

СТАНОВЛЕНИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В 1993–2008 ГОДАХ



ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
Андрей Владимирович Юрин

В 2008 году российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) исполнилось 15 лет. Система ОМС была создана в целях обеспечения конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, закрепленных в статье 41 Конституции Российской Федерации.

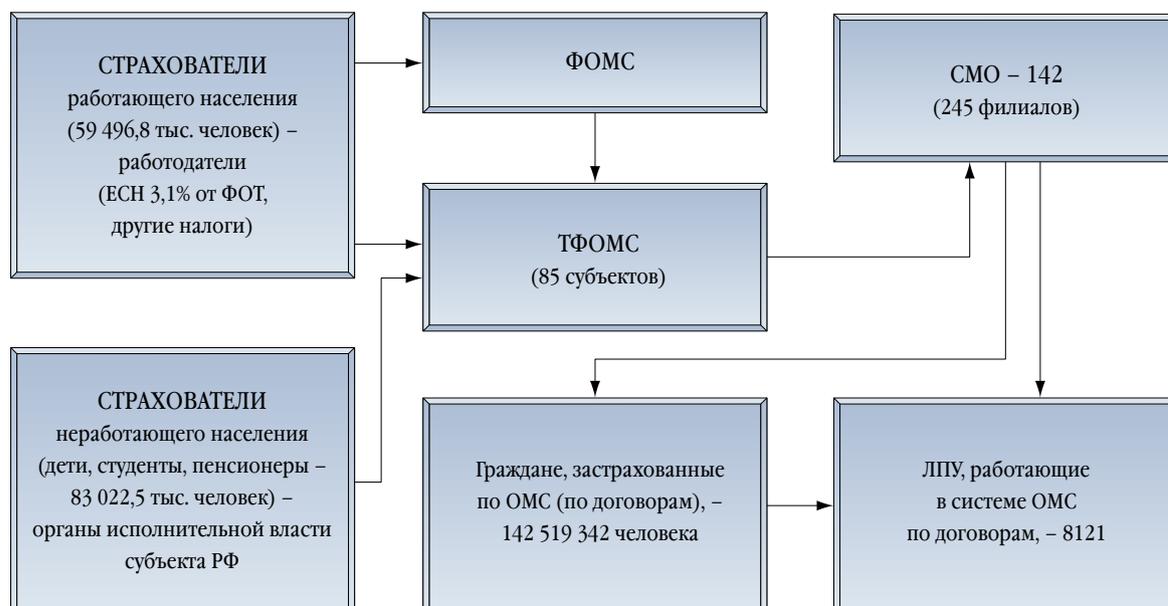
В 1993 году в стране был введен в действие Закон Российской Федерации от 28 июня 1991 года №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (далее – Закон о медицинском страховании), послуживший основой для начала проведения комплексной реформы в здравоохранении.

Введение обязательного медицинского страхования было направлено на решение ряда первоочередных задач в сфере охраны здоровья населения:

- обеспечение реализации конституционных прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи необходимого объема и качества в соответствии с базовой программой обязательного медицинского страхования, являющейся составной частью Программы государственных гарантий обеспечения граждан Российской Федерации бесплатной медицинской помощью;
- создание современных механизмов финансирования учреждений здравоохранения и обеспечение гарантии по оплате труда медицинских работников;
- формирование нормативно-правовых и организационных условий для реализации механизмов правовой защиты пациентов.

В целях реализации государственной политики в области ОМС были созданы Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФОМС) и в каждом субъекте Российской Федерации территориальные фонды обязательного медицинского страхования (ТФОМС), основной

1



ОРГАНИЗАЦИОННО-ФИНАНСОВАЯ СТРУКТУРА СИСТЕМЫ ОМС В РОССИИ

задачей которых явилось привлечение целевых финансовых средств в здравоохранение в виде налогов и страховых взносов на ОМС неработающего населения, поступающих от органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации – страхователя неработающих граждан.

В структуру системы ОМС в 1993 году входили 79 ТФОМС. По состоянию на 1 января 2008 года при реформировании административно-территориального состава Российской Федерации в системе ОМС функционировало 85 ТФОМС.

Одной из основных задач системы ОМС является страхование граждан. С 1994 года численность граждан, застрахованных по договорам ОМС, увеличилась почти в 2 раза и составила на 1 января 2008 года 142,5 млн. человек (на 1 января 1995 года – 71,9 млн. человек).

