

ПЕРСПЕКТИВНОЕ РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРЕЗИДЕНТ
ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА
СТРАХОВЩИКОВ
Игорь Юрьевич Юргенс



Обязательное медицинское страхование (ОМС) – это один из важнейших элементов государственной системы социальной защиты граждан. Развитие ОМС дает людям возможность получать необходимую медицинскую помощь и обеспечивает профилактику заболеваний. В свою очередь, способность государства обеспечить охрану здоровья своих граждан – первостепенный признак благополучия общества.

Действующее законодательство Российской Федерации об ОМС гарантирует всем гражданам равные возможности получения медицинской и профилактической помощи в размерах, устанавливаемых базовой федеральной и территориальными программами ОМС. Вместе с тем существующая система ОМС даже при увеличении объемов финансирования здравоохранения не может в полной мере обеспечить доступность и высокое качество медицинской помощи.

В существующих экономических условиях важнейшей задачей является повышение эффективности использования средств ОМС с одновременным повышением качества и доступности медицинской помощи, предоставляемой застрахованным лицам, а также рост инвестиционной привлекательности системы отечественного здравоохранения.

В настоящее время ни один из профессиональных участников системы ОМС не является заинтересованным в эффективности использования средств здравоохране-

ния: территориальные органы управления здравоохранением и фонды обязательного медицинского страхования не обладают достаточной степенью политической ответственности, а страховые медицинские организации (СМО) не обладают ни финансовой мотивацией, ни полномочиями по регулированию ОМС. Именно эта совокупность факторов определяет низкую эффективность использования средств в отечественном здравоохранении.

В ряде стран задачу рационального расходования средств решают через разделение рисков по оказанию медицинской помощи населению с частными страховыми компаниями. Такой механизм позволяет, не снижая качества лечения, повысить удовлетворенность пациентов и ограничить рост расходов в отрасли. При этом государство оставляет за собой функции регулятора и контролера системы: определяет тарифы в системе, контролирует качество работы медицинских учреждений и страховых медицинских организаций, разрешает споры между участниками системы.

Президент Российской Федерации В.В. Путин в посланиях Федеральному Собранию Российской Федерации поставил задачу завершить переход к страховым принципам, чтобы работа здравоохранения по страховым принципам была понятна и гражданам, и самим медицинским работникам. Он указал на необходимость формирования централизованной системы государственного контроля за качеством работы медицинских организаций с соответствующими полномочиями и рычагами, на прямую обязанность страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи.

В соответствии с президентским поручением в российское законодательство вносятся изменения, направленные на выстраивание системы обязательного медицинского страхования, основанной на страховых принципах.

В рамках Минздрава России, Федерального фонда ОМС проводится работа по развитию страховых принципов в системе обязательного медицинского страхования,

в том числе по развитию института страховых представителей с целью создания пациентоориентированной модели здравоохранения, по поэтапному переходу обязательного медицинского страхования к модели, основанной на классических страховых принципах (рисковой модели).

В соответствии с Федеральным законом от 30 декабря 2015 года №432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 Закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» для повышения финансовой устойчивости с 1 января 2017 года вдвое увеличен минимальный размер уставного капитала страховых медицинских организаций.

Нормативными правовыми актами Российской Федерации за СМО, осуществляющими деятельность по ОМС, уже закреплена ряд функций по защите прав и законных интересов застрахованных лиц. Сюда относится контроль за объемами, сроками, качеством и условиями предоставления медицинской помощи в медицинских организациях с помощью медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, а также рассмотрение обращений и жалоб граждан. Очередным этапом совершенствования работы СМО стало введение с 2016 года трехуровневой системы страховых представителей.

Появление института страховых представителей, внедрение бережливых технологий в первичной медико-санитарной помощи, повышение уровня информатизации – таковы новые направления построения пациентоориентированной модели здравоохранения.

Создание института страховых представителей призвано повысить эффективность работы по защите прав и законных интересов застрахованных граждан, усилить профилактическую направленность системы обязательного медицинского страхования, повысить информированность застрахованных лиц, расширить их приверженность лечению и ведению здорового образа жизни. Учреждения здравоохранения уже оценили значимость этого нововведения в деле повышения качества медицинской помощи и организации профилактических осмотров.

Для повышения информированности граждан в сфере обязательного медицинского страхования в каждом субъекте Российской Федерации созданы контакт-центры с единым номером для обращений. Также через контакт-центры обеспечивается обратная связь с гражданами.

