



***МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ В ИЗРАИЛЕ***

**МЕДИЦИНСКОЕ
СТРАХОВАНИЕ**

ВЫПОЛНИЛА: СЭРСЕН П.О.

ФАКУЛЬТЕТ: ПЕДИАТРИЯ

КУРС: 1

ГРУППА: 16-17



- КАРТИНА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БУДЕТ НЕПОЛНОЙ, ЕСЛИ НЕ СКАЗАТЬ О ТАКОМ ЕЕ «ЧУДЕ», КАК СТРАХОВАНИЕ В ИЗРАИЛЕ. НА ПРОТЯЖЕНИИ КОРОТКОГО ПЕРИОДА СТРАНА ПРОЧНО СТАЛА НА НОГИ
- ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ИЗРАИЛЯ - ЭТО ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ ВРАЧИ, ИСПОЛЬЗУЮЩИЕ В СВОЕЙ ПРАКТИКЕ ПОСЛЕДНИЕ ДОСТИЖЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ, А ТАКЖЕ СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ КЛИНИКИ, ОСНАЩЕННЫЕ НОВЕЙШИМ ОБОРУДОВАНИЕМ. КОЛИЧЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ НА ОДНОГО ЖИТЕЛЯ ЗЕМЛИ ОБЕТОВАННОЙ - НАИБОЛЬШЕЕ В МИРЕ.
- СТАТИСТИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ, ЧТО СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЖИЗНИ В ИЗРАИЛЕ - ОДНА ИЗ САМЫХ ВЫСОКИХ (ЖЕНЩИН - 79,4 ГОДА, МУЖЧИН - 75,5), ДЕТСКАЯ СМЕРТНОСТЬ - ОДНА ИЗ САМЫХ НИЗКИХ В МИРЕ (6,8 НА 1000 НОВОРОЖДЕННЫХ).



ЧТО ЖЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ МЕДИЦИНА ИЗРАИЛЯ?

- ОНА ЯВЛЯЕТСЯ КВИНТЭССЕНЦИЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ, А ИМЕННО ГАРАНТИЕЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ВСЕМ ЖИТЕЛЯМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСРЕДСТВОМ БОЛЬНИЧНЫХ КАСС. СТРАХОВОЙ ВЗНОС ВЗИМАЕТСЯ В ВИДЕ НАЛОГА НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ. В ИЗРАИЛЕ ДЕЙСТВУЕТ ЗАКОН О ГОСУДАРСТВЕННОМ СТРАХОВАНИИ ЗДОРОВЬЯ, ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ КОТОРОГО: СТРАХОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ДЛЯ КАЖДОГО ГРАЖДАНИНА; ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ГАРАНТИРУЕТ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВСЕМ ЖИТЕЛЯМ СТРАНЫ.

- В ИЗРАИЛЕ СУЩЕСТВУЕТ ЧЕТЫРЕ БОЛЬНИЧНЫЕ КАССЫ, КОТОРЫЕ ПРЕДОСТАВЛЯЮТ СТАНДАРТНЫЙ НАБОР МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ. КАЖДЫЙ ВПРАВЕ ВЫБРАТЬ ЛЮБУЮ КАССУ.
- ПАЦИЕНТ В ИЗРАИЛЕ АКТИВНО УЧАСТВУЕТ В ЛЕЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ, ВЛАДЕЕТ ИНФОРМАЦИЕЙ О ВСЕХ ЭТАПАХ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ. В ОТВЕТ НА ПРОСЬБУ ПАЦИЕНТА ОБЪЯСНИТЬ РЕЗУЛЬТАТЫ АНАЛИЗОВ ИЛИ ОБСЛЕДОВАНИЯ НИКТО ИЗ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕ СКАЖЕТ: «СПРОСИТЕ У ВАШЕГО ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА».
- СУЩЕСТВУЕТ «КОРЗИНА ЗДОРОВЬЯ» - НАБОР ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПАЦИЕНТУ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ. СПИСОК УСЛУГ ПОСТОЯННО ОБНОВЛЯЕТСЯ С УЧЕТОМ НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ И СОВРЕМЕННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ. ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННЫЙ ЖЕЛАЕТ ПОЛУЧИТЬ МЕДИЦИНСКУЮ УСЛУГУ, КОТОРАЯ НЕ ВХОДИТ В ДАННЫЙ СПИСОК, ОН ОПЛАЧИВАЕТ ЕЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО.

