидарность медицинского страхования:

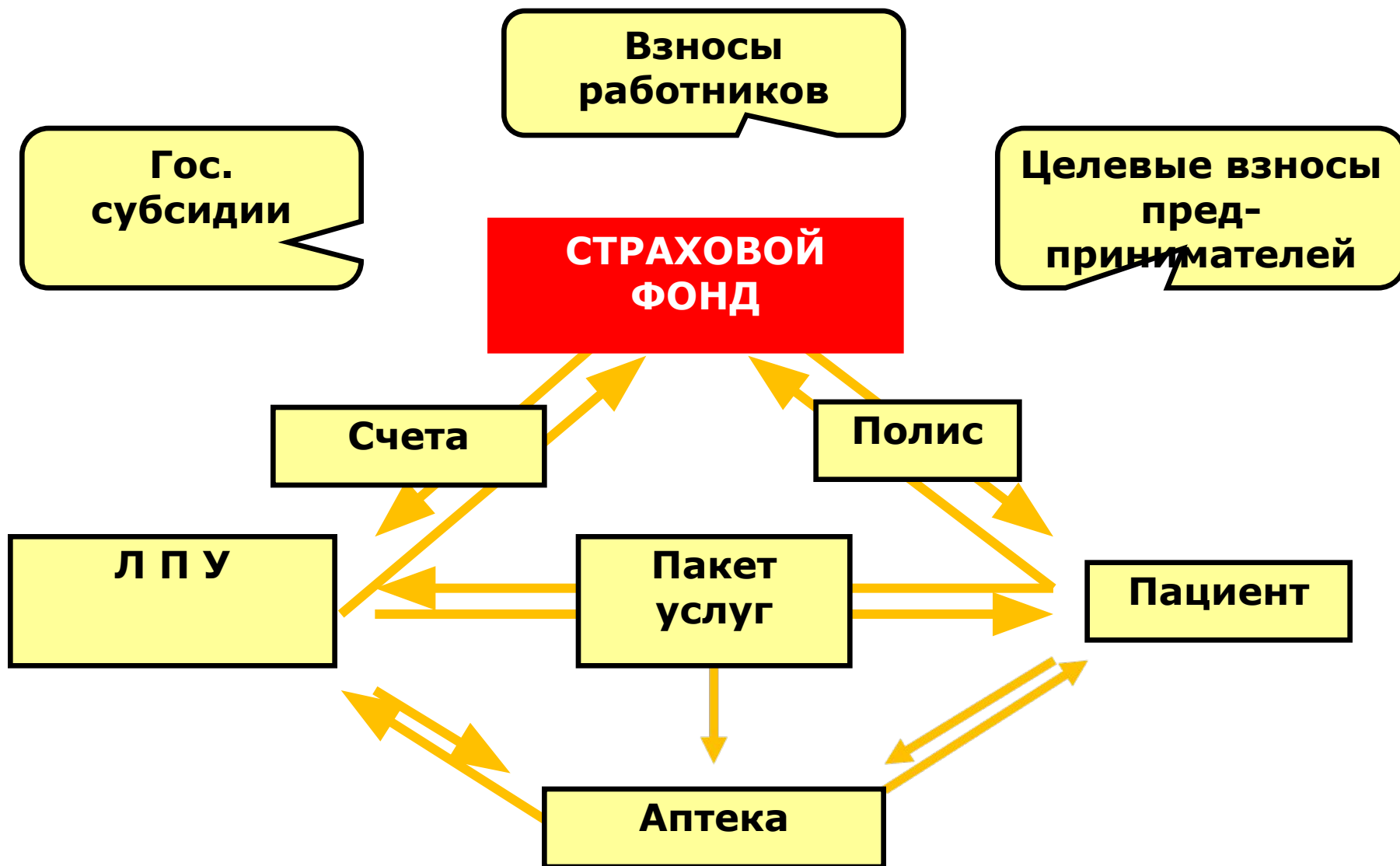
заплатив относительно небольшие взносы застрахованный в случае необходимости получает полный объем необходимых услуг в соответствии со своей страховкой за счет средств, внесенных другими застрахованными.

При ОМС правительство:

- определяет перечень основных видов предоставляемой помощи и сумму страхового взноса;
- координирует взаимодействие всех участников системы;
- решает конфликтные ситуации;
- обеспечивает правовые основы функционирования данной системы;
- контролирует финансовые потоки



# Характеристика взаимодействия субъектов МС



# Функции медицинского страхования

МС является одной из социально-экономических и финансовых институтов общества и важной составляющей экономики развитых стран мира

## ОСНОВНЫЕ

## ФУНКЦИИ МС

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ

### Рисковая

Передача страхователю за определенную плату материальной ответственности за последствия риска, принятого на страхование, предусмотренное действующим законодательством либо договором по страховщикам

Финансирование мероприятий во избежание страхового случая, определенного договором страхования. Например, организация профилактических мероприятий, санитарно-гигиенической просветительской деятельности и пр.