В соответствии с законодательством в системе ОМС одним из субъектов медицинского страхования являются страховые медицинские организации (СМО). СМО в системе ОМС осуществляют страхование граждан, оплату счетов медицинских учреждений за оказанную медицинскую помощь, проводят экспертизу качества медицинской помощи. В 1993 году ОМС осуществляли 164 СМО (с филиалами). Наибольшее число СМО (с филиалами) работало в 1996 году – 563.

Согласно изменениям в нормативной правовой базе, регламентирующей деятельность СМО в системе ОМС, в части увеличения уставного капитала страховых медицинских организаций и проведения конкурсов страховщиков на ОМС неработающего населения в субъектах Российской Федерации, число СМО (без филиалов) в период с 2003 по 2007 год уменьшилось с 284 до 142.

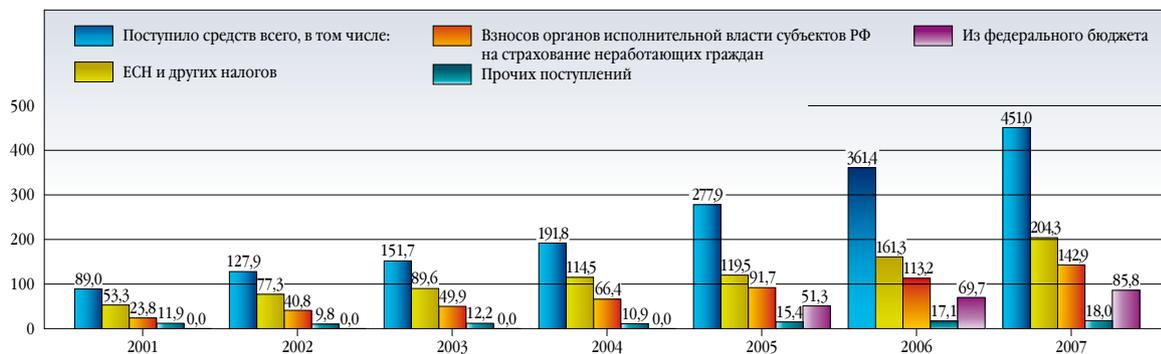
Медицинские учреждения, являясь субъектом медицинского страхования, осуществляют деятельность в системе ОМС по договору на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) по медицинскому страхованию. Число медицинских учреждений за период с 1994 по 2007 год увеличилось почти в 2 раза. Так, в 1994 году в системе ОМС работало 4501 медицинское учреждение, на 1 января 2008 года – 8121. Наибольшее число медицинских учреждений (8499) работало в системе ОМС в 2002 году.

В системе ОМС медицинскую помощь оказывают медицинские учреждения любой формы собственности. Медицинские учреждения иных форм собственности в системе ОМС представлены учреждениями здравоохранения, подведомственными ФМБА России (в 2007 году – 78) и ОАО «РЖД» (в 2007 году – 246).

Таким образом, по состоянию на 1 января 2008 года сложилась организационно-финансовая структура системы ОМС в Российской Федерации, представленная на рисунке 1.



2



ДИНАМИКА ПОСТУПЛЕНИЙ СРЕДСТВ В СИСТЕМУ ФОНДОВ
ОМС РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2001–2007 ГОДАХ (МЛРД. РУБЛЕЙ)

В течение 1993–2000 годов в стране была создана и эффективно функционировала интегрированная система сбора и учета страховых взносов на обязательное медицинское страхование. Система позволяла увязать в единый комплекс сбор, учет и контроль за своевременным и полным перечислением плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование.

С 2001 года функция сбора налога (взноса) работодателей на ОМС работающих граждан передана налоговым органам. Поступления финансовых средств в систему ОМС ежегодно увеличивались на 25–30%.

Начиная с 2005 года в систему ОМС, активно участвующую в реализации социально ориентированных проектов (дополнительное лекарственное обеспечение льготных категорий граждан, приоритетный национальный проект «Здоровье», пилотный проект, направленный на повышение качества услуг в здравоохранении, и др.), поступают средства из федерального бюджета.

В 2007 году в территориальные фонды обязательного медицинского страхования поступило более 400 млрд. рублей, включая налоговые поступления, страховые взносы на ОМС неработающего населения, безвозмездные поступления из средств федерального бюджета, прочие неналоговые поступления.

Следует отметить, что поступление взносов на ОМС неработающего населения с 2001 года возросло в 6 раз, а поступление ЕСН и других налогов – в 4 раза. Динамика поступлений средств в систему ОМС представлена на рисунке 2.

