

Развития системы страхования в зарубежных странах. Медицинское страхование в России

*Лектор:
профессор кафедры
общественного здоровья и
здравоохранения,
д.м.н. Т.И. Алексеевская*

Основные подходы к обеспечению населения услугами здравоохранения, существующие в мире

1. **Рыночный подход** – мед.услуга приобретается в соответствии с социально-экономическим положением. **Недостаток** – низкая доступность для малообеспеченных слоев населения.
2. **Подход, основанный на благотворительности** – выделяются группы населения, находящиеся в особенно неблагоприятном положении. **Недостаток** – всех нуждающихся охватить не удастся.
3. **Подход, основанный на определении уровня бедности** – часть населения получает помощь за счет общества после проверки соответствия их средств определенному уровню бедности. **Недостаток** – не учитывается состояние их здоровья.
4. **Подход, основанный на общественных перераспределительных механизмах, обеспечивающих всеобщее право на охрану здоровья** – государственная система здравоохранения или обязательное социальное страхование здоровья.

Классификация систем здравоохранения, используемая ВОЗ

1. **Государственная**, или система **Бевериджа** (лорд Беверидж, политический деятель Великобритании, осуществил реформу системы здравоохранения в **1948** г.)
2. **Система, основанная на всеобъемлющем страховании здоровья**, или система **Бисмарка** (Отто фон Бисмарк – канцлер Германии, в **1883** г. законодательным путем ввел обязательное страхование здоровья)
3. **Негосударственная (рыночная, частная)** система здравоохранения

В настоящее время не существует ни одной страны в мире, где использовалась бы только одна из систем здравоохранения, практически везде имеется сочетание **2 – 3 различных систем**.

В экономически развитых странах пациенты обычно оплачивают не полную стоимость медицинских услуг, а, являясь участниками либо системы обязательного, либо системы добровольного медицинского страхования, принимают на себя оплату лишь **части расходов**. В большинстве стран доля личных затрат пациентов на медицинское обслуживание колеблется в пределах **10 – 30%** от общей их суммы.

Страны с преобладанием определенной системы здравоохранения

Государственная

Великобритания
Греция
Португалия
бывший СССР

Страховая

Германия
Италия
Нидерланды
Франция
Австрия
Бельгия
Швейцария
Япония

Рыночная

США

Государственные системы здравоохранения

- в Венгрии в 1920 г.
- в Бельгии в 1945 г.
- в Великобритании в 1948 г.
- в Португалии в 1979 г.
- в Греции в 1983 г.
- в Испании в 1986 г.

Признаки государственных систем здравоохранения

1. Медицинская помощь **бесплатна для населения** без ограничения по объемам и видам.
2. **Равенство граждан** в получении медицинской помощи.
3. Основная часть медицинских учреждений **принадлежит государству**.
4. Государство финансирует **оказание медицинской помощи и профилактических мероприятий, содержание медицинских учреждений, развитие медицинской науки**.
5. За счет государства ведется **строительство медицинских учреждений**, приобретается **медицинское оборудование**.
6. Государство обеспечивает **подготовку медицинских кадров** – врачей, медицинских сестер, планирует развитие сети ЛПУ в стране.
7. Управление здравоохранением носит **централизованный характер**.

Государственная система здравоохранения финансируется из общих налоговых поступлений в **государственный бюджет**. Все средства формируются в центральном бюджете и распределяются по управленческой вертикали.

Централизованное финансирование:

- ✓ сдерживает рост стоимости лечения;
- ✓ заставляет учреждения здравоохранения и самих медицинских работников экономить;
- ✓ ограничивает масштабы использования дорогостоящей и не всегда нужной техники;
- ✓ снижает вероятность злоупотреблений;
- ✓ значительно реже встречаются случаи навязывания пациентам ненужных процедур, манипуляций, лекарств с целью получения дополнительного дохода.

Однако, поскольку финансирование здравоохранения является одной из статей государственного бюджета, оно зависит от других статей и, более того, **конкурирует с ними**. При этом возможности привлечения дополнительных средств **ограничены**.

Из-за недостатка ресурсов страны с бюджетным финансированием здравоохранения **намного уступают в технической оснащённости** государствам с таким же уровнем социально-экономического развития, но с другим финансированием (страховым или частным). **В результате:**

- ✓ не хватает современного оборудования, новейших медицинских учреждений с современными технологиями;
- ✓ пациенты зачастую вынуждены ждать очереди на госпитализацию;
- ✓ существует значительный разрыв между первичной медицинской помощью, общей практикой, госпиталями, местными службами здравоохранения;
- ✓ государственное здравоохранение неподотчетно населению – налогоплательщики не располагают информацией о том, на что и сколько расходуется средств, отсутствуют четкие критерии качества медицинской помощи. Система здравоохранения оценивает себя сама, а публикуемые сведения в основном нацелены на **пропаганду достижений**.

Великобритания

В результате проведенной в **1948 г.** реформы здравоохранения в Великобритании создана общенациональная государственная служба здравоохранения, предоставившая практически всему населению бесплатную медицинскую помощь (пациенты оплачивают только лекарства, очки, половину стоимости лечения у стоматолога, некоторые услуги в больницах).

Здравоохранение на **85 – 90%** обеспечивается государственным бюджетом, остальные средства идут из частных источников и добровольного медицинского страхования. Бюджет составляется из налогов предприятий и граждан, распределяется в соответствии с решениями парламента через министерство здравоохранения.

Государственные целевые фонды поддержки:

- ✓ фонд №1 – охраны здоровья матери и ребенка (в возрасте до 1 года),
- ✓ фонд №2 – подростковый,
- ✓ фонд №3 – организации медицинской помощи населению в экстремальных условиях,
- ✓ фонд №4 – медицинской помощи ветеранам.

Врачи Великобритании работают:

50% – в системе общей практики,

25% – врачи основных специальностей в госпиталях,

25% – узкие специалисты.

В госпиталях и местных службах персонал получает фиксированную зарплату, в секторе общей практики оплата производится за каждого пациента, «прикрепленного» к врачу или группе врачей (в Великобритании распространена групповая практика, группе врачей предоставлены права **фондодержателя**). Консультации специалистов проводятся в амбулаториях госпиталей. На стационарное лечение пациентов обычно направляет врач общей практики.

Система здравоохранения Великобритании имеет существенные недостатки, которые признают сами врачи и администраторы. Прежде всего – нехватка ресурсов. Финансирование здравоохранения на уровне **6,5%** ВВП обуславливает нехватку дорогостоящего оборудования и сдерживает внедрение высоких медицинских технологий.

Так, число компьютерных томографов на 1 млн. жителей составляет:

в Великобритании – **2,7**,
в Нидерландах — **3,6**,
в Бельгии — **6,4**,
в Германии — **7,7**.

Частота гемодиализа на 1 млн. жителей :

в Великобритании – **200**,
в Германии — **300**,
в Бельгии — **394**.

Еще более существенно отставание от США. Хирургических операций на коронарной артерии в Великобритании делают **в 10 раз меньше** (в расчете на душу населения), чем американские. Особенно велик разрыв по тем видам медицинской помощи, которые оказываются не по жизненным показаниям, а определяют качество жизни (например, артропластика бедра для устранения хромоты).

Другой часто отмечаемый недостаток британской системы здравоохранения – это **излишняя централизация и монополизация управления.**

В настоящее время в Великобритании проводится реформирования системы здравоохранения, направленное на:

- **увеличение финансирования до 8,0% ВВП;**
- **усиление финансовых и административных прав руководителей госпиталей, прежде всего в районах (графствах);**
- **увеличение доли средств социального, в т.ч. медицинского страхования;**
- **интеграцию первичной и стационарной медицинской помощи;**
- **внедрение самоуправления больниц путем создания доверительных (трастовских) советов;**
- **активизацию профилактической работы.**

Страховые системы здравоохранения

Роль правительства в системе медицинского страхования:

- ✓ **законодательное регулирование вопросов страхования;**
- ✓ **определение перечня основных услуг, которые должны оказываться застрахованным;**
- ✓ **определение групп населения, которые должны быть застрахованы;**
- ✓ **регулирование величины страхового взноса;**
- ✓ **разрешение спорных вопросов.**

Германия

Германия является государством, в котором впервые появились основы системы социального страхования, она считается родоначальницей больничных касс.

Виды больничных касс:

- ❑ фабричные,
- ❑ строительные,
- ❑ общинные,
- ❑ местные

Крупные кассы лучше обеспечивают всеми видами помощи, чем мелкие, поэтому с **1885** г. начался процесс объединения и централизации больничных касс, их реорганизации в местные (городские) больничные кассы.

В обязанности больничных касс входило:

- ◆ предоставление бесплатного лечения
- ◆ выплаты денежных пособий во время болезни,
- ◆ выплаты по беременности и родам
- ◆ выплаты на погребение.

Страхование в Германии распространялось и на членов семей застрахованных, однако им предоставлялись только бесплатное лечение и медицинская помощь беременным и роженицам. Но большинство касс этим не ограничивались и расширяли свою помощь за счет профилактических мероприятий (санатории, дома отдыха, пансионаты и др.), а также выделяли особые чрезвычайные фонды для помощи нетрудоспособным, создавая замену отсутствующего страхования по старости и инвалидности.