### Профилактическая

### Акумулятивная функция сбережения средств

Формирование специализированных фондов за счет средств страховщика для обеспечения покрытия ущерба в случае его возникновения

Возможность распространения финансовой активности страхователя за рамки основного бизнеса. Например, значение свободных средств в финансировании национальных, региональных программ здравоохранения.

### Диверсификационная

### Компенсационная

Страховые возмещения убытков, понесенных вследствие болезни, потери работоспособности, инвалидности и пр.





# Организационная форма функционирования медицинского страхования

## формы функционирования медицинского страхования

обязательного  
медицинского  
страхования



добровольного  
медицинского  
страхования



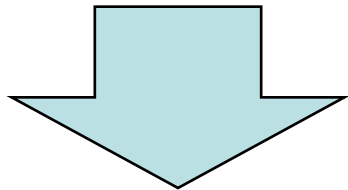
**ФОРМЫ МС – ОМС и ДМС** как отрасли страховой деятельности взаимодополняют друг друга, решая общую задачу, однако работают в разном законодательном правовом и информационном поле.

При функционировании ОМС и ДМС срабатывают разные принципы.



# Основные принципы ОМС

- законность;
- обязательность;
- социальная солидарность;
- равенство;
- территориальность



*Социально-ориентированные  
принципы*



***NB!*** В социально-ориентированном обществе ДМС должно развиваться при условиях выполнения программ ОМС.

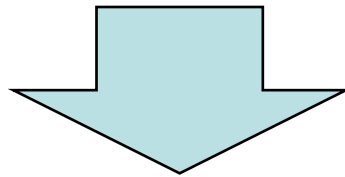
## Основные принципы ДМС:

- страховой интерес;
- максимальное доверие между субъектами страховой деятельности;
- компенсация застрахованному лицу в рамках реально принесенных убытков;
- свободный выбор страховщика и вида страхования;
- страховой риск



# Принципы МС

Функционирование ДМС обуславливается **рыночными принципами**. Объем услуг, а также условия предоставления медицинской и фармацевтической помощи в соответствии с программами ОМС носят ограниченный характер (использование стандартов медицинских технологий, в том числе стандартов фармакотерапий больных определенных нозологий).