«КОРЗИНА ЗДОРОВЬЯ»

- ВКЛЮЧАЕТ КОНСУЛЬТАЦИЮ ТЕРАПЕВТА И УЗКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ.
- ДЛЯ ИЗРАИЛЯ ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ ТАКОГО ВИДА МЕДИЦИНСКОГО СЕРВИСА, КАК ВЫЗОВ ВРАЧА НА ДОМ. ЕСЛИ ПАЦИЕНТ ТЯЖЕЛО БОЛЕН И НЕ МОЖЕТ ВСТАТЬ С ПОСТЕЛИ, ВЫЗЫВАЮТ СКОРУЮ ПОМОЩЬ.
- СКОРАЯ ПОМОЩЬ В ИЗРАИЛЕ ПРЕДСТАВЛЕНА СЛУЖБОЙ «АМБУЛАНС» (AMBULANCE). ЗАСТРАХОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ БЕСПЛАТНО ПОЛУЧАЕТ ПЕРВУЮ НЕОТЛОЖНУЮ ПОМОЩЬ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, А ТАКЖЕ ПРОХОДИТ НЕОБХОДИМОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ. ПО ПОКАЗАНИЯМ ПАЦИЕНТ МОЖЕТ БЫТЬ ДОСТАВЛЕН МАШИНОЙ СКОРОЙ ПОМОЩИ В БОЛЬНИЦУ. БЕСПЛАТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАРЕ ГАРАНТИРОВАНО, ЕСЛИ ЗАСТРАХОВАННОГО ПАЦИЕНТА НАПРАВИЛ НА ЛЕЧЕНИЕ ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ ИЛИ ВРАЧ СКОРОЙ ПОМОЩИ.

- ОСТРЫМ ДЛЯ ГРАЖДАН ИЗРАИЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ ВОПРОС ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ. ГОСУДАРСТВО ПОКРЫВАЕТ БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ РАСХОДОВ, НО МЕНЬШАЯ ЧАСТЬ ИНОГДА ВЫРАЖАЕТСЯ В ЗНАЧИТЕЛЬНЫХ СУММАХ. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ИЗРАИЛЕ ДОРОГОСТОЯЩЕЕ. КОНЕЧНО, ЦЕЛЬ ОПРАВДЫВАЕТ СРЕДСТВА, ИБО КВАЛИФИКАЦИЯ ВРАЧЕЙ ДОСТАТОЧНО ВЫСОКАЯ, ОБОРУДОВАНИЕ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ - СОВРЕМЕННЫЕ. НЕКОТОРЫЕ ОПЕРАЦИИ ДЛЯ ЗАСТРАХОВАННОГО ОБХОДЯТСЯ ДОСТАТОЧНО ДОРОГО.
- ЗАСТРАХОВАННЫЕ ПРИОБРЕТАЮТ ЛЕКАРСТВА СО ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СКИДКОЙ ПО РЕЦЕПТУ ВРАЧА, А ТАКЖЕ ТЕ, КОТОРЫЕ ВКЛЮЧЕНЫ В СПИСОК, УТВЕРЖДЕННЫЙ БОЛЬНИЧНОЙ КАССОЙ.
- ЗА ДОПОЛНИТЕЛЬНУЮ ПЛАТУ ЗАСТРАХОВАННЫЙ МОЖЕТ ПОЛУЧИТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ, А ИМЕННО ТРАНСПЛАНТАЦИЮ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ, ОПЕРАЦИИ И ЛЕЧЕНИЕ ЗА РУБЕЖОМ, НЕТРАДИЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ, СКИДКИ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И ДР. СЛОВОМ, «ЛЮБОЙ КАПРИЗ ЗА ВАШИ ДЕНЬГИ».

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ В ГОЛЛАНДИИ

ТРЕТЬИМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ

ВТОРОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ:

ПЕРВОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ:

ЗАКОН ОБ ИСКЛЮЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (AWBZ). ПО ЭТОМУ ЗАКОНУ УСЛУГИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПРЕДОСТАВЛЯЮТСЯ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ В СФЕРЕ ДЛИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ (НАПРИМЕР, ОН КАСАЕТСЯ ПРИЕМА В БОЛЬНИЦЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ИЛИ В ДОМА ДЛЯ ЛИЦ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИКИ) И ПРОГРАММАМИ МАССОВОЙ ПРОФИЛАКТИКИ.