Обеспечение финансовой устойчивости системы ОМС является одной из основных задач ФОМС, предусмотренных уставом Федерального фонда обязательного медицинского страхования. С целью выполнения указанной задачи ФОМС осуществляет выравнивание финансовых условий деятельности ТФОМС в рамках базовой программы ОМС.

Важным фактором обеспечения финансовой устойчивости системы ОМС является создание нормативно-методической базы, определяющей порядок и условия направления ФОМС финансовых средств в ТФОМС на указанные цели.

Во исполнение Закона о бюджете ФОМС в бюджеты ТФОМС ежемесячно направляются средства на выполнение территориальных программ в рамках базовой программы ОМС. Так, в 2007 году из бюджета ФОМС в бюджеты ТФОМС направлено 43,5 млрд. рублей, что составило 9,8% в общей сумме доходов ТФОМС за 2007 год.

Объемы средств, перечисленные ФОМС в ТФОМС в виде субсидий на выравнивание условий проведения ОМС, составили 15,9% (с учетом средств на ДЛО в рамках базовой программы) в среднем по Российской Федерации к доходам ТФОМС. Доля поступлений налогов и страховых взносов в ТФОМС (с учетом субвенций и дотаций ФОМС) по федеральным округам представлена в таблице 1.

В 2007 году финансовое обеспечение одного застрахованного гражданина в системе ОМС в среднем по Российской Федерации (с учетом налоговых поступлений, субсидий и субвенций ФОМС, в том числе на ДЛО в рамках базовой программы, на выполнение базовой программы ОМС и взносов на ОМС неработающего населения) достигло 2298,4 рубля. Минимальные и максимальные значения показателей финансового обеспечения приведены на рисунке 3.



Таблица 1

ДОЛЯ ПОСТУПЛЕНИЙ НАЛОГОВ И СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ В ТФОМС С УЧЕТОМ СУБВЕНЦИЙ
И ДОТАЦИЙ ФОМС ПО ФЕДЕРАЛЬНЫМ ОКРУГАМ (ЯНВАРЬ – ДЕКАБРЬ 2007 ГОДА)

Федеральный округ	Доля поступлений налогов и страховых взносов в ТФОМС (%)		
	Налоговые поступления		
	ФОМС	ТФОМС	Взносы на ОМС
Российская Федерация	15,9	40,5	43,7
Центральный федеральный округ	11,7	49,4	38,9
Северо-Западный федеральный округ	12,6	45,8	41,6
Южный федеральный округ	23,6	27,0	49,5
Приволжский федеральный округ	15,9	35,1	49,0
Уральский федеральный округ	9,6	46,3	44,1
Сибирский федеральный округ	22,1	35,2	42,7
Дальневосточный федеральный округ	22,4	35,7	41,9
Байконур	26,7	35,5	37,8

В целях создания единого механизма реализации конституционных прав граждан Российской Федерации на получение бесплатной медицинской помощи за счет средств бюджетов всех уровней и средств ОМС Правительство Российской Федерации утверждает программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на очередной год, которая определяет объемы предоставляемой медицинской помощи и необходимые финансовые ресурсы для их обеспечения.

Территориальная программа ОМС является составной частью территориальной программы государственных гарантий оказания гражданам субъекта Российской Федерации бесплатной медицинской помощи.

Основным принципом формирования территориальной программы госгарантий является сбалансированность структуры, объемов медицинской помощи и необходимых для их реализации финансовых средств. В 2007 году территориальные программы госгарантий были сформированы во всех 86 субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре.

По данным отчетных форм №62 за 2007 год дефицит территориальных программ ОМС сложился в 58 регионах в объеме 29,2 млрд. рублей, что составляет 9,1% от расчетной стоимости.

В 2007 году расходы на реализацию Программы государственных гарантий из всех источников финансирования составили 897,3 млрд. рублей, из которых 36,6% составили средства обязательного медицинского страхования.