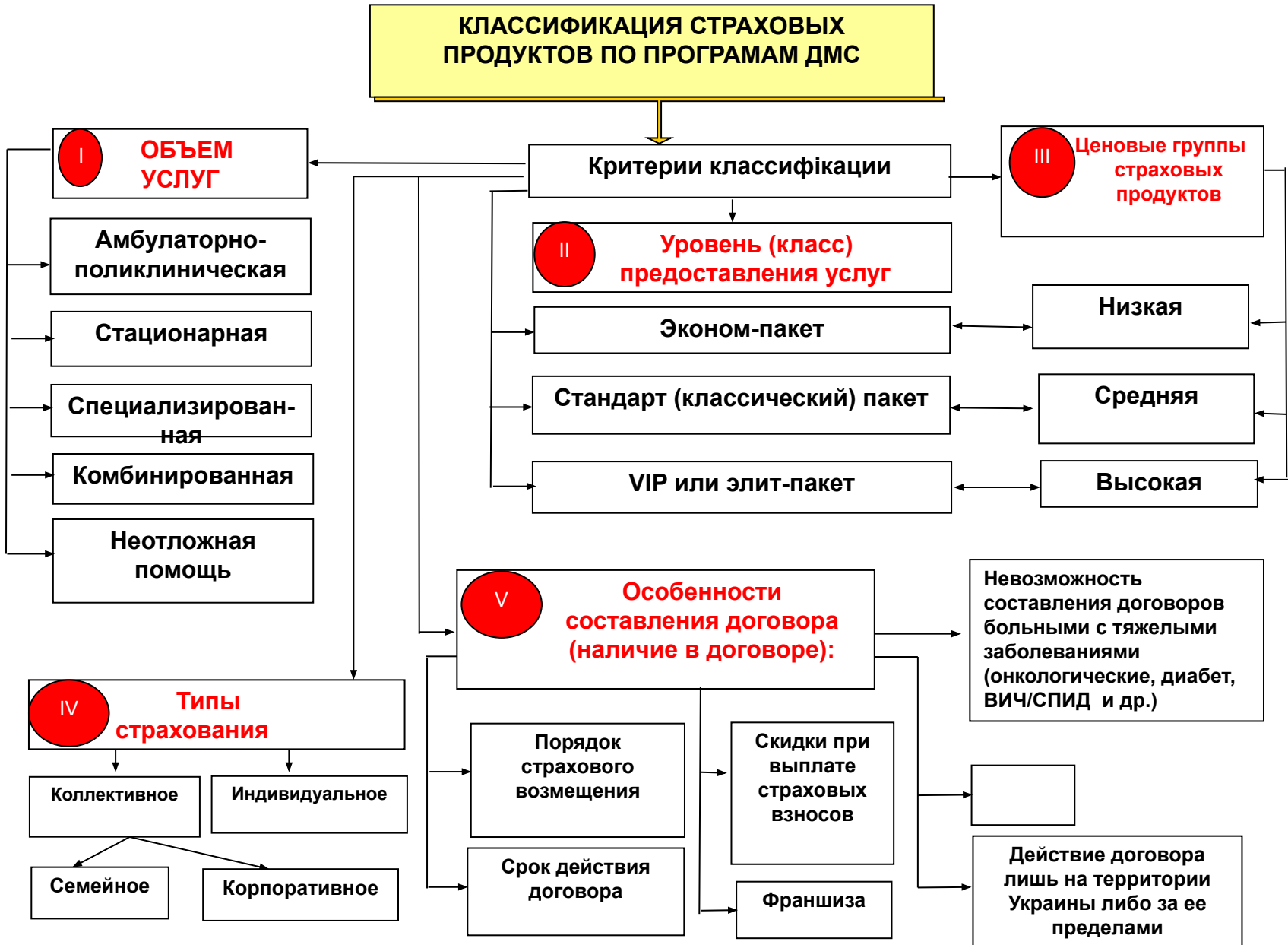


- для ОМС более присуща **социально-экономическая** составляющая страховой деятельности,
- для ДМС – **экономически рыночная**.



Взносы на медицинское страхование

# Классификация страховых продуктов, предлагаемых на отечественном рынке ДМС



# Обзор современного состояния рынка ДМС в Украине

## ПОЗИТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ:

- *Наличие комплексного страхового продукта* (юридические либо физические лица; различный уровень страхования; содержание страховой услуги).
- расширение спектра услуг;
- дифференциация стоимости страховых полисов;
- создание стратегических альянсов страхователей из промышленно-финансовыми группами и банками;
- Постепенное увеличение объемов рынка ДМС;
- формирование собственной медицинской и фармацевтической инфраструктуры (клиники, аптеки) страхователями;
- повышение уровня конкуренции;
- развитие альтернативных каналов сбыта собственной сети филиалов;
- наличие обязательной франшизы в договорах (от 20 до 50%), что позволяет уменьшать тариф на 18-20%;
- внедрение новых технологий продажи страховых продуктов





# Обзор современного состояния рынка ДМС в Украине

## НЕГАТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ:

- низкий уровень продуктивной рекламы страхователей на услуги по ДМС;
- отсутствие программ страхования социально незащищенных слоев населения (наркозависимые, психоневрологические больные, люди, преклонных лет, больные на ВИЧ/СПИД, алкоголизм, туберкулез, инвалиды детства и др.);
- высокая стоимость страховых услуг для большей части населения;
- организационная неопределенность при предоставлении медицинской помощи по страхователям в регионах, удаленных от страховщиков;
- отсутствие четкого контроля страховщиков по качеству предоставленной медицинской и фармацевтической помощи по полисам;
- увеличение тарифов;
- низкий уровень страховой культуры населения, недоверие к страховщикам у значительного количества граждан;
- незаинтересованность страховщиков результатами предоставления пациентам качественной и доступной медицинской и фармацевтической помощи





## Обзор современного состояния рынка ДМС в Украине

### НЕОПРЕДЕЛЕННЫЙ ТИП:

значительное преимущество корпоративного страхования над операциями по страхованию отдельных физических лиц;

- объем платежей от физических лиц сокращается, но увеличивается количество договоров (пересегментация рынка) преимущественно с юридическими лицами



# Основные принципы обязательного и добровольного медицинского страхования

## Обязательное медицинское страхование

ЗАКОННОСТЬ

ОБЯЗАТЕЛЬНОСТЬ

СОЦИАЛЬНАЯ  
СОЛИДАРНОСТЬ

РАВНОСТЬ

ТЕРРИТОРИАЛЬНОСТЬ

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОЦИАЛЬНО-  
ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЧАСТЬЮ  
СТРАХОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

ОГРАНИЧЕННЫЙ ХАРАКТЕР  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В УСТАНОВЛЕННОМ  
ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВОМ  
ПРОСТРАНСТВЕ

## Добровольное медицинское страхование

СТРАХОВОЙ ИНТЕРЕС

МАКСИМАЛЬНОЕ ДОВЕРИЕ МЕЖДУ  
СУБЪЕКТАМИ СТРАХОВОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КОМПЕНСАЦИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМ  
ЛИЦАМ РАСХОДОВ В РАМКАХ  
РЕАЛЬНЫХ УБЫТКОВ

СВОБОДНЫЙ ВЫБОР  
СТРАХОВАТЕЛЕЙ И СТРАХОВЩИКА

СТРАХОВОЙ РИСК

ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ-  
РЫНОЧНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ  
СТРАХОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

НЕОГРАНИЧЕННЫЙ ХАРАКТЕР  
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КОТОРЫЙ  
ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСЛОВИЯМИ РЫНКА