ЗАКОН ОБ ИСКЛЮЧЕНИИ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОГРАММОЙ ОХВАТА ВСЕХ ЖИТЕЛЕЙ НИДЕРЛАНДОВ. ВЗНОСЫ В ЭТУ ПРОГРАММУ ЗАВИСЯТ ОТ УРОВНЯ ДОХОДОВ (10,25%). ПРОГРАММА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ СИЛАМИ МЕДИЦИНСКИХ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ, ФОНДОВ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ И ЧАСТНЫМИ СТРАХОВЫМИ КОМПАНИЯМИ.

ЗАКОН О МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ (ZFW). ОН ОХВАТЫВАЕТ ПОМОЩЬ В ОСТРЫХ СЛУЧАЯХ (ВРАЧИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ, СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ АМБУЛАТОРНАЯ И СТАЦИОНАРНАЯ ПОМОЩЬ, ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ФИЗИОТЕРАПИЯ, ЗУБОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ, ТРАНСПОРТИРОВКА И Т.П.).

НА ЭТОМ УРОВНЕ ЕСТЬ ДВА ТИПА СТРАХОВОК: ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ РАБОТНИКОВ И ИХ ИЖДИВЕНЦЕВ, (И ОПРЕДЕЛЕННЫХ ЛИЦ, ПОЛУЧАЮЩИХ СОЦИАЛЬНОЕ ПОСОБИЕ) МОЛОЖЕ 65 ЛЕТ И ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 65 ЛЕТ И СТАРШЕ. ВЗНОСЫ ЧАСТИЧНО ЗАВИСЯТ ОТ УРОВНЯ ДОХОДА (7,4% ЗАРПЛАТЫ ИЛИ ПОСОБИЯ, ИЗ КОТОРЫХ 1,55% ВЫПЛАЧИВАЕТСЯ РАБОТНИКОМ И 5,85% - РАБОТОДАТЕЛЕМ), А ТАКЖЕ ИМЕЕТСЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ ВЗНОСОВ, НЕ ЗАВИСЯЩАЯ ОТ ДОХОДОВ (ЕДИНООБРАЗНАЯ СТАВКА), УСТАНОВЛИВАЕМАЯ ФОНДАМИ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

ТРЕТЬИМ ПОДРАЗДЕЛЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ СТРАХОВАНИЕ, ОХВАТЫВАЮЩЕЕ ФОРМЫ ЛЕЧЕНИЯ, НЕ ВОШЕДШИЕ В ПЕРВОЕ И ВТОРОЕ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ, КАК В СЛУЧАЕ С АЛЬТЕРНАТИВНОЙ МЕДИЦИНОЙ, КУРОРТАМИ И САНАТОРИЯМИ И ЗУБОВРАЧЕБНОЙ ПОМОЩЬЮ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ.

ПОМИМО РЕОРГАНИЗАЦИИ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ИЗЛОЖЕННОЙ ВЫШЕ СХЕМОЙ, ПРАВИТЕЛЬСТВО ТАКЖЕ НАМЕРЕНО СОКРАТИТЬ ЗАТРАТЫ НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ЗА СЧЕТ СОКРАЩЕНИЯ ОБЪЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ. НЕКОТОРЫЕ УСЛУГИ ВТОРОГО ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ ИСКЛЮЧАЮТСЯ СОВСЕМ ИЛИ ЧАСТИЧНО И ПЕРЕДАЮТСЯ ФОНДАМ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ, ЧТОБЫ В КОНЕЧНОМ ИТОГЕ ПРЕДЛОЖИТЬ ИХ В КАЧЕСТВЕ КОМПОНЕНТА ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ СТРАХОВКИ.