Средства больничных касс в среднем составляют:

- ✓ **две трети — взносы самих рабочих;**
- ✓ **одна треть — взносы предпринимателей.**

В соответствии с действующей в Германии системой обязательного страхования здоровья и принципом солидарности доходов все работники наемного труда или пенсионеры (исключая гражданских служащих), доходы которых соответствуют установленным пределам, обязаны вступать в больничные кассы. Все прочие граждане могут вступать в эти кассы на добровольных началах.

Охват населения Германии различными формами страхования здоровья



Франция

Здравоохранение Франции условно относится к бисмаркской модели. В **1913 г.** во Франции был принят закон, согласно которому проводилось страхование рабочих от несчастных случаев и профессиональных заболеваний. В **1945 г.** было введено социальное страхование здоровья.

Организационная структура социального страхования во Франции представляет собой **трехуровневую систему** страховых касс, которую возглавляет **национальная касса работающих по найму**. В функции этой кассы входят:

- утверждение тарифов, объемов медицинской помощи;
- решение организационных вопросов;
- осуществление контроля и надзора за деятельностью страховых касс более низкого уровня и равномерным распределением ресурсов фонда страхования здоровья.

Свои страховые кассы имеются **на уровне регионов и местном уровне**.

Региональные кассы заключают договоры с медицинскими учреждениями, выполняют контрольные функции, осуществляют сбор статистического материала.

Местные, или первичные, кассы наряду со страхованием занимаются вопросами практической деятельности врачей и медицинских учреждений.

Главным источником финансирования здравоохранения во Франции являются страховые взносы, которые составляют около **70%** общего объема средств. Размер взносов зависит от полученных доходов, максимальный взнос составляет около **20%** доходов.

Работник выплачивает только **треть взноса**, а **две трети** – работодатель.

Одна из отличительных особенностей системы здравоохранения во Франции заключается в том, страхование **имеет возвратный характер**, т.е. пациент непосредственно платит за медицинские услуги, а понесенные расходы затем возмещаются ему. Часть расходов пациенты берут на себя в зависимости от:
вида и стоимости предоставленной помощи,
социально-экономического положения.

Наряду с государственным социальным страхованием около **20%** населения Франции используют систему добровольного страхования, которое осуществляется посредством коммерческого страхования или в фондах взаимной помощи, большинство из которых организовано по профессиональной принадлежности.

Рыночные системы здравоохранения

Соединенные Штаты Америки

США являются единственной экономически развитой страной в мире, ставящей во главу угла не общественную, а **индивидуальную ответственность** за здоровье. Хотя в настоящее время в стране активно обсуждается вопрос о национальной системе медицинского страхования, **29%** американцев не хотели бы потратить даже одного доллара на оплату лечения неимущих.

США тратят на здравоохранение из всех источников почти **16%** ВВП, а на человека в год – более **3 500 \$**.

Хотя в США есть элементы различных систем здравоохранения, ведущей является **организация добровольного частного медицинского страхования**, которым охвачено более **80%** населения.

Финансирование здравоохранения осуществляется за счет следующих источников:

- **39%** – за счет добровольного страхования (наиболее дорогостоящая, стационарная помощь – 35% , внебольничная помощь – 45%);
- **40%** – ассигнования государственного бюджета и общественных программ;
- **21%** – личные средства граждан и различных религиозных, благотворительных фондов и организаций.

В период великой депрессии **1929 – 1932 гг.** в США разорились многие компании, предоставляющие медицинскую страховку. Часть сохранившихся объединилась в две крупнейшие общенациональные ассоциации – «**Голубой крест**» и «**Голубой щит**», получившие льготы от государства в обмен на отказ от завышения уровня прибыли.

Учитывая снижение потребности клиентов вносить страховые взносы и оплачивать счета за лечение, страховые компании стали шире внедрять стандарты сдерживания затрат на медицинские услуги, названные *системой предварительной оплаты (СПО)*.

СПО – комплекс мер по предварительному согласованию цен и объемов услуг для различных групп пациентов.

По результатам согласования заключается **Генеральное соглашение о тарифах на медицинские услуги между Американской медицинской ассоциацией и ассоциацией страховщиков.**

Система СПО получила дальнейшее развитие и 60-е гг. в рамках программы «**Медикэр**». В настоящее время СПО используется крупными компаниями, осуществляющими добровольное медицинское страхование не только в США, но и в других странах.

Государственные программы финансирования здравоохранения в США

Медикэр – программа обеспечения медицинской помощью пожилых людей в возрасте старше 65 лет.

Медикэйд – программа медицинской помощи малоимущим.

Обе программы были утверждены Конгрессом США в 60-е гг. после напряженной парламентской борьбы. Их принятие было вызвано ускорившимся ростом в структуре населения США удельного веса соответствующих категорий населения.

Медикэр

На социальное страхование вносятся социальные налоги работодателями и наемными работниками по **7,65%**. В фонд "Медикэр" направляется часть, составляющая **1,45%** страховых взносов. Лица свободных профессий и мелкие предприниматели вносят социальный налог в размере **15,3%** дохода, из которых в фонд "Медикэр" направляется **2,9%**.

«Медикэр» состоит из двух частей:

А – страхование на случай больничного лечения;

В – дополнительное страхование.

программа А распространяется на достигших возраста 65 лет и имеющих право на пользование **Общей федеральной программой** – основной программой социального страхования

право на **программу В** имеют лица, пользующиеся программой А, проживающие в США и являющиеся либо гражданами США, либо имеющие вид на жительство, лица, прожившие в США не менее 5 лет до момента обращения за дополнительным страхованием

Пенсионеры, обслуживаемые программой «Медикэр», как и другие застрахованные, частично участвуют в оплате медицинской помощи. За каждую госпитализацию клиент программы обязан внести сумму, равную примерно стоимости одного дня пребывания в стационаре. Престарелые пациенты оплачивают:

- первый день госпитализации,
- посещение врачей в поликлинике,
- лекарственные средства во время амбулаторного лечения,
- почти всю долгосрочную медицинскую помощь в домах сестринского ухода (30 000 \$ и более в год).

Считается, что участие клиентов в издержках позволяет:

- обеспечить более сознательный и рациональный подход к потреблению медицинских услуг;
- облегчить доступ добровольно застрахованных в частных страховых компаниях к услугам повышенной сервисности в рамках программы «Медикэр», т.к. клиент, обращаясь за консультацией к высокооплачиваемому специалисту, знает, что часть затрат за консультацию в размере стоимости визита к обычному врачу возьмет на себя страховая компания, а частично потребуются и его участие в издержках;
- уменьшить финансовые нагрузки на фонды здоровья и тем самым обеспечить выполнение страховых обязательств большему количеству пенсионеров при меньших затратах

Медикэйд

Главной целью программы является обеспечение доступа к медицинской помощи лицам, имеющим доход ниже **установленной черты бедности**. При отнесении к категории бедных учитывается не только текущий доход, но и накопления. Данная программа находится в юридическом и административном ведении **властей штатов с учетом федеральных законов**, поскольку более половины расходов падает на федеральный бюджет.

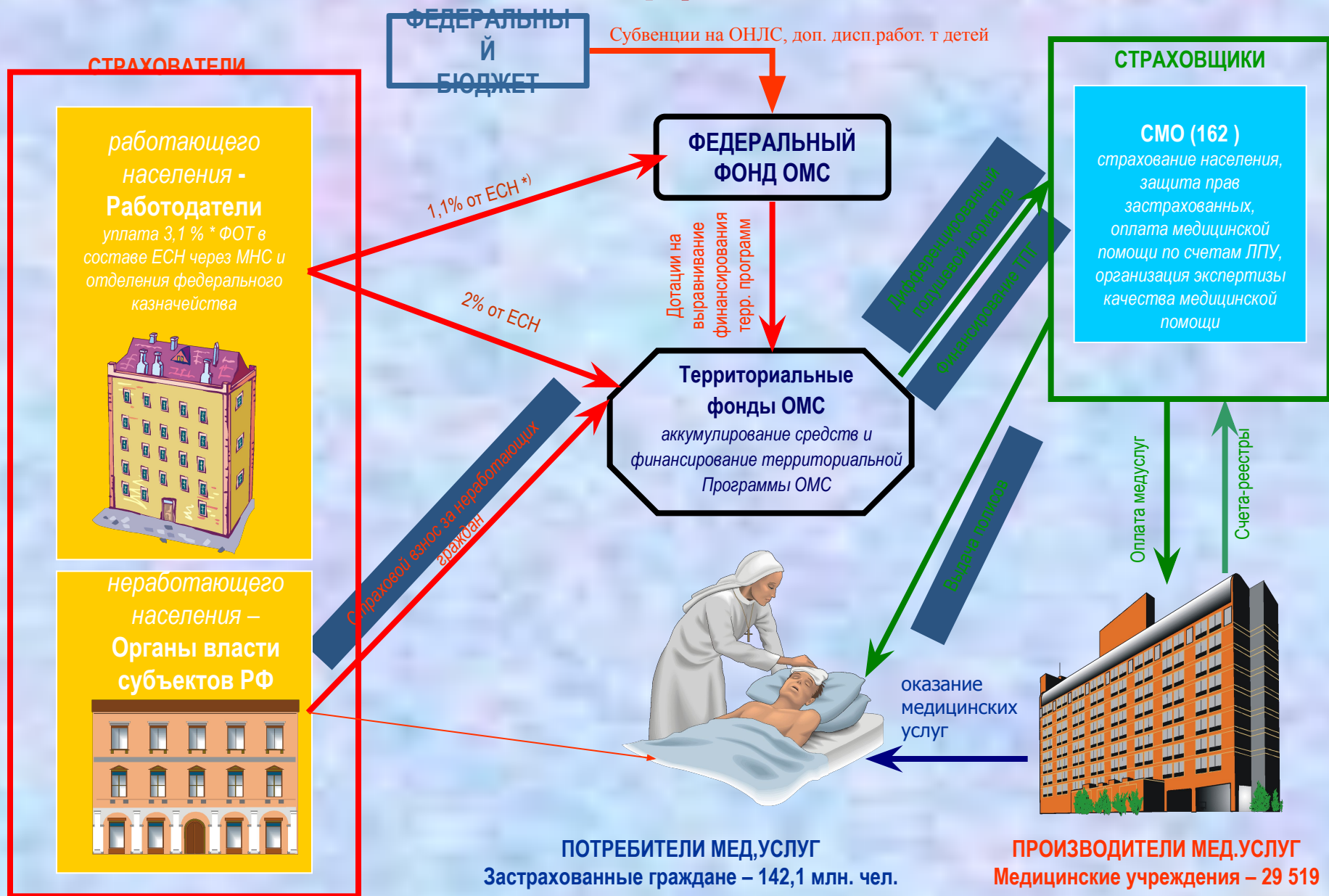
Из приблизительно **35 млн.** американцев с низким уровнем доходов, имеющих право на получение пособия, в рамках данной программы могут зарегистрироваться только **около половины**. Весьма низкий уровень покрытия расходов программы «Медикейд» во многих штатах снизился до такого уровня, что трудности в получении медицинской помощи испытывали даже беременные женщины и малолетние дети.