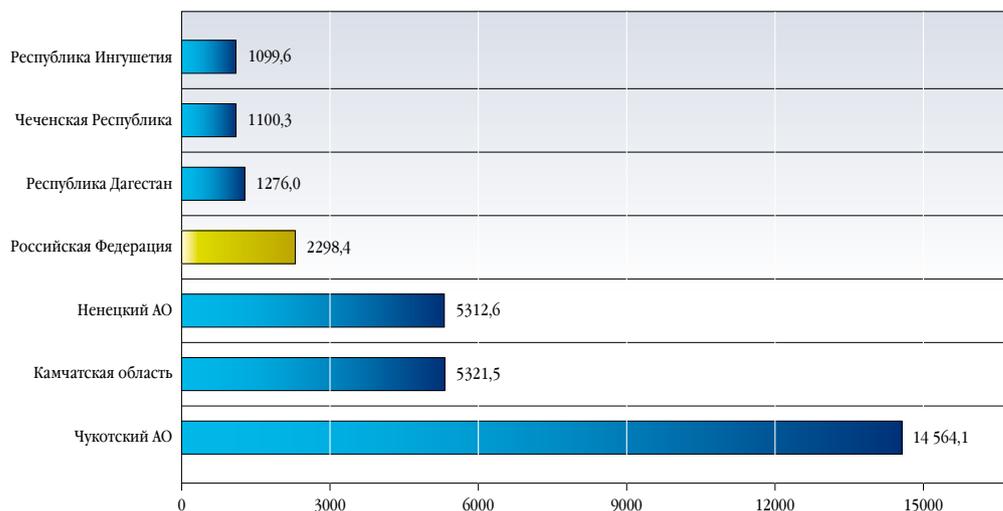
Анализ структуры расходов на медицинскую помощь из средств ОМС свидетельствует о преобладании расходов на оплату труда с начислениями (72,5%) (рис. 4).

В 2007 году ФОМС продолжал мероприятия по реализации мер социальной поддержки отдельных категорий граждан по обеспечению лекарственными средствами.

В соответствии с Законом о бюджете ФОМС на 2007 год в бюджеты ТФОМС по заявкам на оказание государственной социальной помощи отдельным категориям граждан по обеспечению лекарственными средствами направлено 66,9 млрд. рублей, в том числе на завершение расчетов за 2006 год 32,0 млрд. рублей.



3



ПОКАЗАТЕЛИ ФИНАНСОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ ОМС ЗА 2007 ГОД
НА ОДНОГО ЗАСТРАХОВАННОГО ПО ДОГОВОРАМ ОМС, РУБЛЕЙ

В 2007 году:

- воспользовались правом на обеспечение лекарственными средствами – 6,2 млн. человек;
- выписано рецептов – 92,0 млн.;
- подлежат оплате счета на сумму 50,7 млрд. рублей;
- среднемесячные затраты на одного гражданина составили 681,8 рубля.

Все предпринятые ФОМС в 2007 году меры, включая процесс согласования и утверждения заявок, показали возможность эффективного управления расходами, оптимизации обеспечения необходимыми лекарственными средствами, рост сбалансированности представляемых на утверждение заявок на ДЛЮ, тенденцию к увеличению доли лекарственных средств отечественных производителей.

Задача повышения качества и доступности медицинской помощи во всем мире признана одной из важнейших. Решение этой задачи в России предполагало существенную модернизацию здравоохранения, в первую очередь путем реализации мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье».

Финансирование приоритетного национального проекта «Здоровье» в 2007 году осуществлялось через систему ОМС в объеме 41,1 млрд. рублей.

Основными направлениями реализации ПНП «Здоровье» являются:

1. Финансовое обеспечение дополнительных денежных выплат медицинским работникам первичного звена, то есть финансовое обеспечение расходов и учет средств на выполнение государственного задания по оказанию дополнительной медицинской помощи врачами-терапевтами участковыми, врачами-педиатрами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), медицинскими сестрами участковыми врачей-терапевтов участковых, медицинскими сестрами участковыми врачей-педиатров участковых, медицинскими сестрами врачей общей практики (семейных врачей).

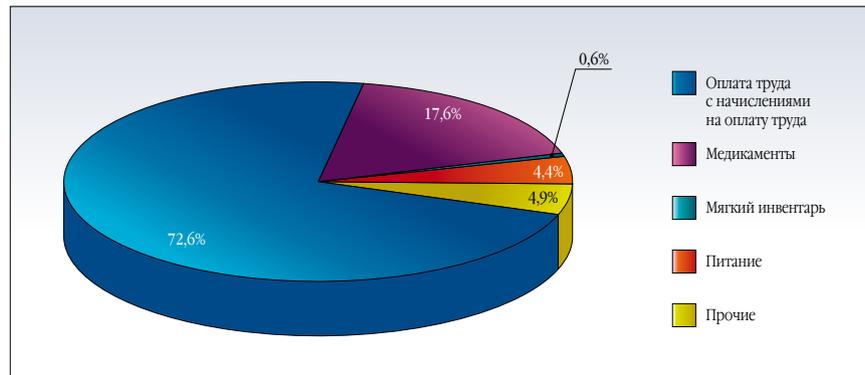
Из бюджета ФОМС в ТФОМС на указанные цели перечислено 18,0 млрд. рублей. По данным ТФОМС, в осуществлении государственного задания по оказанию первичной медико-санитарной помощи в 2007 году участвовало 5145 медицинских учреждений, 71,4 тыс. врачей, 82,7 тыс. медицинских сестер.