- ПРОГРАММА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ФОНДАМИ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ.
- ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СЛУЖАЩИЕ, САМО ЗАНЯТОЕ НАСЕЛЕНИЕ И РАБОТАЮЩИЕ ГРАЖДАНЕ, ЧЬЯ ЗАРАБОТНАЯ ПЛАТА ПРЕВЫШАЕТ ВЫШЕ ОГОВОРЕННЫЙ МАКСИМУМ ДЛЯ УЧАСТИЯ В СИСТЕМЕ ФОНДОВ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ ДОЛЖНЫ ПОДПИСЫВАТЬ ДОГОВОРЫ О ЧАСТНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ. ОСНОВНОЙ ОБЪЕМ УСЛУГ, ПРЕДЛАГАЕМЫХ ПРОГРАММАМИ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, СООТВЕТСТВУЕТ ТОМУ, ЧТО ПРЕДЛАГАЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ.
- ЛИЦА, ЗАСТРАХОВАННЫЕ В ЧАСТНОМ ПОРЯДКЕ, ТАКЖЕ ЕЖЕМЕСЯЧНО ВЫПЛАЧИВАЮТ ФИКСИРОВАННУЮ СУММУ В ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ФОНД ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ НА СЛУЧАЙ БОЛЕЗНИ, ДЛЯ КОМПЕНСАЦИИ РАСХОДОВ, СВЯЗАННЫХ С ВЫСОКИМ ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВОМ ПОЖИЛОГО НАСЕЛЕНИЯ В ПОСЛЕДНИХ ПРОГРАММАХ ПО СРАВНЕНИЮ С ДОЛЕЙ ПРЕСТАРЕЛЫХ ЛИЦ В ОБЩЕМ НАСЕЛЕНИИ СТРАНЫ (ТАК ВЫРАЖАЕТСЯ СОЛИДАРНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЧАСТНЫХ ПРОГРАММ СТРАХОВАНИЯ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ ПРОГРАММ СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ, ТРЕБУЕМАЯ В СООТВЕТСТВИИ С КОНКРЕТНЫМ ЗАКОНОМ).
- ОТЧИСЛЕНИЯ ЗА РАЗЛИЧНЫЕ ПРОГРАММЫ ЧАСТНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ У ВСЕХ КОМПАНИЙ РАЗЛИЧНЫ ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ТОЙ ЧАСТИ, В КОТОРОЙ РЕЧЬ ИДЕТ О БАЗОВОМ ОБЪЕМЕ УСЛУГ

- В ГОЛЛАНДИИ БОЛЬШИНСТВО НАСЕЛЕНИЯ ОХВАЧЕНО ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕДИЦИНСКИМ СТРАХОВАНИЕМ (ОМС) ЧЕРЕЗ БОЛЬНИЧНЫЕ ФОНДЫ. ФИНАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ОСНОВНОМ ЛЕЖИТ НА УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (БОЛЬНИЧНЫЕ ФОНДЫ) И ЧАСТНЫХ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЯХ. БОЛЬНИЧНЫЕ ФОНДЫ ЗАКЛЮЧАЮТ ДОГОВОРЫ С ВРАЧАМИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ НА ПОДУШЕВОЙ ОСНОВЕ ИЛИ С ВРАЧАМИ-СПЕЦИАЛИСТАМИ НА ОСНОВЕ ОПЛАТЫ ЗА УСЛУГИ. СОГЛАСНО ЗАКОНУ О БОЛЬНИЧНОМ ФОНДЕ 1964 Г., БОЛЕЕ 60% НАСЕЛЕНИЯ - ГОСУДАРСТВЕННЫЕ СЛУЖАЩИЕ, ПЕНСИОНЕРЫ, РАБОЧИЕ, ИЖДИВЕНЦЫ И ЧЛЕНЫ ИХ СЕМЕЙ С ДОХОДОМ НИЖЕ ЕЖЕГОДНО УСТАНОВЛИВАЕМОГО УРОВНЯ ПОДЛЕЖАТ ОМС. ДО 1992 Г. КАЖДЫЙ БОЛЬНИЧНЫЙ ФОНД БЫЛ ОБЯЗАН ЗАКЛЮЧАТЬ КОНТРАКТ НА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ НА СВОЕЙ ТЕРРИТОРИИ. ЕДИНЫЕ УСЛОВИЯ ТАКОГО КОНТРАКТА ОГОВАРИВАЮТСЯ НА НАЦИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ И ОДОБРЯЮТСЯ СОВЕТОМ ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ (ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРГАН, КОНТРОЛИРУЮЩИЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БОЛЬНИЧНЫХ ФОНДОВ).

- РАЗМЕР СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ КАЖДЫЙ ГОД, ЭТО ЕДИНЬЙ ПРОЦЕНТ ОТ ДОХОДА, НЕ ЗАВИСЯЩИЙ ОТ РАЗМЕРА СЕМЬИ, ДО РЕФОРМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 1989 Г. СТРАХОВЫЕ ВЗНОСЫ ВЫПЛАЧИВАЛИСЬ РАБОТОДАТЕЛЯМИ (В СЛУЧАЕ БЕЗРАБОТИЦЫ ИЛИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ ФОНДАМИ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ) И РАБОТНИКАМИ НА ПАРИТЕТНЫХ НАЧАЛАХ. ВСЕ ВЗНОСЫ СОСРЕДОТАЧИВАЛИСЬ В ОБЩЕМ НАЦИОНАЛЬНОМ ФОНДЕ, КОТОРЫМ УПРАВЛЯЕТ СОВЕТ ПО МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ. ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ БОЛЬНИЧНЫЕ ФОНДЫ ПОЛУЧАЛИ ИЗ ОБЩЕГО ФОНДА ПОЛНУЮ КОМПЕНСАЦИЮ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ ЗАСТРАХОВАННЫМ.
- В ГОЛЛАНДИИ ХОРОШО РАЗВИТО ЧАСТНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ. ОНО ОХВАТЫВАЕТ ОКОЛО 1/3 НАСЕЛЕНИЯ, В ТОМ ЧИСЛЕ РАБОТНИКОВ С ВЫСОКИМ ДОХОДОМ, ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ И ГОСУДАРСТВЕННЫХ СЛУЖАЩИХ.