Социально-  
экономические  
принципы

Рыночные  
принципы

# Основные различия обязательного и добровольного медицинского страхования

## Обязательное медицинское страхование

- Некоммерческое
- Один из видов социального страхования
- Всеобщее массовое
- Осуществляется государственными или контролируруемыми государством организациями
- Страхователи - работодатели, органы государственной власти, органы местного самоуправления
- Осуществляется за счет взносов работодателей, государственного бюджета
- Программа (гарантированный минимум услуг) утверждается органами государственной власти
- Тарифы устанавливаются по единой утвержденной методике
- Система контроля качества устанавливается государственными органами
- Доходы могут быть использованы только для развития основной деятельности - обязательного медицинского страхования
- При наступлении страхового случая – субсидарная ответственность

## Добровольное медицинское страхование

- Коммерческое
- Один из видов личного страхования
- Индивидуальное или групповое
- Осуществляется страховыми организациями различных форм собственности
- Страхователи - юридические и физические лица
- Осуществляется за счет индивидуальных доходов застрахованных граждан, при-были работодателей
- Программа (гарантированный минимум услуг) определяется договором страховщика и страхователя
- Тарифы устанавливаются договором между страховщиком и страхователем
- Система контроля качества устанавливается договором страхования
- Доходы могут быть использованы в любой коммерческой или некоммерческой деятельности
- При наступлении страхового случая – возмещение суммы страхового взноса

# Функции медицинского страхования

**АКУМУЛЯЦИОННАЯ** - формирование специализированных фондов за счет средств страхователя для обеспечения покрытия убытков в случае их возникновения

**РИСКОВАЯ** - передача страховщику за определенную плату материальной ответственности за последствия риска, принятого на страхование

**КОМПЕНСАЦИОННАЯ** - страховые возмещения убытков, причиненных болезнью, потерей работоспособности, инвалидностью и т.д.

**ПРЕВЕНТИВНАЯ** - финансирование мероприятий для предотвращения страхового события, определенного договором страхования (организация профилактических мероприятий)

**ИНВЕСТИЦИОННАЯ** - возможность распространения финансовой активности страховщика за рамки основного бизнеса (вложение свободных средств в финансирование национальных, региональных программ здравоохранения и т.д.)



# Обязательное и добровольное медицинское страхование

## Достоинства ОМС

Возможность получения медпомощи не только по месту жительства, но и на всей территории России;

Работающие граждане считаются обеспеченными полисом ОМС с момента подписания с ними трудового договора

## Недостатки ОМС

Покрывает далеко не все виды терапевтических и профилактических медицинских услуг, в которых может возникнуть необходимость

## Достоинства ДМС

Широкий выбор и высокое качество медицинских услуг

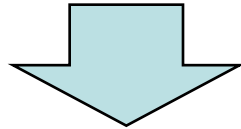
## Недостатки ДМС

Обслуживание в одном или ограниченном числе медучреждений  
Необходима оплата страхования

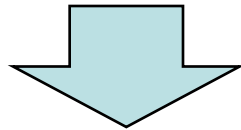


# Основные типы систем здравоохранения и моделей МС

Социальное страхование признано основным и неотъемлемым правом человека



- ст. 22 Всемирная декларация прав человека.
- Люблинская хартия
- Европейское бюро ВОЗ (1997 г.)
- Программа ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке» (1999 г.)



Приоритетные направления реализации принципов:

- *справедливости*
- *равенства*
- *доступности*
- *целесообразности в отрасли здравоохранения.*

**ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ МОБИЛЬНОСТЬ, ДИНАМИЧНОСТЬ И ПРЕДЕЛЬНАЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОСТЬ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.**

## Основные типы моделей систем здравоохранения:

- БЮДЖЕТНО-СТРАХОВАЯ (модель Бисмарка) – характерна для Германии, Австрии, Бельгии, Франции, Люксембурга
- ГОСУДАРСТВЕННО-БЮДЖЕТНАЯ (модель Бевериджа) - Великобритания, Дания, Испания, Швеция, Финляндия, Греция, Италия, Португалия,
- ЧАСТНАЯ (РЫНОЧНАЯ) модель (США)
- БЮДЖЕТНО-АДМИНИСТРАТИВНАЯ (модель Семашко) (СССР)



# Модель Бисмарка (бюджетно-страховая)

*создана во второй половине XIX ст. в Германии*

- **высокая степень защиты населения** независимо от материального и социального статуса граждан и членов их семей в обществе;
- **обеспечение социальной стабильности в обществе** за счет стопроцентного обеспечения населения страховой защитой на случай болезни или потери работоспособности;
- **поддержка государством частного сектора медицинских и фармацевтических услуг** с целью формирования здоровой конкурентоспособной среды на рынке медицинского страхования;
- **финансовая открытость модели**, возможность привлечения дополнительных источников финансирования

**NB! В настоящее время модель Бисмарка признана наиболее эффективной системой в мире.**





# Особенности функционирования бюджетно-страховой модели в Германии

Услугами МС охвачено **более 80%** населения страны.