2. Проведение дополнительной диспансеризации граждан, работающих в государственных и муниципальных учреждениях образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры, физической культуры и спорта и в научно-исследовательских учреждениях. Из бюджета ФОМС в ТФОМС перечислено на указанные цели 4,4 млрд. рублей.

По данным мониторинга, осуществляемого ФОМС, дополнительную диспансеризацию работников бюджетной сферы в 2007 году проводили 3168 учреждений здравоохранения.



4



СТРУКТУРА РАСХОДОВ СРЕДСТВ ОМС НА ПРОГРАММУ ОМС (ПО ДАННЫМ ФОРМЫ №62)

Численность граждан, прошедших диспансеризацию в 2007 году, составила 4 609 749 человек. Среди граждан, прошедших дополнительную диспансеризацию в 2007 году, 68,9% – городские жители, 31,1% – сельские. Следует отметить, что из числа работников бюджетной сферы, прошедших дополнительную диспансеризацию, 4,1% граждан осмотрено выездными бригадами.

Структура контингента граждан, прошедших диспансеризацию, представлена работниками: сферы образования (51,6%); здравоохранения (35,5%); социальной сферы (6,6%); культуры, физической культуры и спорта (5,3%); научно-исследовательских учреждений (1,0%).

Средства, полученные учреждениями здравоохранения за проведение дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, в соответствии с законодательством Российской Федерации в 2007 году направлялись на выплаты врачам-специалистам и соответствующему среднему медицинскому персоналу, а также на приобретение расходных материалов.

3. 2007 год был объявлен в России Годом ребенка, и в этой связи одним из разделов комплекса мероприятий, направленных на развитие медицинской службы материнства и детства, явилась программа «Родовый сертификат» – оплата государственным и муниципальным учреждениям здравоохранения услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, в период родов и в послеродовом периоде, а также услуг по диспансерному наблюдению ребенка в течение первого года жизни.

Из бюджета ФОМС переданы средства Фонду социального страхования РФ в сумме 18,7 млрд. рублей.

4. Диспансеризация детей-сирот финансируется через систему ОМС и направлена на раннее выявление и профилактику заболеваний, в том числе социально значимых.

В соответствии с бюджетом ФОМС перечислены в ТФОМС 0,3 млрд. рублей на осуществление диспансеризации находящихся в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Территориальные фонды ОМС заключили 1317 договоров с учреждениями здравоохранения о финансировании расходов на проведение диспансеризации детей-сирот.

По результатам мониторинга, проводимого ФОМС, территориальными фондами ОМС оплачено 124 617 законченных случаев диспансеризации, в том числе:

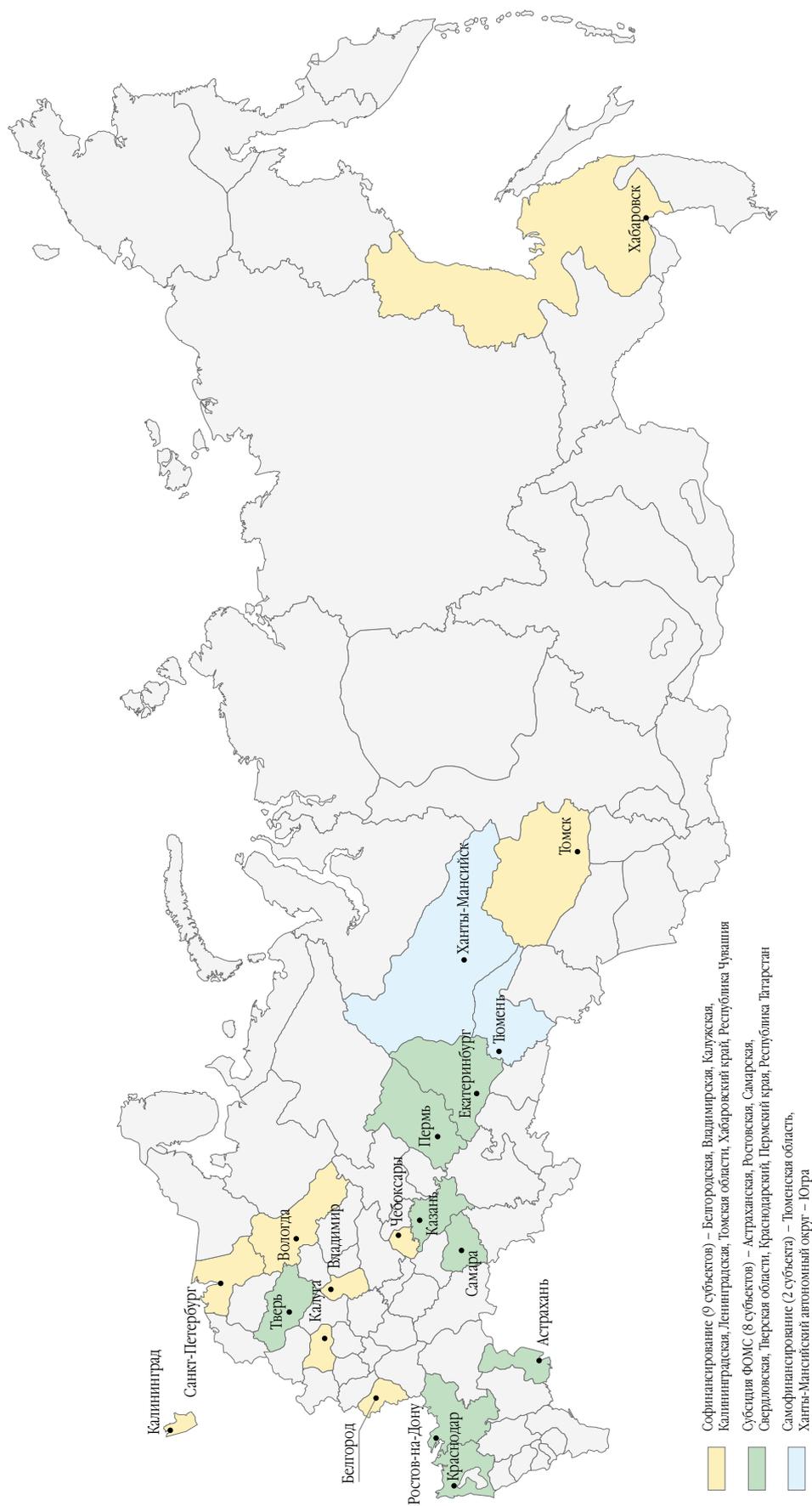
- детей-сирот в возрасте до 4 лет включительно – 19 948;
- детей-сирот в возрасте от 5 до 17 лет включительно – 104 669.

5. В соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 19 мая 2007 года №296 «Об утверждении Правил финансирования в 2007 году расходов на реализацию пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения, и перечня субъектов Российской Федерации, участвующих в его реализации» с июля 2007 года в 19 ТФОМС осуществлялась реализация пилотного проекта, направленного на повышение качества услуг в сфере здравоохранения (далее – пилотный проект). География пилотного проекта отражена на рисунке 5.

Размер финансовых средств, перечисленных на реализацию пилотного проекта по заявкам ТФОМС в 2007 году, составил 2,1 млрд. рублей.



5



СУБЪЕКТЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, УЧАСТВУЮЩИЕ В ПИЛОТНОМ ПРОЕКТЕ



При реализации пилотного проекта ТФОМС выполняли следующие условия:

- ориентация на конечный результат с поэтапным переходом учреждений здравоохранения, участвующих в реализации пилотного проекта, преимущественно на одноканальное финансирование через систему обязательного медицинского страхования;
- обеспечение финансирования стационарной медицинской помощи в соответствии с нормативами финансовых затрат, рассчитанными на основе стандартов медицинской помощи, и с учетом оценки качества оказанной медицинской помощи;
- осуществление на уровне амбулаторно-поликлинических учреждений частичной аккумуляции средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи на основе финансирования по подушевому нормативу, и создание системы внутри- и межучрежденческих взаиморасчетов;
- реформирование оплаты труда медицинских работников в зависимости от конечных результатов;
- обеспечение учета объема оказанной медицинской помощи и оценки ее качества.

