ЦСП «Платформа» выявил направления развития ОМС в России

Центр социального проектирования «Платформа» на основе интервью с экспертами и изучения отзывов пациентов проанализировал достижения, недостатки и потенциал развития ОМС в России.

В 2021 году системе обязательного медицинского страхования исполнилось 30 лет – 28 июня 1991 года был принят закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации». Эксперты констатируют, что элементы ОМС созданы и система решает свои базовые задачи, хотя ее функционирование нельзя назвать оптимальным – ОМС требует достройки. По мнению большинства участников экспертного опроса, ОМС нуждается в дальнейшем развитии страховых принципов. В основе архитектуры ОМС должна быть система сдержек и противовесов, а также взаимный контроль участвующих сторон.

На сегодняшние оценки ОМС существенное влияние оказывает ряд конфликтов, которые не относятся напрямую к эффективности ОМС. В первую очередь, это политизация сферы здравоохранения – высокая социальная чувствительность порождает рост обязательств со стороны государства без возможности их обеспечить. На восприятие ситуации в ОМС влияет недостаток обеспечения медицинских организаций ресурсами и кадрами, образующийся вследствие недофинансированности здравоохранения со стороны государства.

Кроме того, усталость от хронических проблем российской медицины, провоцирует на поиск быстрых и легких способов их решения. Все это приводит к возникновению в публичном поле дискуссии о возможности возврата к прежней, сметной модели, или существенной реорганизации существующей.

Однако большинство участников исследования критически относится к инициативам кардинального реформирования ОМС – упразднению одного из звеньев системы (например, страховых компаний или ТФОМС) или отказу от страховых принципов и полному переходу на бюджетную модель финансирования.

Ломка системы ОМС не решит верхнеуровневых проблем системы здравоохранения – не произойдет автоматического увеличения ресурсов, повышения квалификации кадров, упорядочения нормативов. Возврат к бюджетно-сметной модели может привести к изменению в канале финансирования, но не к решению существующих проблем здравоохранения, среди которых хроническое недофинансирование и неэффективность освоения бюджетных средств, дефицит квалифицированных кадров управленческого и лечащего звена, низкое качество медпомощи и ее недоступность для населения, дефициты в лекарственном обеспечении и пр. Кроме того, при возврате к бюджетно-сметной модели в системе снижается прозрачность расходования ресурсов, исчезает ряд стимулов для медучреждений повышать качество работы и конкурировать за пациента.

По оценкам экспертов, связанных с экономикой здравоохранения, при переходе к сметно-бюджетной модели незначительная экономия не покроет существующих дефицитов финансирования. Кроме того, управленческие проблемы в системе здравоохранения могут привести к ситуации, когда даже значительное увеличение госфинансирования может не дать нужного эффекта – средства будут использованы неэффективно.

Эксперты сходятся в том, что в здравоохранении нужна система сдержек и противовесов. Медицинские организации и медицинские чиновники не могут контролировать сами себя и обеспечивать себе стимулы к развитию.

При этом в действующей системе не хватает инструментов экономической мотивации участников к повышению эффективности расходования средств и качества работы. Недостаток реальных страховых инструментов только отчасти компенсируется

административными. Происходит постоянное столкновение административной и рыночной логики, которая зачастую используется в популистских целях.

Эксперты усматривают в последних изменениях в системе ОМС тенденцию «отката» к бюджетной модели. Примером такого «отката» стало выделение федеральных медучреждений из общей системы финансирования. Решение привело к увеличению штата ФФОМС, перераспределению денег из региональных бюджетов в пользу федеральных учреждений (ограничив ресурсы на развитие высокотехнологичной медпомощи) и снизило защиту интересов пациентов: ФФОМС до сих пор не осуществляет контрольно-экспертные мероприятия.

Перестройка ОМС не является самоцелью, если не решает проблем сферы здравоохранения.

Эксперты отмечают, что накопившиеся в ОМС проблемы – следствие комплексных недостатков российской медицины, – прежде всего хронического недофинансирования (по доле госрасходов на здравоохранение в ВВП Россия занимает 65-е место в мире), и низкого качества государственного управления здравоохранением (на всех уровнях – от медучреждений до региональных министерств), а значит, неэффективности освоения бюджетных средств.

При этом в существующей системе ОМС есть возможности для решения отдельных проблем системы здравоохранения. Дальнейшее развитие страховой модели может способствовать:

- повышению качества контроля за работой медучреждений – в части контроля за расходованием средств медучреждениями, соблюдения объемов помощи, доступности помощи, качества помощи;
- созданию стимулов для медучреждений повышать качество работы, а, следовательно, к росту доступности медицинской помощи и удовлетворенности пациентов ее качеством;
- развитию культуры профилактики в комплексе с другими мерами;
- снижению нагрузки на стационары и перераспределению ресурсов;

- снижению конфликтности в системе, более качественному реагированию на жалобы пациентов и разбору конфликтных случаев.

Для этого в системе необходимо развитие ряда функций и инструментов, позволяющих стимулировать конкуренцию, повышать прозрачность и объективность распределения ресурсов и ответственности:

- создание реальных стимулов развития для системы здравоохранения через развитие конкуренции;
- установление единой справедливой системы тарифов, учитывающих как особенности территории, так и сложности помощи;
- повышение прозрачности критериев распределения объемов медицинской помощи;
- развитие экспертизы со стороны страховых компаний;
- движение системы по направлению к определению уровня рисков и дифференциации тарифов.

Также ряд экспертов предлагает решить проблему дисбаланса между широкими правами пациента и дефицитом ресурсов через объединение ОМС и ДМС, и введение новой модели ОМС+, при которой застрахованные могут к базовой программе добавлять дополнительные опции за плату, а страховые компании – предлагать услуги, конкурирующие по цене, покрытию и т. д. Предложение не встречает однозначной реакции – у него есть как преимущества, так и существенные барьеры.

Зона консенсуса между экспертами – в ОМС следует продолжить развитие цифровых инструментов. Однако, эксперты отмечают, что компьютерные алгоритмы хорошо выполняют вспомогательные функции, но не могут заменить ни одно из звеньев действующей системы здравоохранения и компенсировать дефициты управления.

Об исследовании:

Исследование строилось на основе комбинированной методики:

- Анализа социальных сетей и форумов на основе базы данных «СМ-Медиалогия», состоящей из около 250 тыс. платформ, более 800 млн

аккаунтов социальных медиа.

25 интервью с экспертами сферы здравоохранения – представителями пациентских организаций, медицинских учреждений, ФФОМС, территориальных фондов ОМС.

Подробнее – в докладе:

Скачать PDF