В зависимости от региональной компетенции и производственной сферы деятельности граждан выделяют 7 групп больничных касс:

- *главные;*
- *дополнительные;*
- *заводские и фабричные;*
- *ремесленно-цеховые;*
- *сельскохозяйственные;*
- *горная;*
- *морская.*



Осуществляя взнос в больничную кассу застрахованный получает **страховое свидетельство** (получает право на медицинское обслуживание и обеспечение ЛС).

Спектр медицинских услуг **ОМС** включает:

- *амбулаторное и стационарное лечение (медицинские консультации, обеспечение ЛС, диагностические обследования, хирургические вмешательства, стационар на дому, реабилитационные мероприятия);*
- *медицинскую помощь женщинам в рамках программы поддержки семьи;*
- *выплату материальной помощи в связи с потерей работоспособности*

**NB!** пациент имеет право свободного выбора врача и лечебного учреждения

# Особенности функционирования бюджетно-страховой модели в Германии



Стоматологические услуги в системе **ОМС** предоставляются избирательно – больничная касса возмещает от **30** до **65%** стоимости лечения.

**Медицинское обслуживание граждан, которые находятся за границей** предусматривает предоставление жизненно необходимого минимума медицинских услуг только в тех странах ЕС, с которыми у определенной больничной кассы есть соответствующая договоренность.

# Особенности функционирования бюджетно-страховой модели в Германии

Альтернативой и дополнением ОМС в Германии является ДМС.

- Около 80% населения Германии застрахованы в системе ОМС, 15% - в системе ДМС, 3% из которых одинаково пользуются дополнительными услугами по программам ДМС.

ДМС предлагает больший объем медицинских и фармацевтических услуг (свободный выбор стационара, улучшения условий пребывания в нем; санаторно-курортное лечение; услуги личного врача; возмещение до 100% расходов при стационарном лечении; возможность получения полной медицинской помощи за рубежом).

Формирование страхового фонда в системе ДМС заключается в смешанном распределительно-накопительном принципе финансирования – ежемесячно из страхового взноса каждого застрахованного выделяется определенная сумма, которая размещается под процент в накопительный резерв капитала.

# Источники финансирования фонда ОМС в Германии

Обязательные доплаты  
со стороны  
застрахованных лиц

Страховые взносы  
студентов ВУЗ

Средства  
Пенсионного  
Фонда

Средства  
Федерального  
ведомства по  
труду (за безработных)

Взносы  
работодателей  
и работников

Государственные  
дотации для  
поддержки  
материнства  
(незначительный объем)

**ФИНАНСИРОВАНИЕ  
ОМС**

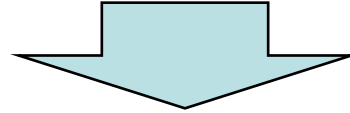
# Основные преимущества бюджетно-страховой модели

- всеобъемлющий характер медицинской и фармацевтической помощи;
- высокое качество медицинских и фармацевтических услуг для всех граждан;
- правовая гарантированность медико-социальной защиты населения с низкими доходами со стороны государства;
- заинтересованность работодателей в сохранении здоровья своих работников через обязательные производственные платежи в страховые кассы и компании.



# Модель Бевериджа (государственно-бюджетная модель)

*на примере Великобритании*



- *ориентирована на систему бюджетного финансирования здравоохранения*
- *характеризуется высокой степенью централизации управления*

□ стопроцентная защита населения на случай болезни или потери работоспособности;

□ обеспечение социальной стабильности в обществе за счет полной компенсации стоимости лечения из государственного бюджета

# Особенности функционирования государственно-бюджетной модели в Великобритании

Около **7 млн.** граждан Великобритании пользуются программами **ДМС**.

Основная проблема британской модели МС и всей системы здравоохранения – дефицит ресурсов и административный характер их распределения.

С 2002 года **Служба национального здравоохранения (National Health Service - NHS)** каждый год выделяет приблизительно **18 млрд.** фунтов стерлингов на дополнительные расходы в системе здравоохранения.

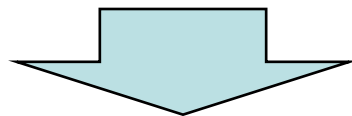
# Финансирование Национальной службы здравоохранения в Великобритании

- Преимущественно из поступлений бюджетов всех уровней (84%);
- Взносы на социальное страхование, которые вычисляются в виде определенного процента от фонда оплаты труда (12%) – дополнительный источник финансирования;
- дополнительные платежи населения (в большей степени за выписывание рецептов и оплату части стоимости ЛС в аптечной сети) – 4% .





# Основные преимущества частной (рыночной) модели *на примере США*



- **высокое качество медицинских и фармацевтических услуг, предоставляющихся населению в системе частного мед. страхования;**
- **финансовая и юридическая самостоятельность субъектов страховых отношений;**
- **возможность свободного развития рынка медицинских и фармацевтических услуг;**
- **финансовая открытость и „мобильность” модели медицинского страхования;**



# Особенности функционирования частной модели в США

Конституцией США не предусмотрено гос. обеспечения медицинской помощью всех граждан, кроме социально незащищенных слоев населения.