Важным направлением деятельности системы ОМС является контрольно-ревизионная работа. Контрольно-ревизионное управление ФОМС и контрольно-ревизионные подразделения ТФОМС осуществляют контроль обоснованного получения, целевого и рационального использования средств системы ОМС путем проведения соответствующих проверок и ревизий учреждений и организаций в системе ОМС.

Специалисты ФОМС за прошедшие годы проверили исполнение Закона о медицинском страховании, соответствие федеральному законодательству нормативной правовой базы по ОМС, принятой субъектами Российской Федерации, правомерность расходования средств, полученных на организацию ОМС во всех субъектах Российской Федерации и в г. Байконуре, и путем контрольных мероприятий добились устранения имеющихся нарушений.

Следует отметить, что за период с 2003 по 2007 год имеет место тенденция снижения доли необоснованного получения, нецелевого и нерационального использования средств в расходах на территориальную программу ОМС. Так, в 2003 году из общего объема расходов на территориальную программу ОМС в размере 149,1 млрд. рублей доля выявленных нарушений составила 0,87%, а по данным 2007 года, указанная доля не превышала 0,42%.

ТФОМС принимаются соответствующие меры по возмещению необоснованно полученных и использованных не по целевому назначению средств ОМС, в том числе по результатам проверок и ревизий ТФОМС доводятся до сведения учреждений и организаций предписания о восстановлении средств, проводятся контрольные проверки, разрабатываются планы мероприятий по устранению выявленных нарушений, утверждаются графики восстановления средств.

В части возврата необоснованно полученных и использованных не по целевому назначению средств ОМС учреждениями и организациями восстановлено в 2007 году 1 млрд. рублей, что на 39,5% больше, чем в 2004 году.

Информатизация системы обеспечивает решение одной из главных задач ОМС – оптимальное управление финансовыми потоками и обеспечение руководства всех уровней достоверной и своевременной информацией, необходимой для принятия управленческих решений.

Учитывая организационную структуру системы ОМС, ФОМС было принято решение о необходимости создания информационной инфраструктуры отрасли, стратегическое направление которой – организация единого информационного пространства системы здравоохранения и ОМС и создание единой информационной системы ОМС на основе проведения единой технической политики, совместного использования информационных и вычислительных ресурсов.

Практически во всех ТФОМС автоматизирован бухгалтерский учет и учет платежей на ОМС населения.

В 2001–2002 годах были введены в действие и находились в промышленной эксплуатации в «пилотных» ТФОМС 10 программных комплексов единой информационной системы ОМС для решения следующих задач территориального уровня:

- учет населения, ведение сводного регистра застрахованных;



- ведение сводной персонифицированной базы данных о медицинской помощи;
- управление финансовыми ресурсами ТФОМС;
- обеспечение взаиморасчетов между ТФОМС за лечение застрахованных.

В связи с принятием в январе 2002 года Закона «Об электронной цифровой подписи» и введением в действие с 1 июля 2002 года нового ГОСТа на средства защиты информации ФОМС проведена работа по созданию единой защищенной сети обмена данными системы ОМС.

В 2007 году была разработана «Концепция информатизации системы обязательного медицинского страхования на 2008–2010 годы», одобренная правлением ФОМС 19 сентября 2007 года. Основными направлениями деятельности ФОМС по информатизации в этот период явились: стандартизация и унификация информационного и программного обеспечения, разработка и модернизация типовых тиражируемых программных комплексов для информационных систем ТФОМС, применяемых в системе ОМС.

Совместно с Минздравсоцразвития России и Росздравнадзором был разработан и введен в действие регламент создания, ведения и распространения справочников и классификаторов, используемых для информационного обеспечения мероприятий по дополнительному лекарственному обеспечению; введены в действие нормативные документы по организации информационного взаимодействия между участниками дополнительного лекарственного обеспечения, ставшие основой для разработки программного обеспечения и организации взаимодействия между участниками дополнительного лекарственного обеспечения на территориальном уровне.

В рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» ФОМС разработан тиражируемый программный комплекс «Диспансеризация-Мониторинг», переданный в 34 ТФОМС.

Основными направлениями работы по развитию информационной системы ОМС в 2008–2010 годах являются: создание единой интегрированной системы сбора отчетной информации и персонифицированного учета оказанной медицинской помощи в системе ОМС, разработка и внедрение типового регионального хранилища данных ОМС и компонент взаимодействия с ним, модернизация информационной системы «ФОНД» ФОМС и другие задачи.