Благодаря работе страховых представителей растет доверие граждан к СМО, значительно увеличилось число обращений, выросла доля обращений, связанных с качеством и доступностью медицинской помощи. До 90% вопросов по обращениям решается в течение 24 часов. Более 95% обоснованных жалоб разрешаются в досудебном порядке. Страховые медицинские организации становятся полноценными защитниками интересов своих застрахованных.

Существенным препятствием на пути реформирования модели ОМС остается недостаточная конкретизация программы государственных гарантий бесплатного предоставления гражданам медицинской помощи в части опре-

деления заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, а также медицинских услуг, медицинских изделий и лекарственных препаратов, оплачиваемых в рамках программы государственных гарантий. Не осуществлена в полной мере балансировка программы государственных гарантий с учетом фактической ресурсной обеспеченности.

С учетом мирового опыта и создавшейся экономической ситуации для повышения эффективности системы финансирования необходимо усиление роли СМО, и не просто как администраторов системы, а как ее координаторов, которые возьмут на себя риски по поддержанию здоровья населения в рамках программы ОМС. СМО являются связующим звеном между государственными органами, финансирующими сферу здравоохранения, медицинскими организациями и пациентами, и именно поэтому они могли бы оказывать определяющее влияние на эффективность системы.

Большинство реформ систем здравоохранения в мире проводится с целью повышения эффективности при одновременном предотвращении чрезмерного роста расходов, а также с целью привлечения дополнительных финансовых ресурсов в сферу здравоохранения. В эти ресурсы включаются дополнительные средства граждан и организаций, проходящие через систему дополнительного медицинского страхования, вложения частных инвесторов (в том числе и самих страховых компаний) в модернизацию и строительство медицинской инфраструктуры для обслуживания держателей полисов.

Такие реформы должны обеспечивать способность СМО полноценно выступать в качестве информированных покупателей медицинских услуг, максимально заинтересованных в эффективном использовании средств ОМС. При таком развитии событий страховщик будет заинтересован в скорейшем выздоровлении каждого пациента и поддержании его здоровья без осложнений и рецидивов. Для этого СМО должны обеспечивать пациента всей необходимой (но не избыточной) медицинской помощью наилучшего качества за рациональную цену, а значит – направлять пациентов (и, соответственно, финансирование) в медицинские учреждения, демонстрирующие наилучшие исходы лечения.

СМО как ответственный покупатель медицинской помощи сможет способствовать сокращению неэффективных трат путем:

- отбора лучших поставщиков медицинских услуг;
- осуществления содержательного контроля медицинской помощи;
- стимулирования применения профилактических мер и мер ранней диагностики, выбора наиболее эффективных технологий лечения.

В результате резко сократятся расходы на оплату медицинской помощи неудовлетворительного качества или оказанную без необходимых оснований, на лечение предотвратимых осложненных случаев заболеваний и многие другие.

Заинтересованность же информированного покупателя медицинских услуг в снижении затрат обеспечива-



ется передачей СМО ответственности за покрытие сверхнормативных расходов на оплату медицинской помощи прикрепленному населению (страховой риск ОМС).

Если же говорить о практическом аспекте, то первоочередными мерами на ближайшее время могли бы стать:

- конкретизация программы ОМС (перечень заболеваний, используемых технологий и т.д.);
- балансировка расчетной стоимости программы ОМС и фактического финансового обеспечения;
- обеспечение экономически обоснованных тарифов в программе ОМС.

Дополнительными, но не менее значимыми являются следующие шаги:

- Разработка и утверждение обновленных методик расчета дифференцированного подушевого норматива финансового обеспечения СМО и тарифов на оплату медицинской помощи по ОМС. При этом методика расчета тарифов на оплату медицинской помощи должна учитывать фактические затраты на оказание медицинских услуг в соответствии с конкретизированной программой ОМС.

- Разработка и утверждение новых правил взаимодействия участников ОМС, включая правила покрытия сверхнормативных расходов на оплату медицинской помощи населению.

- Оптимизация механизма распределения объемов медицинской помощи в системе ОМС или формирование конкурсной модели их распределения.

- Централизация деятельности фондов ОМС по аналогии со схемой работы Фонда социального страхования.

- Разработка и утверждение правил формирования, размещения и использования страховых резервов, которые должны создаваться на уровне СМО.

На фоне перечисленных выше мер должна осуществляться и постепенная (поэтапная) передача СМО ответственности по страховому риску ОМС и полномочий покупателя медицинской помощи, что позволит СМО стать полноценным страховщиком (а не выполнять лишь отдельные его полномочия, как сейчас), а государству – оптимизировать и укрепить систему социальной защиты граждан Российской Федерации.