В США нет также единой национальной системы МС (при этом расходы на здравоохранение в 1,5-2 раза больше, чем в Европе).

В основу врачебного обеспечения население положены преимущественно рыночные механизмы.



# Особенности функционирования частной модели в США

В США МС добровольное (почти в полном объеме осуществляется гражданами и работодателями).

**Страхование от болезни** – наиболее распространенный вид страхования по месту работы.

- **74%** американцев имеют частную страховку, в том числе
- **61%** - коллективные страховки работодателей,
- **13%** покупают индивидуальные страховки.

**Большинство американцев пользуются услугами частных страховых компаний**

# Схемы страхования в США

1. **СХЕМУ ВОЗМЕЩЕНИЯ ("плата за услугу")** – страховая компания

возмещает 80% фактических расходов на лечение, 20% платит владелец страховки);

2. **СХЕМУ РЕГУЛИРУЕМОГО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ УСЛУГ**, построенная по **принципу профилактики** –предусматривает возмещение расходов, связанных с профилактическими наблюдениями, лечением, иммунизацией и т. д.



# Особенности функционирования частной модели в США

Страховая компания покрывает 80% расходов на лечение.

*Правительство США оплачивает более 40% расходов на здравоохранение.*

## Основные программы:

□ **«Медикэйд» (Medicaid)** - осуществляется страхование всех американцев старше 65 лет. Частично финансируется за счет налога, взимаемого со всех работающих;

□ **«Медикэр» (Medicare)** -предусматривает страхование малообеспеченных американцев, преимущественно женщин и детей из бедных семей. Финансируется как федеральным правительством, так и органами управления штатов.

Незастрахованных граждан США - 8–20% населения.

# Характеристика разных типов моделей медицинского страхования

Тип модели	Форма финансирования	Преимущества	Недостатки
<b>БИСМАРКА</b> (бюджетно-страховая) (Германия)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Централизованный государственный фонд;</li><li>• Определенный процент от заработной платы;</li><li>• Формирование страхового фонда как физическими так и юридическими лицами</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• высокая степень защиты</li><li>• обеспечение социальной стабильности</li><li>• финансовая открытость модели</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• значительная бюрократизация взаимоотношений</li><li>• наличие разного уровня предоставления медицинских и фармацевтических услуг</li></ul>
<b>БЕВЕРИДЖА</b> государственная - бюджетная (Великобритания)	Финансирование из государственного бюджета по остаточному принципу	<ul style="list-style-type: none"><li>• высокая степень защиты</li><li>• обеспечение социальной стабильности</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• дефицит ресурсов в в системе здравоохранения и фармации</li><li>• недостаточное качество медицинских и фармацевтических услуг</li><li>• административно командное управление</li></ul>
<b>ЧАСТНАЯ МОДЕЛЬ</b> медицинского страхования (США)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Централизованная форма за счет платежей страхователей</li><li>• Независимое участие государства</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• высокое качество медиц-х и фармацевтических услуг</li><li>• финансовая и юридическая самостоятельность</li><li>• финансовая открытость модели</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• высокая стоимость страховых тарифов</li><li>• социальное напряжение в обществе</li></ul>

# РЕМБУРСАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

**Реимбурсация** (англ. *reimbursement* – **выплата компенсаций**) общепринятый термин в международной практике здравоохранения, обозначающий процесс, посредством которого система здравоохранения влияет на доступность ЛП и предоставленной населению медицинской и фармацевтической помощи.

Основным принципом организации фармацевтической помощи является обеспечение экономической и физической доступности ЛП для всех слоев населения, что обеспечивается функционированием механизма государственного регулирования ценообразования.



# Причины низкого уровня потребления лекарственных средств

- недостаточное финансирование;
- Отсутствие системы обязательного медицинского страхования;
- несовершенство системы компенсации стоимости и механизмов регулирования цен на лекарственные средства.

# Основные составляющие в системе компенсации

- категория потребителя (социально-незащищенные слои населения, люди, которые страдают хроническими или с тяжелым течением заболеваниями и др.);
- вид фармацевтической помощи (стационарная, амбулаторная), **стоимость приобретенных препаратов за определенный период**;
- свойства препарата (включение в «позитивный перечень», цена).

