



«Российское здравоохранение и система ОМС: проблемы и решения»

ПЛАТФОРМА
ЦЕНТР СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ



Москва, 2017



Ежедневный опрос «ВЦИОМ-Спутник» 24-25 октября 2017 г.

Метод: телефонное интервью по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров



Выборка: построена на основе полного списка телефонных номеров, задействованных на территории РФ. Опрошено 1200 человек



Ошибка выборки: не превышает 3,5%



Период проведения опроса: 23 октября – 10 ноября 2017 г.

ЦСП «Платформа»

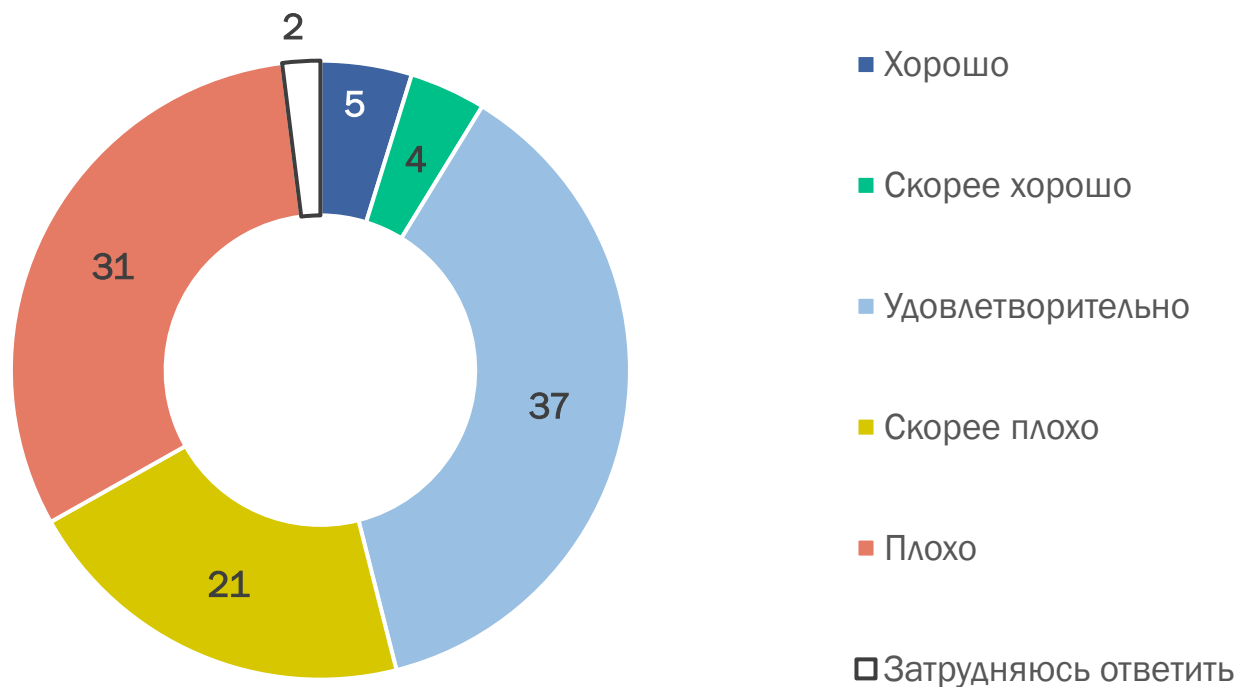
Экспертные интервью(20) – экономисты, представители медицинского сообщества, органов государственной власти, страховых компаний, общественных организаций





Оценка ситуации в сфере здравоохранения

По Вашему мнению, как сегодня в нашей стране обстоят дела в российском здравоохранении?
(Закрытый вопрос, один ответ, %)



Актуальные проблемы российского здравоохранения



Какие проблемы российской системы здравоохранения должны решаться в первую очередь?

(Закрытый вопрос, до трех ответов, %)



О **недостаточном контроле за качеством** мед. услуг чаще говорят **18-24-летние (20%)**. Они же чаще встречаются среди тех, кто обращался по полису ОМС менее года назад.

*Данные приводятся без варианта «Затрудняюсь ответить». Значение варианта «Затрудняюсь ответить» составляет 2%

- **Нехватка врачей, их профессиональная подготовка и доступность медицинской помощи – главные «болевые точки» российского здравоохранения. Законодательство и работа страховых компаний – наименее проблемные зоны.**

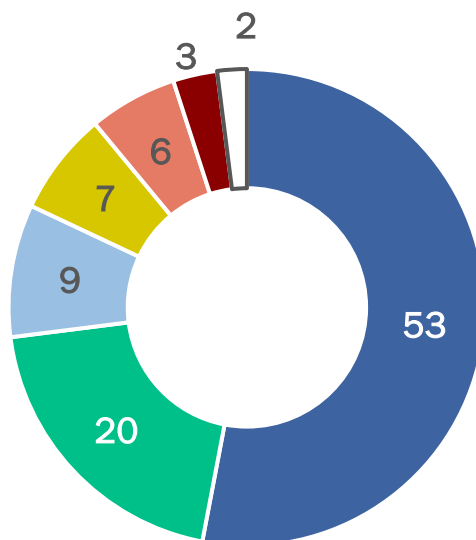


Как давно Вы обращались за медицинской помощью в медицинские учреждения по полису ОМС в последний раз?

