

## СРАВНЕНИЕ И АНАЛИЗ СИСТЕМ ОМС КАК ЭТАП РАЗРАБОТКИ ПРОГРАММЫ ОМС ДЛЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Говоря об опыте зарубежных стран, следует отметить, что, зародившись единожды, система здравоохранения и страхования в каждой отдельной стране не остается статичной и все время развивается. Системы здравоохранения практически всех стран, проходя множество реформ, постоянно видоизменяются, заимствуя друг у друга идеи. В зависимости от финансирования можно выделить три системы здравоохранения и страхования.

*Преимущественно государственная система* (Великобритания) – развивалась как направление социальной политики государства. В результате государство усиливало свое влияние и контроль над деятельностью медицинских и страховых организаций. Заслуживает внимания тот факт, что система здравоохранения, например, Великобритании создавалась с учетом опыта СССР, который на протяжении 70 лет своего существования был представителем данной системы. Опыт организации государственной системы свидетельствует о ее высокой эффективности и доступности при относительно низких затратах на медицинскую помощь. Основная часть средств поступает из государственного бюджета и распределяется сверху вниз по управленческой вертикали. Централизованное финансирование позволяет сдерживать рост стоимости лечения.

Существенным недостатком данной системы является ее монополизм, игнорирование прав пациентов, как правило, отсутствие возможности выбора врача, лечебного учреждения. И, как следствие, снижение качества медицинских услуг из-за диктата их представителя (производителя, продавца) при отсутствии возможности осуществления контроля за деятельностью медицинских учреждений со стороны пользователей, потребителей медицинских услуг.

*Преимущественно страховая система* (Германия, Франция, Голландия, Австрия, Бельгия, Швейцария, некоторые государства Латинской Америки, Япония) основана на принципах солидарности. Она тесно связана со всей системой социального страхования и регулируется одним законодательством. Страхователям и застрахованным предоставлена возможность осуществления контроля над использованием страховых средств, застрахованным – возможность выбора врача, лечебно-профилактического учреждения. В страховой медицине наиболее важными являются проблемы обеспечения равного доступа и оплаты медицинской помощи, оказываемой лицам из групп повышенного риска (престарелые, бедные, инвалиды), оптимального распределения финансовых ресурсов среди групп застрахованных. Финансирование подобных систем осуществляется из трех источников:

- 1) страховые взносы предпринимателей – отчисления от доходов (налогов);
- 2) заработки трудящихся – отчисления из заработной платы;
- 3) средства государственного бюджета.

*Преимущественно частная система* медицинского страхования, наиболее широко представленная в США, характеризуется децентрализованностью, высоким развитием инфраструктуры страховых организаций и отсутствием государственного регулирования.

Следует отметить, что в настоящее время США переживают реформу в системе здравоохранения. Администрация Президента предпринимает попытки введения в США

всеобщего медицинского страхования при поддержке государственных медицинских страховых программ. С введением закона, который начнет действовать только с 2014 г., число американцев, имеющих медицинскую страховку, возрастет с 85% до 95%. Эта идея, однако, встретила мощное сопротивление в американском обществе, в том числе в политических и деловых кругах страны.

В настоящий же момент медицинское страхование в Штатах представляет собой следующую картину: каждый гражданин США имеет право приобрести страховку за свои деньги (не включающую в себя "зубную" и "глазную" ее части – но и без этого ее стоимость высока), но чаще он доверяет это приобретение своему работодателю. Это при условии, что человек работает на полной занятости и работодатель предоставляет ему полный «соцпакет», в который и входит определенный вид страховки.

Однако следует отметить безусловный плюс данной системы. Качество оказываемых услуг, вне всякого сомнения, находится на высочайшем уровне.

Так, 01.01.2011 в России был принят закон об обязательном медицинском страховании. Принятие данного закона символизирует новый этап в развитии системы обязательного медицинского страхования, основной целью которого стоит ее совершенствование и модернизация.

Введение единого электронного полиса и единой информационной базы – прогрессивный шаг, облегчающий жизнь многим участникам системы обеспечения конституционного права граждан.

Во-первых, облегчен и совершенствован порядок получения бесплатной медицинской помощи ее непосредственными адресатами. Им гарантирован выбор страховой медицинской организации, возможность ее смены, право выбора застрахованным лечебно-профилактического учреждения и лечащего врача независимо от места регистрации и постоянного проживания.