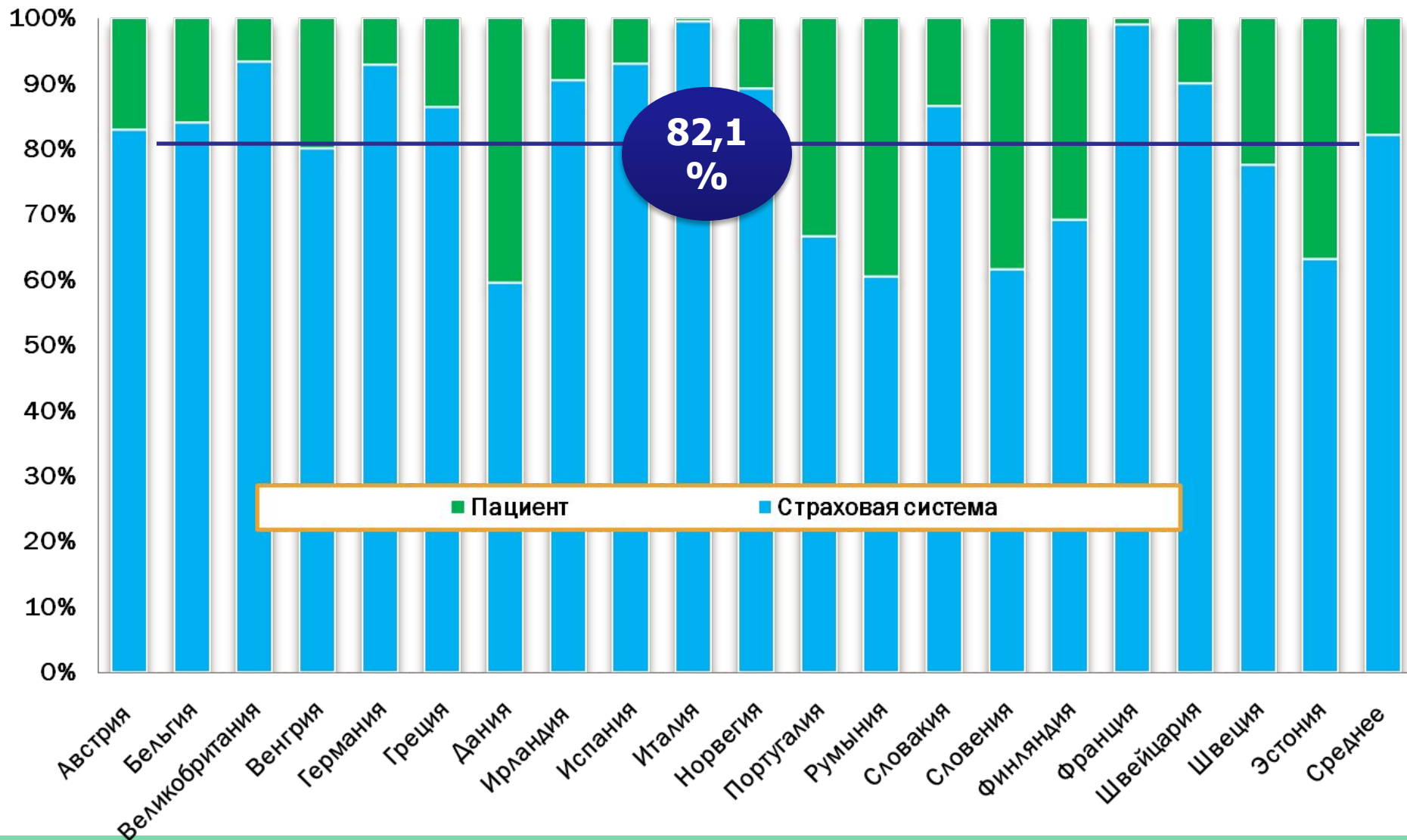
# Механизмы компенсации средств за амбулаторное лечение

- Механизм реимбурсации для застрахованных лиц – пациент оплачивает данные ЛС, счет на потраченную сумму дается страховой компании (*нет непосредственной связи между страховым фондом и медицинскими и аптечными учреждениями*);
- Механизм реимбурсации для аптек и медицинских учреждений – компенсационные средства поступают непосредственно от страховой компании на основании договоренности между страховым фондом, медицинским и аптечным учреждением.

# Основные критерии, по которым ЛС подлежат реимбурсации

- эффективность препарата и его возможные побочные эффекты;
- значимость в процессе лечения в сравнении с другими препаратами;
- степень тяжести заболевания, в фармакотерапии которого применяется препарат;
- терапевтический, симптоматический или профилактический эффект препарата;
- ценность препарата относительно укрепления здоровья пациентов.