Из-за бюрократически сложной процедуры контроля за использованием средств и низких расценок на медицинские услуги врачам, работающим в рамках программы, выплачиваются низкие гонорары и с большими задержками. Поэтому многие врачи и больницы **отказываются от сотрудничества**, что существенно снижает эффективность программы.

В США периодически обсуждается вероятность отказа от имеющейся системы здравоохранения и перехода к национализированной «**социальной медицине**».

В свою очередь, противники перевода системы здравоохранения на государственные рельсы используют следующие аргументы. По данным исследовательского центра **Heritage Foundation**, национализированные системы здравоохранения поражены бюрократией, неэффективно тратят средства и плохо управляются. Кроме того, они гарантируют плохой уровень обслуживания и лечения. Национализация медицины приводит к автоматическому увеличению очередей пациентов в кабинеты врачей. Пациенты не имеют возможности выбора врача или выбора времени визита.

Принципиальная схема организации и движения финансовых средств в системе обязательного медицинского страхования в РФ



Система обязательного медицинского страхования Иркутской области



Государственное учреждение
Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования граждан
Иркутской области

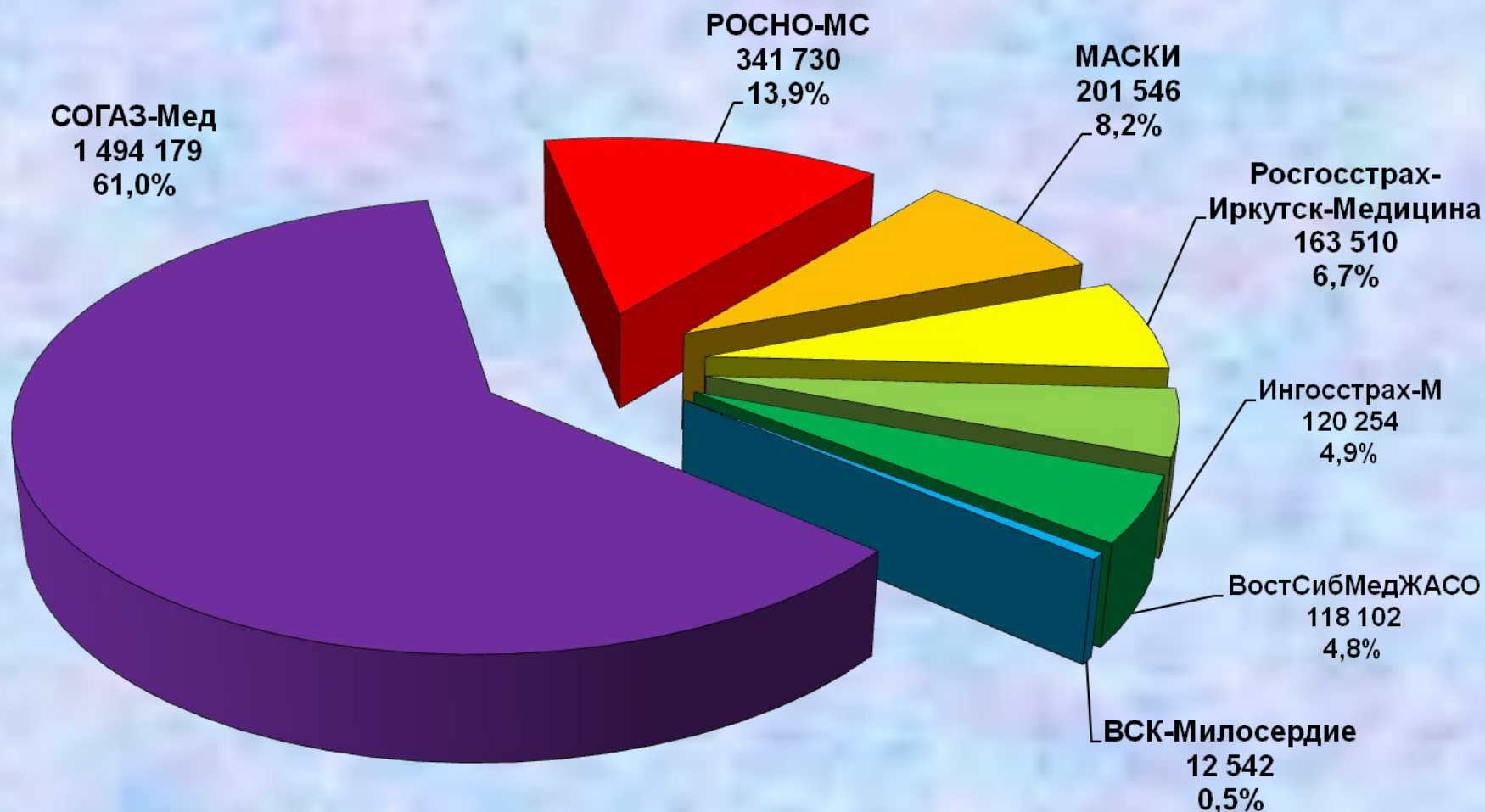


Страховых медицинских организаций - 7



Медицинских учреждений - 157

Распределение страхового поля между СМО в системе ОМС по территории Иркутской области на 2014 численность



Исполнение бюджета ГУ ТФОМС
Основные доходные показатели за 1 полугодие 2011 года
(тыс. руб.)