Процесс реформирования системы здравоохранения Российской Федерации на современном этапе поставил перед ФОМС серьезную задачу по совершенствованию подготовки кадрового потенциала ТФОМС и их филиалов в области организации системы ОМС.

В настоящее время ФОМС сотрудничает в области подготовки специалистов для системы ОМС с 17 образовательными учреждениями Российской Федерации, имеющими государственную лицензию, аккредитацию и победившими в открытом конкурсе на право заключения контрактов по оказанию услуг, предоставляемых ФОМС в области повышения квалификации специалистов системы ОМС, и работающими по учебным программам, согласованным с ФОМС.

Всего за 15 лет существования системы ОМС прошли подготовку, переподготовку и повышение квалификации 35 309 специалистов системы ОМС.

Таким образом, за годы деятельности системы обязательного медицинского страхования удалось создать институт прав пациента как потребителя медицинской помощи.

Средства обязательного медицинского страхования стали стабилизирующим фактором в сохранении для населения бесплатной медицинской помощи. Реализация страховых принципов сформировала новые методы медико-экономической оценки предоставляемой медицинской помощи.

Но происходящие перемены в социально-экономической жизни страны требуют адекватных преобразований системы ОМС.

В настоящее время ФОМС принимает активное участие в разработке Концепции развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 года.

Концепцией предусматривается принятие нового федерального закона об обязательном медицинском страховании граждан, закона о государственных гарантиях оказания бесплатной медицинской помощи гражданам.

С учетом положений концепции соответствующие изменения будут внесены в действующие нормативные акты, регулирующие деятельность субъектов системы ОМС на федеральном, территориальном и муниципальном уровнях.



В течение 2009–2015 годов предполагается переход от бюджетно-сметного финансирования лечебно-профилактических учреждений, реализующих программы ОМС, к одноканальному финансированию по страховому принципу и полному тарифу, с введением персонифицированного учета и концентрации в системе ОМС большей части средств, направляемых на здравоохранение и обеспечивающих практическую реализацию права граждан на получение бесплатной помощи.

Страховые медицинские организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование, являясь субъектами системы ОМС, должны нести существенную долю финансовых рисков при предоставлении медицинских услуг застрахованным. Эта мера потребует от СМО усиления контроля за планированием и выполнением ЛПУ задания по оказанию медицинской помощи и тем самым позволит повысить ответственность СМО за доступность и качество медицинской помощи.

Современная система управления качеством медицинской помощи, в том числе в системе ОМС, создаваемая на основе стандартизации здравоохранения, должна будет обеспечить контроль за соблюдением прав застрахованных при оказании медицинской помощи.

Стандартизация практической клинической деятельности позволит повысить эффективность оказания медицинской помощи и послужит основой для внедрения современной системы управления качеством медицинской помощи.

На настоящем этапе приоритетными задачами по созданию системы управления качеством медицинской помощи являются:

- создание единой системы контроля качества медицинской помощи в системе ОМС как элемента государственного контроля за обеспечением доступности и качества медицинской помощи;
- организация медико-экономического контроля и медико-экономической экспертизы;
- воздействие на медицинские учреждения за несоблюдение договорных обязательств.

Система управления качеством медицинской помощи должна предусматривать механизмы реализации ответственности, которую несут СМО и ЛПУ за предоставляемые медицинские услуги, в соответствии с законодательством Российской Федерации в сфере здравоохранения и условиями договора на предоставление лечебно-профилактической помощи по ОМС.

Особую значимость приобретет информирование застрахованных граждан об их правах на получение медицинской помощи гарантированного объема и качества в системе ОМС, организация и проведение экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по поступающим жалобам застрахованных, их законных представителей или страхователей.

Важнейшей составляющей в системе доступности и контроля качества медицинской помощи должен быть принцип конкуренции между медицинскими организациями различных форм собственности, работающими в системе ОМС: качество медицинской помощи важнее цены медицинской помощи. В федеральном и территориальных фондах ОМС должен быть сформирован резерв финансовых средств для стимулирования медицинских учреждений, наиболее эффективно и качественно оказывающих застрахованным медицинскую помощь, независимо от формы собственности и организационно-правовой формы.

При осуществлении эффективных преобразований в здравоохранении, и в том числе в системе обязательного медицинского страхования, возможно решение важнейшей задачи государства – обеспечение граждан доступной и качественной медицинской помощью.