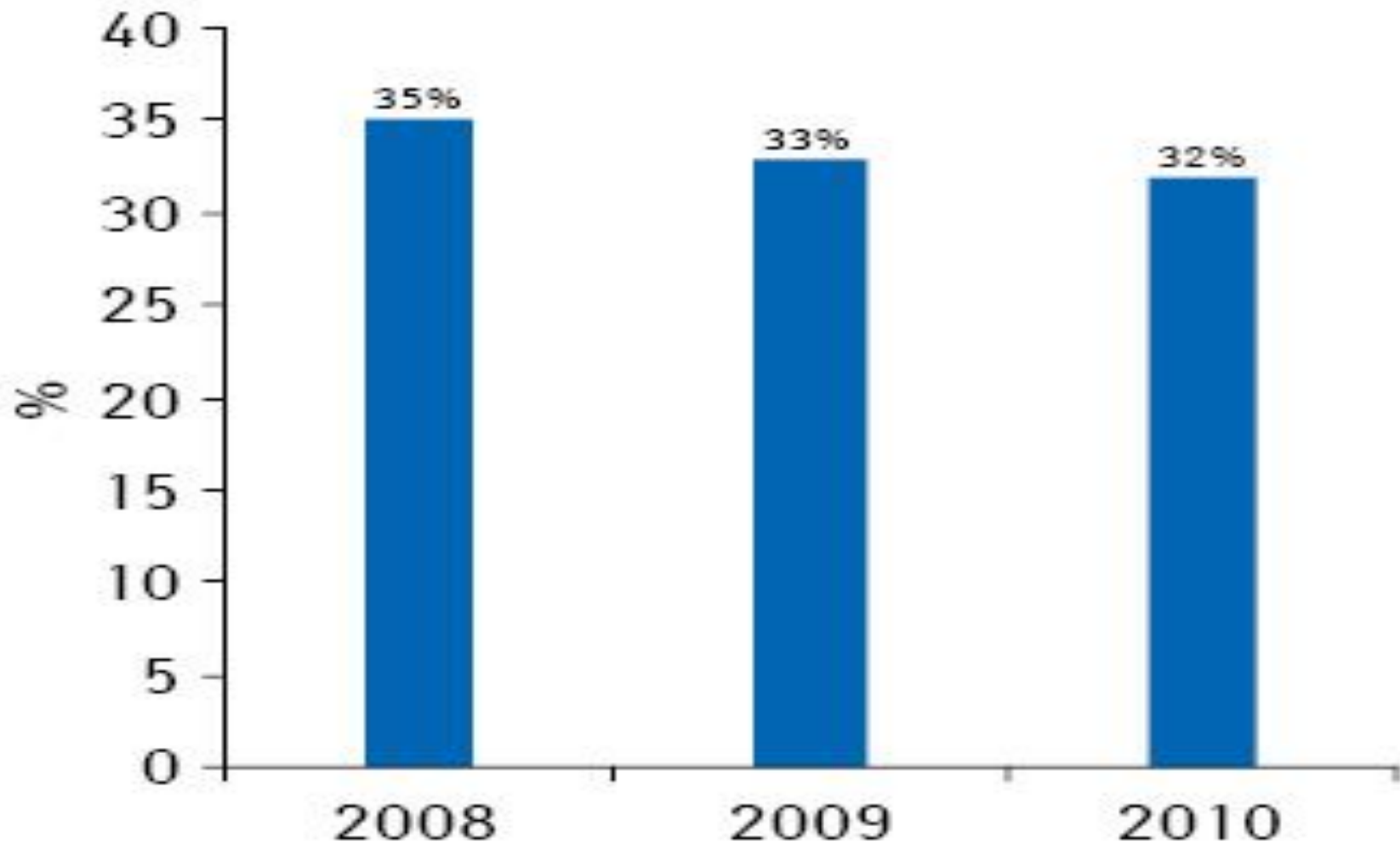
# Оценка доли оплаты пациента в системе реимбурсации стран



## Расходы Национального фонда здравоохранения Польши на реимбурсацию лекарственных средств, программы лечения, химиотерапию в 2006–2010 гг.



# Доля затрат пациентов в структуре расходов на реимбурсируемые рецептурные лекарственные средства в Польше в 2008–2010 гг.



Источник: данные Национального фонда здравоохранения Польши и «IMS Pharmascore»

# Методологические принципы и составные организации систем реимбурсации в рамках

## социально-экономического медицинского страхования

### Субъекты управления

- высшие органы законодательной власти (ВР Украины);
- органы исполнительной власти (КМ Украины);
- уполномоченный орган (Центр медицинского страхования);
- страховой фонд и страховые организации (Государственная страховая медицинская организация);
- лечебно-профилактические учреждения
- аптеки

### Объекты управления

- группы населения (I, II, III группы);
- категории больных (A, B, C, D)

### Механизмы компенсации

- основные источники финансирования (основной страховой фонд);
- дополнительные источники финансирования (гуманитарные программы, благотворительные фонды, фонды ДМС);
- специальные источники финансирования (государственные и региональные программы)



# Объекты управления в системе реимбурсации

## Группы населения

## Категории больных

### Группа I

Льготный контингент, статус которого определен органами социального обеспечения:

- инвалиды I и II гр;
- пенсионеры; безработные;
- бездомные дети

### Группа II

Граждане и безработные из числа их семей с суммой дохода на одного члена семьи ниже прожиточного минимума установленного КМ Украины

### Группа III

Граждане и безработные из числа их семей с суммой дохода на одного члена семьи выше прожиточного минимума установленного КМ Украины

А – детский контингент больных

В – больные общетерапевтического профиля

С – хронические больные (онкология, сахарный диабет и др.)

Д – больные социально-опасными заболеваниями (ВИЧ, туберкулез и др.)



***Спасибо за внимание!***