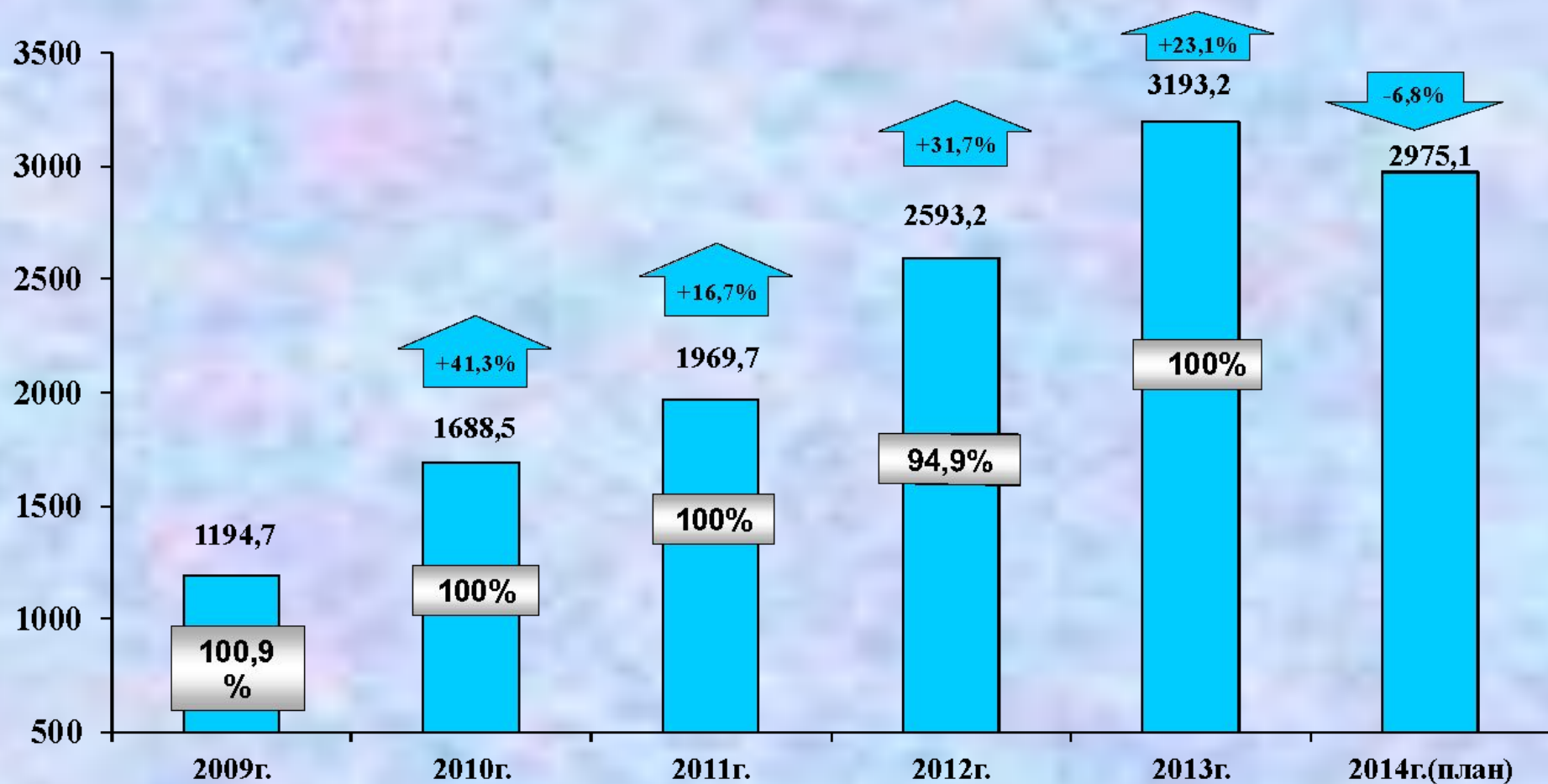


Финансовое обеспечение населения Иркутской области, застрахованного по ОМС, за счет средств налогов, бюджета субъектов РФ на ОМС неработающего населения, дотаций и субсидий ФОМС, поступивших в ТФОМС

**Сравнение со среднероссийскими показателями
(в рублях, на 1 застрахованного жителя)**



Динамика поступлений средств бюджета Иркутской области на ОМС неработающего населения в доходы бюджета ТФОМС (в млн. рублей)

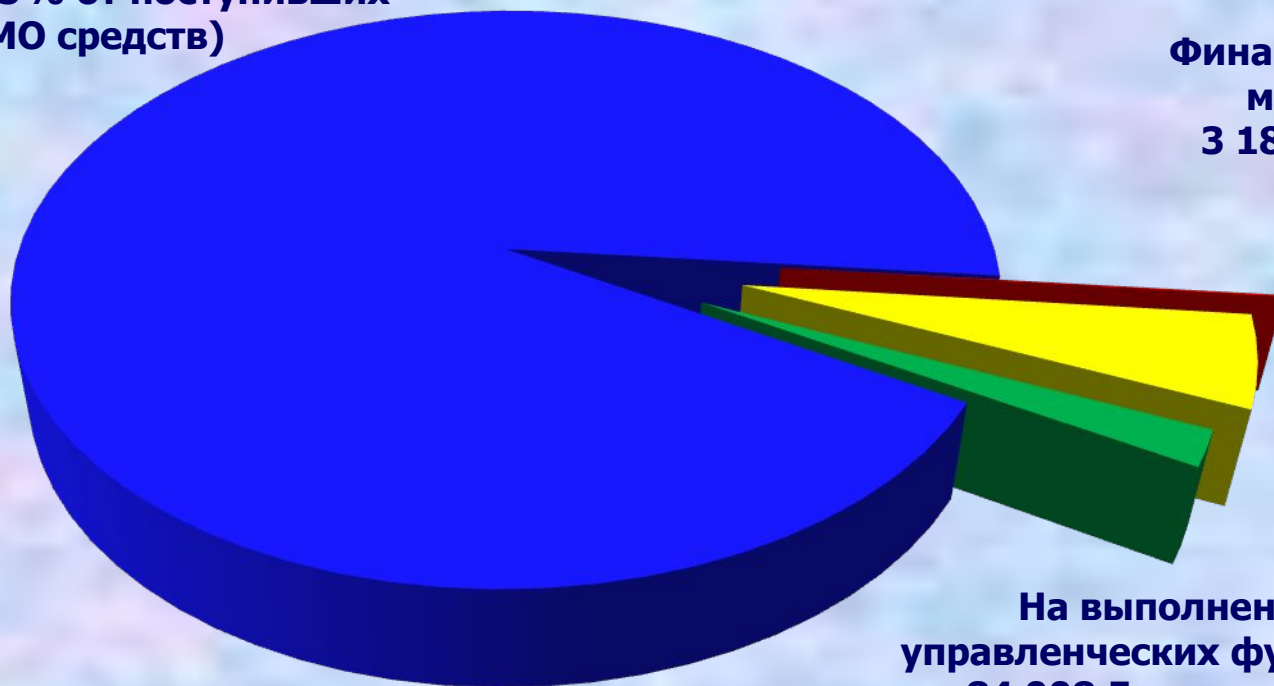


■ средства бюджетов субъектов Российской Федерации на обязательное медицинское ...

■ исполнение (%)

Структура расходов бюджета Территориального фонда ОМС Иркутской области за 2014 год

Средства на финансирование
ТП ОМС - 4 178 678,4 тыс.
рублей (93,2%), в том числе на
ведение дела СМО – 61 237,3
тыс. руб. (1,5% от поступивших
в СМО средств)

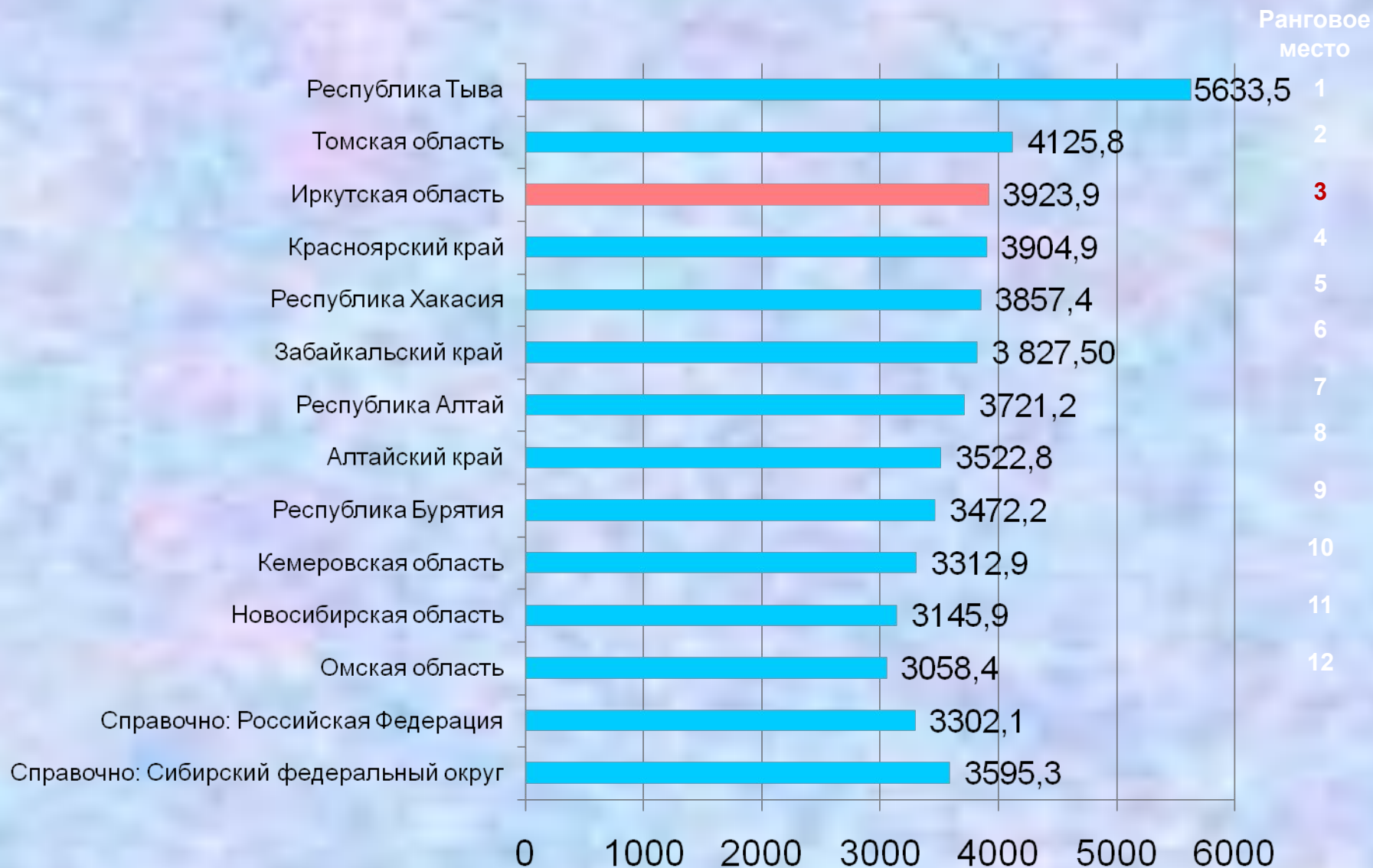


Финансирование иных
мероприятий –
3 185,7 тыс. рублей
(0,07%)