- РЕФОРМА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ 1989 Г. БЫЛА ВЫЗВАНА СЛЕДУЮЩИМИ ПРИЧИНАМИ. ВО-ПЕРВЫХ, БЫЛИ РАЗОЧАРОВЫВАЮЩИМИ РЕЗУЛЬТАТЫ ДЕТАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ЦЕН НА МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ. ВО-ВТОРЫХ, ИЗ-ЗА ФРАГМЕНТАРНОГО ФИКСИРОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЫБОР ЛЕЧЕНИЯ ЧАСТО ЗАВИСЕЛ ОТ ИСТОЧНИКА ОПЛАТЫ И НЕ БЫЛ ЭКОНОМИЧЕСКИ ОПРАВДАН. В-ТРЕТЬИХ, КАК У БОЛЬНИЧНЫХ ФОНДОВ, ТАК И У ВРАЧЕЙ ОТСУТСТВОВАЛИ СТИМУЛЫ К ЭФФЕКТИВНОМУ ПРЕДОСТАВЛЕНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ. В-ЧЕТВЕРТЫХ, ВОЗРАСТАЛА ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ, ЧТО ВЛИЯЛО НА ДОСТУПНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕКТОРЕ ЧАСТНОГО СТРАХОВАНИЯ.
- КЛЮЧЕВЫМ МОМЕНТОМ РЕФОРМЫ СТАЛО РАСПРОСТРАНЕНИЕ ОМС НА ВСЕХ ГРАЖДАН И ВВЕДЕНИЕ РЕГУЛИРУЕМОЙ КОНКУРЕНЦИИ СРЕДИ ВРАЧЕЙ И СТРАХОВЩИКОВ. ПАКЕТ ОСНОВНЫХ УСЛУГ ОМС ВКЛЮЧАЕТ ОКОЛО 95% ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ. ПРИМЕРНО 85% РАСХОДОВ НА УСЛУГИ ПО ОМС ПОЛНОСТЬЮ ОПЛАЧИВАЮТСЯ ЗА СЧЕТ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ, КОТОРЫЕ СОБИРАЕТ ОБЩИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФОНД. ВМЕСТО ПОДУШЕВОГО НОРМАТИВА СТРАХОВЩИКИ ПОЛУЧАЮТ ИЗ ЭТОГО ФОНДА СТРАХОВОЙ ВЗНОС ЗА ЗАСТРАХОВАННОГО. ЧАСТЬ РАСХОДОВ НА ОСНОВНОЙ ПАКЕТ УСЛУГ ПО ОМС ВЫПЛАЧИВАЕТ САМ ЗАСТРАХОВАННЫЙ НЕПОСРЕДСТВЕННО СТРАХОВЩИКУ ПО СТАВКЕ СТРАХОВЫХ ВЗНОСОВ.

ОСОБЕННОСТЬЮ РЕФОРМЫ В ГОЛЛАНДИИ

- ОСОБЕННОСТЬЮ РЕФОРМЫ В ГОЛЛАНДИИ ЯВЛЯЕТСЯ ТО, ЧТО ОНА НАПРАВЛЕНА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НА РЕФОРМИРОВАНИЕ РЫНКА МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ВО ВСЕХ СТРАНАХ ТАКАЯ РЕФОРМА СЛУЖИЛА РАЗВИТИЮ КОНКУРЕНЦИИ СРЕДИ ТЕХ, КТО ПРЕДОСТАВЛЯЕТ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ. ПРЕДПОЛАГАЕТСЯ, ЧТО В ГОЛЛАНДИИ ПОКУПАТЕЛИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ (СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ ИЛИ РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОРГАНЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ) ДОЛЖНЫ ЗАКЛЮЧАТЬ КОНТРАКТЫ С КОНКУРИРУЮЩИМИ МЕЖДУ СОБОЙ БОЛЬНИЦАМИ ИЛИ ВРАЧАМИ.