Введение же единого электронного полиса и единой информационной базы, позволяющей хранить информацию обо всех медицинских заключениях, сделанными различными врачами, позволит более точно и правильно диагностировать те или иные заболевания.

Во-вторых, новый порядок выбора создает условия для формирования конкуренции среди страховых медицинских организаций и медицинских учреждений, что выступает мощным экономическим стимулом увеличения качества оказываемой ими медпомощи.

В-третьих, законодательно закреплены обязательства исполнительной власти субъектов Российской Федерации по страхованию в системе ОМС неработающего населения: детей, пенсионеров, инвалидов, родителей, находящихся в отпуске по уходу за детьми, зарегистрированных безработных и др. Они выведены в отдельную категорию, на их счет ОМС также будут начисляться страховые взносы. В этих целях уполномочены круг ответственных за это лиц, их ответственность и сроки.

В-четвертых, предусмотрена система контроля и ответственность всех участников системы ОМС, в том числе для медицинских организаций за некачественное оказание медицинской помощи, незаконное взимание денежных средств за гарантированные государством бесплатные услуги, за отказ в оказании медицинской помощи и другие нарушения. Закон предусматривает систему штрафов за данные нарушения, а в роли защитников прав пациентов будут выступать страховые компании и территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

В-пятых, отмена необходимости заключения договора со страховыми организациями и контроля за выдачу и изъятие полисов ОМС облегчила жизнь бухгалтерам и кадровым службам.

Очевидно, что вновь принятый закон в дальнейшем будет подвергнут изменениям и дополнениям, так как он не включает многие важные аспекты передового опыта зарубежных стран. Причина тому – неготовность общества принять его в силу слабой развитости страхового дела. Однако вектор дальнейшего развития медицинского страхования выбран верный, что создает благополучную предпосылку развития этого важного для каждого человека института общественной жизни нашего государства.

Сравнительный анализ систем медицинского страхования позволил выделить следующие направления реформы отечественной модели медицинского страхования с учетом возможности применения положительного опыта изученных систем: эти изменения касаются принципов создания, организации и финансирования системы ОМС, обеспечения взаимосвязи между обязательным и добровольным медицинским страхованием, защиты прав застрахованных. В силу экономических причин полное финансирование Программы государственных гарантий по предоставлению бесплатной медицинской помощи для всего населения Республики Беларусь невозможно, поэтому необходимо отказаться от декларации предоставления всем гражданам одинакового объема бесплатной медицинской помощи, неосуществимого на практике.

При этом базовый объем медицинской помощи в ОМС должен быть определен с расчетом финансовой потребности для ее реализации в полном объеме на основании накопленной страховой статистики. Услуги сверх базовой программы целесообразно оказывать бесплатно лишь социально незащищенным категориям граждан после подтверждения необходимости в них заключением клинико-экспертной комиссии. Основу базовой программы ОМС должен составить дифференцированный перечень (классификатор) услуг, выполняемых в рамках каждой врачебной специальности.

Лица с низкими доходами получают поддержку из бюджетных средств. Кроме того, предполагается увеличить размер собственного участия застрахованных в оплате стоимости некоторых медицинских услуг (например, пребывания в стационаре, стоматологического обслуживания) и медикаментов (например, наличие франшизы при оплате назначенных врачом медикаментов).

Совместные программы ОМС и ДМС в будущем стали бы основой построения финансовых взаимоотношений в системе медицинского страхования и финансирования системы здравоохранения.

#### **Список цитированных источников**

1. Системы здравоохранения и медицинского страхования за рубежом. [Электрон. ресурс] – Режим доступа: <http://www.airmed.com.ua>. – Дата доступа: 27.10.2010.

2. Об обязательном страховании в Российской Федерации: Федеральный закон Российской Федерации от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ.

УДК [001.895:339.37](476)

*Пятница Е.В.*

*Научный руководитель: доцент, к.т.н. Радчук А.П.*

### **ИННОВАЦИИ В РОЗНИЧНОЙ ТОРГОВЛЕ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ**

На сегодня торговля – одна из актуальных сфер белорусской экономики и наиболее подходящая сфера для инноваций.

Самые простые и не требующие больших затрат – социальные инновации. Они помогают приспособиться к реальному ритму жизни человека, не требуя капитальных изменений в технологиях торговли.