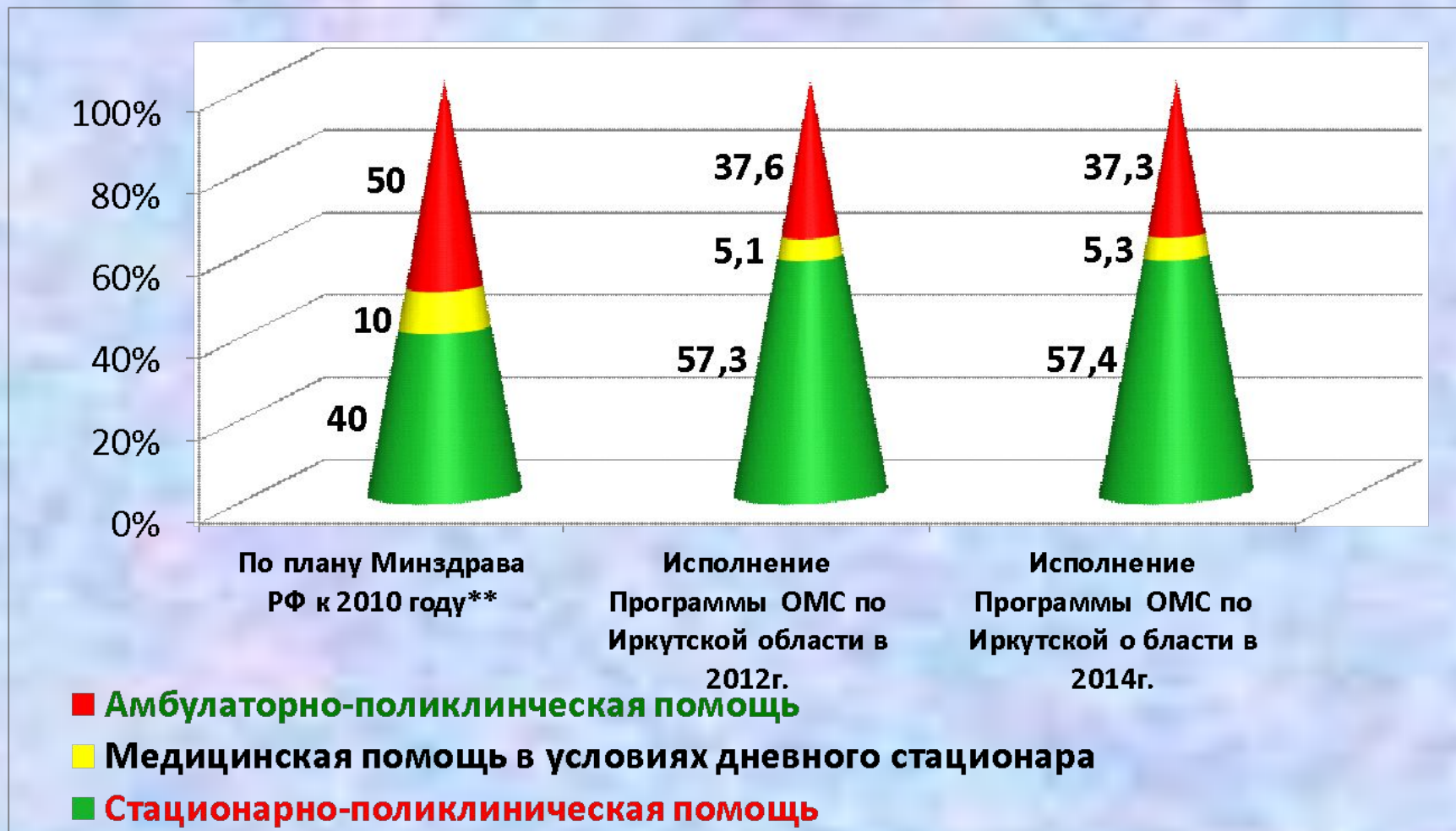
Целевые
расходы –
220 036,3 тыс.
рублей (4,9%)

На выполнение
управленческих функций –
84 008,5 тыс. рублей
(1,9%)

Иркутская область среди субъектов Сибирского федерального округа по показателю обеспеченности средствами ОМС в 2014 году на 1 застрахованного жителя, в рублях



Структура расходов по видам медицинской помощи в рамках Территориальной программы ОМС



Примечание: ** - из доклада Министра Здравоохранения по итогам работы учреждений здравоохранения в 2002 году от 02.07.2003г.

Выполнение Территориальной программы ОМС в 2014 г. (по доходам)

■ План 4 323,0 млн.руб.
■ Исполнение 4 503,1 млн. руб.



В расчете на 1 жителя:

План 1 725,3 руб.

Факт 1 797,2 руб.

Налоги 518,0

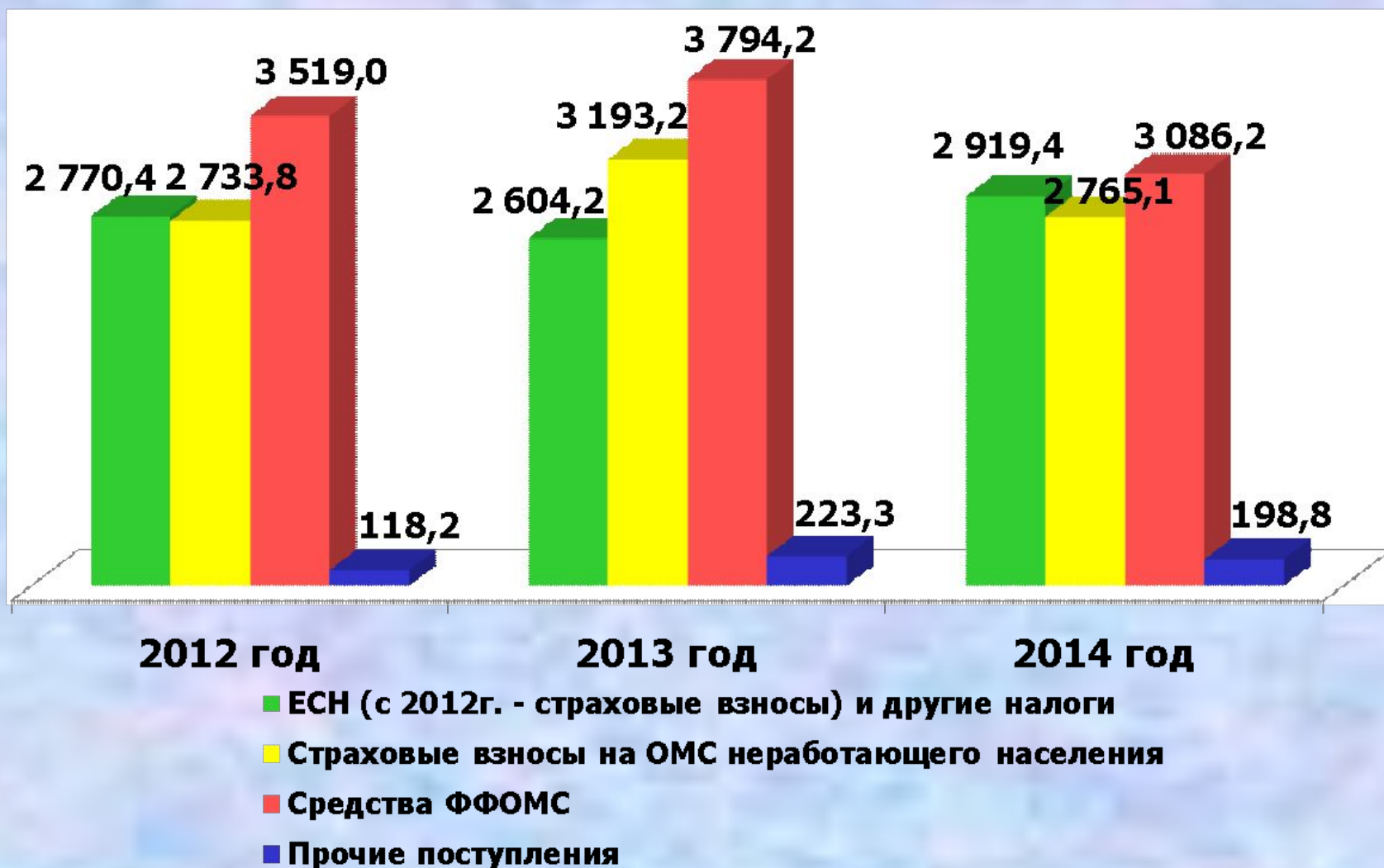
Платежи 551,8

Налоги 597,3

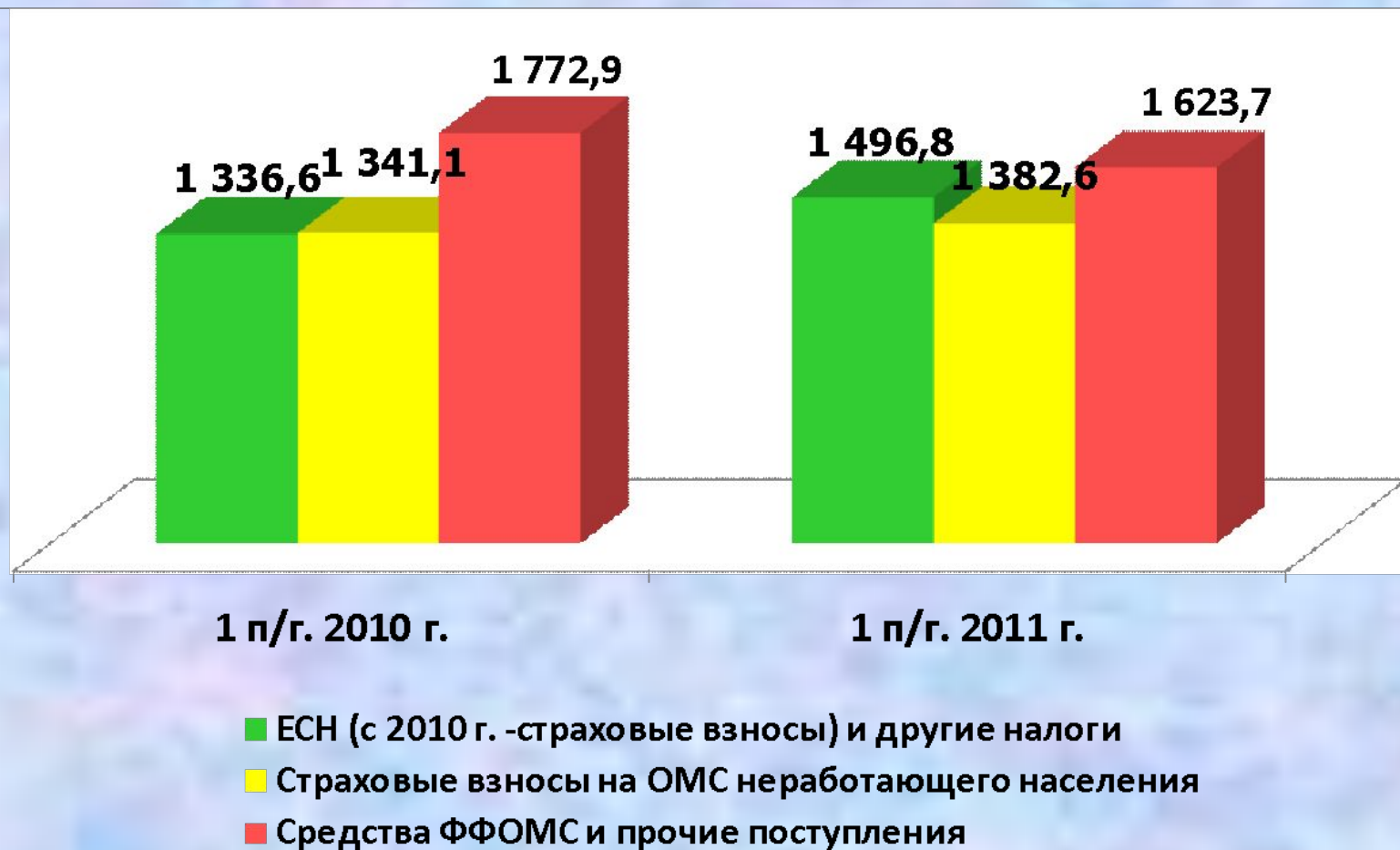
Платежи 551,8

Утвержден дефицит стоимости ТП ОМС 2014г. – 38,6%
Ожидаемый дефицит стоимости ТП 2014 г. – 38,3 %
Дефицит стоимости ТП в 2013 г. (факт) – 32,6 %

Утвержденная стоимость Территориальной программы ОМС по источникам финансового обеспечения (млн. руб.)



**Фактическое выполнение Территориальной программы ОМС
по доходам бюджета ГУ ТФОМС в разрезе источников
финансирования в 1 полугодии 2010-2011гг. (млн. руб.)**



**Исполнение нормативных показателей по объемам
муниципальных заказов в 1 полугодии 2011г.
(на 1000 населения)**



**Расходование средств РФПМ
страховыми медицинскими организациями
за 2 квартал 2014 года**



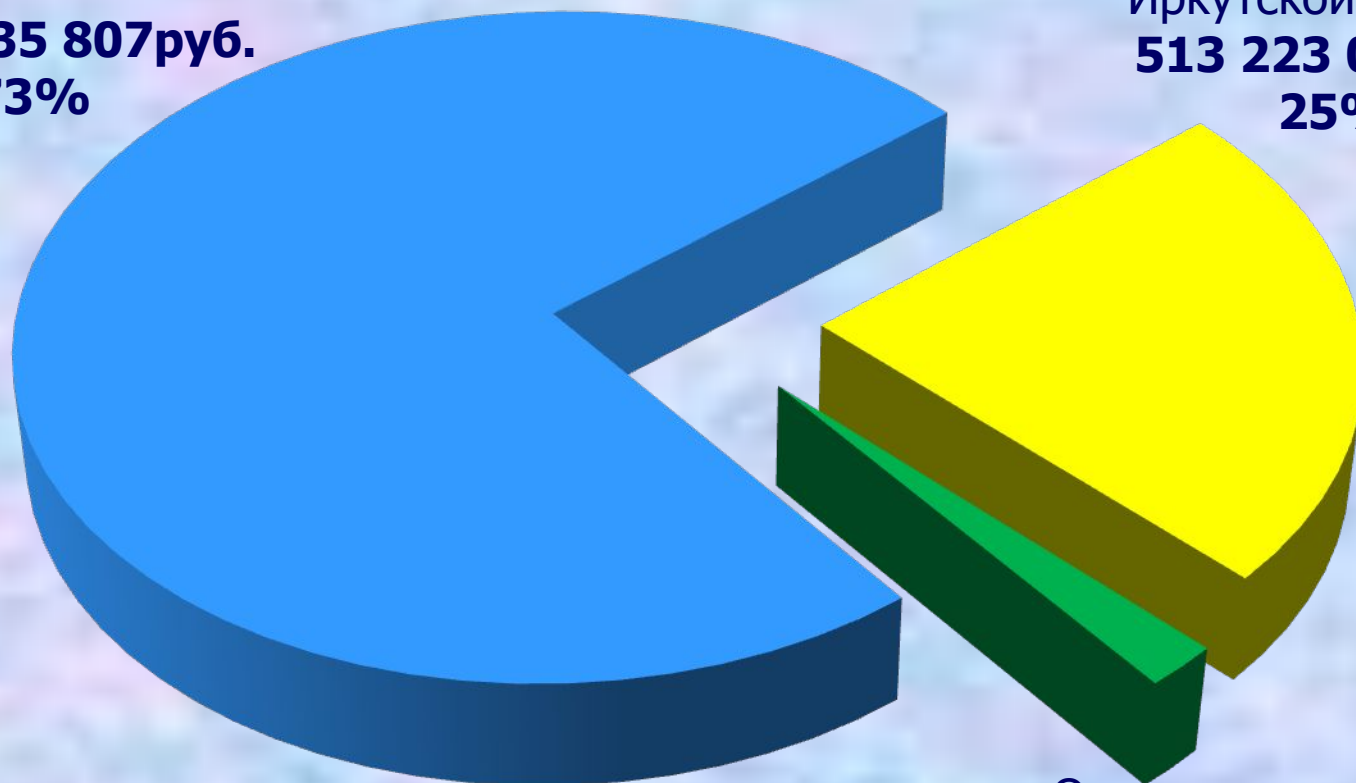
**Всего 89 688,8
тыс.**

Всего 87 581,6 тыс. руб.

Сводный реестр по территории оказания медицинской помощи на 2014 год

Оказано мед. услуг в ЛПУ
района страхования
Иркутской области
1 520 235 807 руб.
73%

Оказано мед. услуг на
других территориях
Иркутской области
513 223 019 руб.
25%



Оказано мед. услуг на
других территориях РФ
41 024 918 руб.
2 %

Территориальная программа государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи в Иркутской области на...год,

Программа включает в том числе:

- **Перечень медицинских учреждений в системе ОМС;**
- **Виды медицинской помощи, предоставляемые гражданам РФ в Иркутской области бесплатно;**
- **Структуру тарифов на медицинские услуги в системе ОМС Иркутской области - статьи расходов**
- **Нормативы объемов медицинской помощи;**
- **Нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи**
- **Условия оказания медицинской помощи**

Все расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, не вошедшие в тариф на медицинские услуги в системе ОМС, финансируются из соответствующих бюджетов (средств собственника).

Уровень тарифов на медицинские услуги в системе ОМС, порядок их индексации, а также другие вопросы оплаты медицинской помощи в системе ОМС определяется

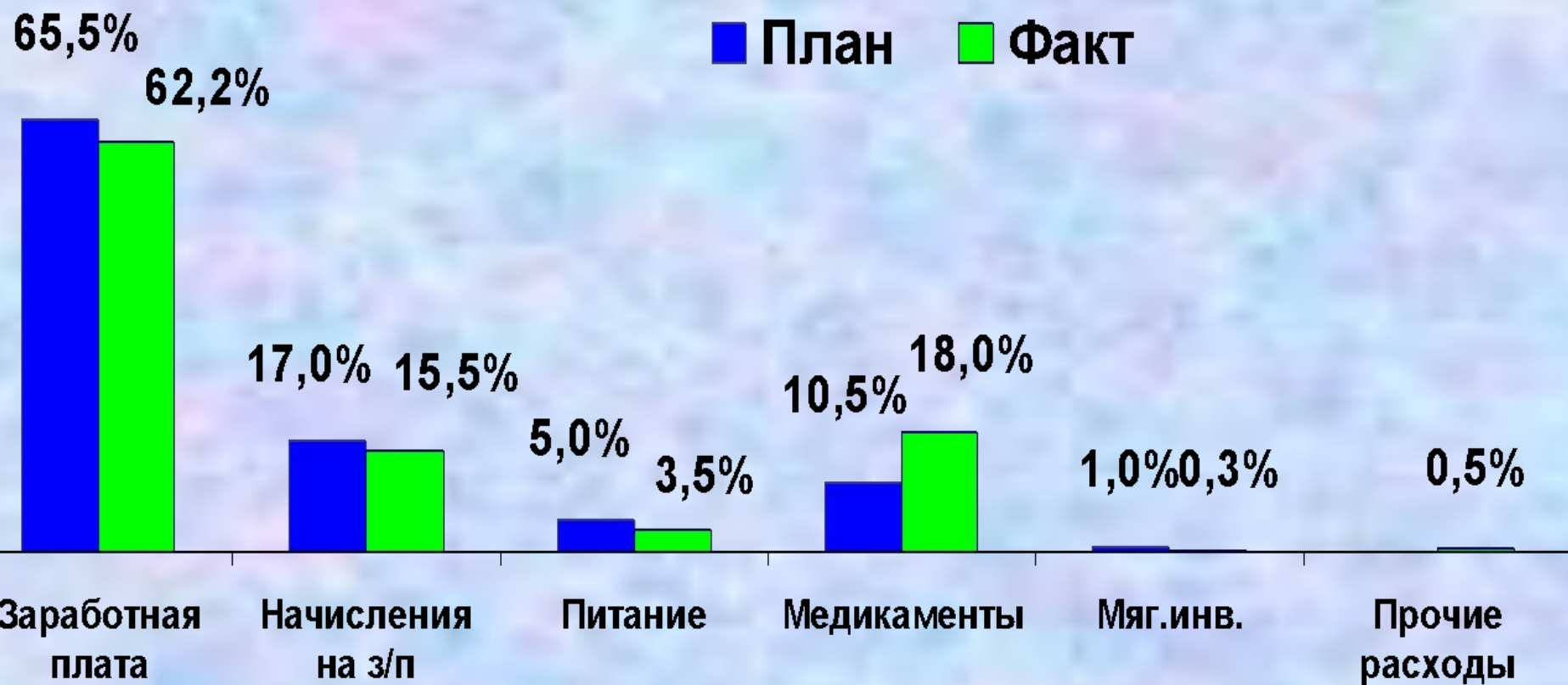
«Генеральным соглашением о тарифах на медицинские услуги, оказываемые учреждениями здравоохранения в системе ОМС».

Все расходы государственных и муниципальных медицинских организаций, не вошедшие в тариф на медицинские услуги в системе ОМС, финансируются из соответствующих бюджетов (средств собственника).

Генеральное соглашение о тарифах на медицинские услуги, оказываемые медицинскими учреждениями в системе ОМС Иркутской области, является четырехсторонним и утверждают:

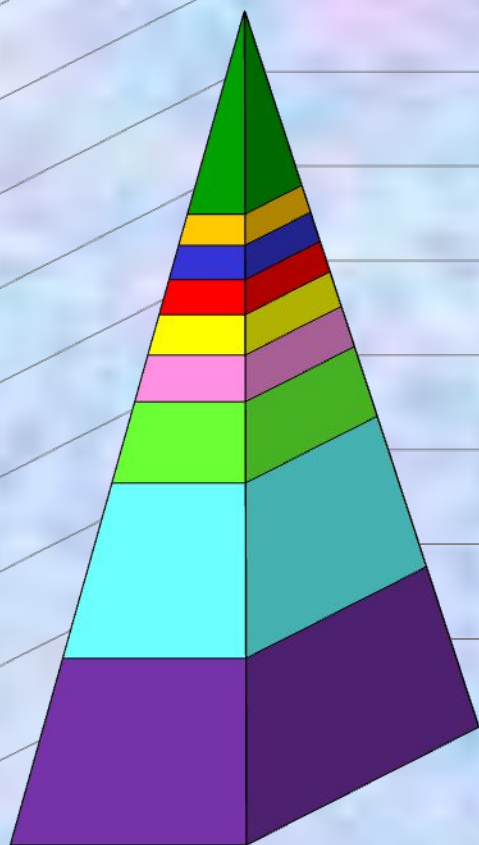
- 1. орган управления здравоохранением (Министерство ЗО Иркутской области);**
- 2. ТФОМС;**
- 3. Ассоциация страховых медицинских организаций;**
- 4. областной Комитет профсоюзов медицинских работников.**

Структура тарифов ОМС



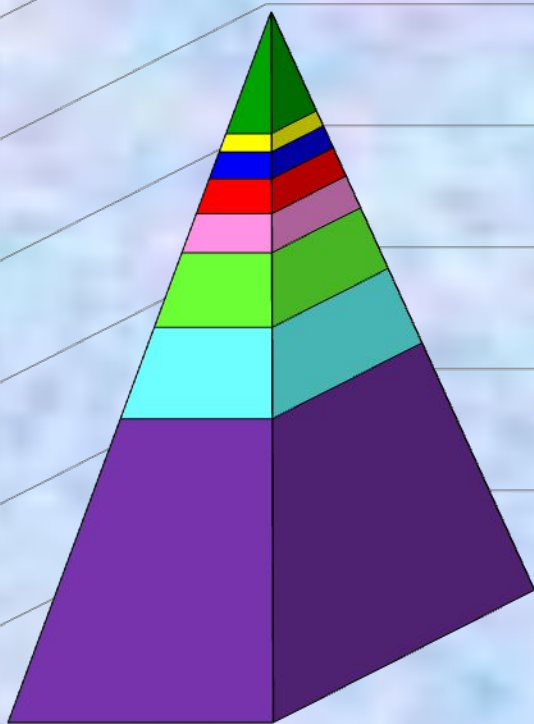
План – утвержден Генеральным соглашением о тарифах

Взаиморасчеты с другими территориями РФ (перечислено за больных, пролеченных на других территориях РФ в разрезе территорий)



Территория	2 кв. 2014г.	%
§ Прочие	10 005,1	24,4
, Новосибирск	1 527,4	4,1
§ Забайкальский край	1 683,9	4,1
§ г. Санкт-Петербург	1 729,1	4,2
, г. Москва		
, Московская область	2 307,7	5,6
§ Республика Саха (Якутия)	3 983,0	9,7
, Красноярский край	8 621,7	21,1
§ Бурятия	9 185,4	22,4
Итого:	41 024,9	100

Взаиморасчеты с другими территориями РФ (получено за пролеченных жителей других территорий)



Территория	2 кв. 2011г.	%
Прочие	9 092,1	17,2
Санкт-Петербург	1 369,4	2,6
Якутия	2 007,4	3,8
Новосибирск	2 597,0	4,9
Красноярский край	2 903,6	5,5
Забайкальский край	5 571,5	10,5
Москва	6 812,3	12,8
Бурятия	22 661,4	42,7
Итого:	53 014,7	100

Проблемы действующей модели ОМС и пути их решения

В части финансового обеспечения:

- несбалансированность обязательств по объемам медицинской помощи, утверждаемым Правительством РФ по Базовой программе ОМС в рамках Программы государственных гарантий и размерам финансовых поступлений в систему ОМС;
- разобщенность источников финансирования программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи из средств бюджета и средств ОМС, что приводит к дублированию структур, обеспечивающих это финансирование;
- дефицит финансового покрытия расчетной стоимости программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи исключает применение полноценных и достаточных финансовых методов и рычагов управления системой здравоохранения;
- наличие регрессивной шкалы налогообложения работодателей по ЕСН в части зачисляемой в фонды ОМС противоречит главенствующему принципу социального страхования «богатый платит за бедного», дискредитирует этот принцип, делая его несправедливым для большинства налогоплательщиков;
- неэффективность контроля исполнения финансовых обязательств государства со стороны бюджетной составляющей программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- суженный диапазон (5-6) статей расходов бюджетной и экономической классификаций, по которым производится финансирование медицинских учреждений из средств ОМС за оказанную медицинскую помощь;
- отсутствие унифицированной системы ценообразования на медицинскую помощь, оплачиваемую системой ОМС.

Проблемы действующей модели ОМС и пути их решения

В части доступности и качества медицинской помощи, соблюдения прав застрахованных:

- явное снижение доступности медицинской помощи, нарастание платных медицинских услуг для населения и жалоб на вымогательства со стороны медицинского персонала вследствие неэффективности, разобщенности по источникам финансирования программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
- отсутствие нормативно-правовых актов, определяющих дополнительную медицинскую помощь, являющуюся предметом договора об оказании платных медицинских услуг;
- отсутствие независимого контролера качества при оказании платных медицинских услуг, что делает их очень привлекательными для учреждения здравоохранения;
- отсутствие независимого контролера качества высокотехнологичной медицинской помощи;
- отсутствие федеральных правил оценки качества медицинской помощи;
- отсутствие единого понятия дефекта оказания медицинской помощи, перечня дефектов оказания медицинской помощи и их учета;
- отсутствие единой федеральной шкалы штрафных санкций к учреждению здравоохранения за ненадлежащее качество медицинской помощи;
- отсутствие разработки регламента досудебной защиты застрахованного и правил возмещения страховой компанией вреда, причиненного пациенту вследствие ненадлежащего качества медицинской помощи;
- отсутствие единого реестра досудебных экспертных решений страховых медицинских компаний и решений судов по искам застрахованных лиц к учреждениям здравоохранения – причинителям вреда здоровью пациентов;

Проблемы действующей модели ОМС и пути их решения

В части эффективности работы страховщика:

- СМО выполняет функции индифферентного транслятора государственных средств от территориального фонда ОМС к медицинским учреждениям;
- СМО не является информированным покупателем медицинской помощи в интересах застрахованных;
- выбор страховщика осуществляется работодателями без учета интереса застрахованных граждан и органов власти;
- конкурсное законодательство осуществления ОМС неработающего населения лишает застрахованного права на выбор страховщика и ограничивает развитие конкурентной модели медицинского страхования;
- отсутствуют механизмы страхования финансовых рисков в системе ОМС и не отработана процедура софинансирования систем обязательного медицинского страхования и добровольного медицинского страхования;
- отсутствует законодательство о саморегулирующей организации объединения страховых медицинских компаний и их роли в ОМС.



**№326 ФЗ от 20 ноября 2010 года
«Закон об обязательном
медицинском страховании
в российской федерации»**

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

- обязательное медицинское страхование - **вид обязательного социального страхования**, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на **обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования** и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;

- страховой риск - предполагаемое событие, при наступлении которого возникает необходимость осуществления расходов на оплату оказываемой застрахованному лицу медицинской помощи;

- страховой случай - совершившееся событие (заболевание, травма, иное состояние здоровья застрахованного лица, профилактические мероприятия), **при наступлении которого застрахованному лицу предоставляется страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию**;

- страховое обеспечение по обязательному медицинскому страхованию (далее - страховое обеспечение) - **исполнение обязательств по предоставлению застрахованному лицу необходимой медицинской помощи при наступлении страхового случая и по ее оплате медицинской организации**;

Статья 9. Субъекты обязательного медицинского страхования и участники обязательного медицинского страхования

1. Субъектами обязательного медицинского страхования являются:

- 1) застрахованные лица;
- 2) страхователи;
- 3) Федеральный фонд.

2. Участниками обязательного медицинского страхования являются:

- 1) территориальные фонды;
- 2) страховые медицинские организации;
- 3) медицинские организации.**

Статья 15. Медицинские организации в сфере обязательного медицинского страхования

1. Для целей настоящего Федерального закона к медицинским организациям в сфере обязательного медицинского страхования (далее - медицинские организации) относятся имеющие право на осуществление медицинской деятельности **и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования** (далее также - реестр медицинских организаций), в соответствии с настоящим Федеральным законом:

- 1) организации любой предусмотренной законодательством Российской Федерации организационно-правовой формы;
- 2) индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной медицинской практикой.

2. **Медицинская организация включается в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.** Территориальный фонд не вправе отказать медицинской организации во включении в реестр медицинских организаций. Комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации могут быть установлены иные сроки подачи уведомления вновь создаваемыми медицинскими организациями.

Статья 15. (продолжение)

3. Реестр медицинских организаций содержит наименования, адреса медицинских организаций и перечень услуг, оказываемых данными медицинскими организациями в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования. Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра медицинских организаций устанавливаются правилами обязательного медицинского страхования. **Реестр медицинских организаций ведется территориальным фондом, размещается в обязательном порядке на его официальном сайте в сети «Интернет» и может дополнительно опубликовываться иными способами.**

4. Медицинские организации, включенные в реестр медицинских организаций, **не имеют права в течение года, в котором они осуществляют деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, выйти из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования**, за исключением случаев ликвидации медицинской организации, утраты права на осуществление медицинской деятельности, банкротства или иных предусмотренных законодательством Российской Федерации случаев.

5. Медицинская организация осуществляет свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и **не вправе отказать застрахованным лицам в оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования.**

6. Медицинские организации ведут **раздельный учет** по операциям со средствами обязательного медицинского страхования.

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

Застрахованные лица имеют право на:

- **бесплатное оказание** им медицинской помощи медицинскими организациями **при наступлении страхового случая;**
- выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования;
- замену страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, **один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования** в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

Статья 16. (Продолжение)

- **выбор медицинской организации** из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования **в соответствии с законодательством Российской Федерации;**
- **выбор врача** путем подачи заявления лично или через своего представителя **на имя руководителя** медицинской организации **в соответствии с законодательством Российской Федерации;**
- **получение** от территориального фонда, страховой медицинской организации и **медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;**
- **защиту персональных данных,** необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- **возмещение медицинской организацией ущерба,** причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством Российской Федерации;
- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

1. Медицинские организации имеют право:

- **получать средства за оказанную медицинскую помощь** на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее также - тарифы на оплату медицинской помощи) и в иных случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом;
- **обжаловать** заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в соответствии со статьей 42 настоящего Федерального закона.

Статья 20. (продолжение)

Медицинские организации обязаны:

- **бесплатно** оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
- **вести** в соответствии с настоящим Федеральным законом **персонифицированный учет** сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
- **предоставлять** страховым медицинским организациям и территориальному фонду **сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи**, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
- предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
- использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
- **размещать на своем официальном сайте в сети «Интернет» информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;**
- **предоставлять** застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду **сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, показателях доступности и качества медицинской помощи;**

Статья 42. Обжалование заключений страховой медицинской организации по оценке контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи

1. Медицинская организация **в течение 15 рабочих дней** со дня получения актов страховой медицинской организации **вправе обжаловать** заключение страховой медицинской организации при наличии разногласий по результатам медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи **путем направления претензии в территориальный фонд.**
2. Претензия оформляется в письменной форме и направляется вместе с необходимыми материалами в территориальный фонд.
3. Территориальный фонд **в течение 30 рабочих дней** со дня поступления претензии рассматривает поступившие от медицинской организации материалы и **организует проведение** повторных медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи.
4. **Повторные** медико-экономический **контроль**, медико-экономическая экспертиза и **экспертиза качества** медицинской помощи **проводятся экспертами, назначенными территориальным фондом,** и оформляются решением территориального фонда.
5. При несогласии медицинской организации с решением территориального фонда **она вправе обжаловать это решение в судебном порядке.**

Статья 36. Территориальная программа обязательного медицинского страхования

1. Территориальная программа обязательного медицинского страхования - составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

6. Территориальная программа обязательного медицинского страхования в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования **определяет** на территории субъекта Российской Федерации **способы оплаты** медицинской помощи, оказываемой застрахованным лицам по обязательному медицинскому страхованию, **структуру тарифа** на оплату медицинской помощи, содержит реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, определяет условия оказания медицинской помощи в них, а также **целевые значения критериев доступности и качества** медицинской помощи.

10. **Объемы** предоставления **медицинской помощи**, установленные территориальной программой обязательного медицинского страхования, **распределяются решением комиссии**, указанной в части 9 настоящей статьи, между страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями исходя из количества, пола и возраста застрахованных лиц, **количества прикрепленных застрахованных лиц** к медицинским организациям, оказывающим амбулаторно-поликлиническую помощь, а также **потребности застрахованных лиц в медицинской помощи**.

Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

1. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию заключается между медицинской организацией, **включенной в реестр** медицинских организаций, которые участвуют в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования **и которым** решением комиссии по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования **установлен объем предоставления медицинской помощи**, подлежащий оплате за счет средств обязательного медицинского страхования, и страховой медицинской организацией, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, в установленном настоящим Федеральным законом порядке.

4. **В договоре** на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **должны содержаться** положения, предусматривающие **следующие обязанности медицинской организации**:

1) предоставление **сведений о застрахованном лице** и об **оказанной ему медицинской помощи**, необходимых для проведения контроля объемов, сроков и качества предоставляемой медицинской помощи, о режиме работы этой организации, видах оказываемой медицинской помощи;

2) представление счетов за оказанную медицинскую помощь;

3) представление отчетности об использовании средств обязательного медицинского страхования, об оказанной застрахованному лицу медицинской помощи и иной отчетности в порядке, установленном Федеральным фондом;

4) выполнение иных предусмотренных настоящим Федеральным законом и договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию обязанностей.

Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (Продолжение)

6. **Оплата медицинской помощи**, оказанной застрахованному лицу, на основании предоставленных медицинской организацией реестров счетов и счетов на оплату медицинской помощи **в пределах объемов предоставления медицинской помощи**, установленных решением **комиссии** по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, **осуществляется по тарифам** на оплату медицинской помощи и в соответствии **с порядком оплаты** медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, **установленным правилами обязательного медицинского страхования**.

9. За **использование не по целевому** назначению медицинской организацией средств, перечисленных ей по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, медицинская **организация уплачивает штраф в размере суммы нецелевого использования средств** и **пени** в размере одной трехсотой ставки рефинансирования Центрального банка РФ.

11. **Форма типового договора** на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **утверждается** уполномоченным **федеральным органом исполнительной власти** по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по нормативно-правовому регулированию в сфере страховой деятельности.

Благодарю за внимание!