(Закрытый вопрос, один ответ, %)

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
СРЕДИ ТЕХ, КТО
ОБРАЩАЛСЯ МЕНЕЕ
ГОДА НАЗАД ПО
ПОЛИСУ ОМС:

- Женщины – 61%;
- 18-24-летние – 61%.



- менее года назад
- 1 - 2 года назад
- 3 - 5 лет назад
- 6 лет назад и более
- Не обращался по полису ОМС
- У меня нет полиса ОМС
- Затрудняюсь ответить

ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЮТСЯ
СРЕДИ ТЕХ, КТО
НЕ ОБРАЩАЛСЯ ЗА
МЕД.ПОМОЩЬЮ
ПО ПОЛИСУ ОМС:

- 35-44-летние – 12%;
- Работники бюджетной сферы – 14%.

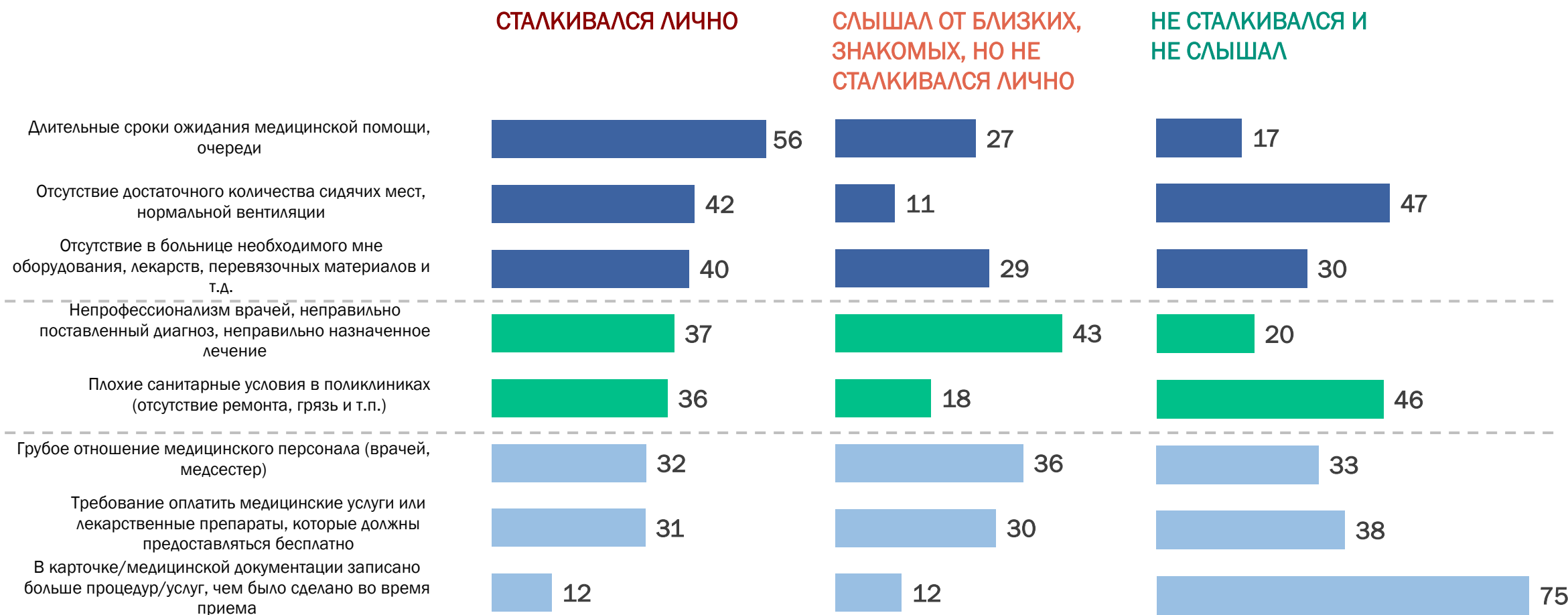
- ОМС в системе здравоохранения занимает важное место: 89% россиян обращались за медицинской помощью по полису ОМС, при этом 53% - в течение последнего года.

Проблемы, с которыми сталкиваются россияне при обращении за медицинской помощью



При обращении за медицинской помощью в медицинские учреждения по полису ОМС Вы/Ваши близкие, знакомые, сталкивались или не сталкивались со следующими проблемами за последний год?

(Закрытый вопрос, один ответ, %)



Как повысить качество медицинских услуг?



На Ваш взгляд, какие из перечисленных мер, в первую очередь, могут улучшить качество медицинских услуг?

(Закрытый вопрос, до трех ответов, %)




О ЗНАЧИМОЙ РОЛИ НЕЗАВИСИМЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ЗАЩИЩАЮЩИХ ПРАВА ПАЦИЕНТОВ, ЧАЩЕ ГОВОРЯТ:

- Жители крупных городов – 37%;
- Материально обеспеченные – 36%;
- Работники бюджетной сферы – 32%;
- 25-34-летние – 31%.

*Данные приводятся без варианта «Затрудняюсь ответить». Значение варианта «Затрудняюсь ответить» составляет 11%

- ❑ **Наиболее действенными мерами** респонденты считают финансирование медучреждений в зависимости от качества предоставляемых услуг и повышение личной ответственности руководящего состава. Деятельность независимых от медучреждений организаций, защищающих права пациентов, - на третьем месте.



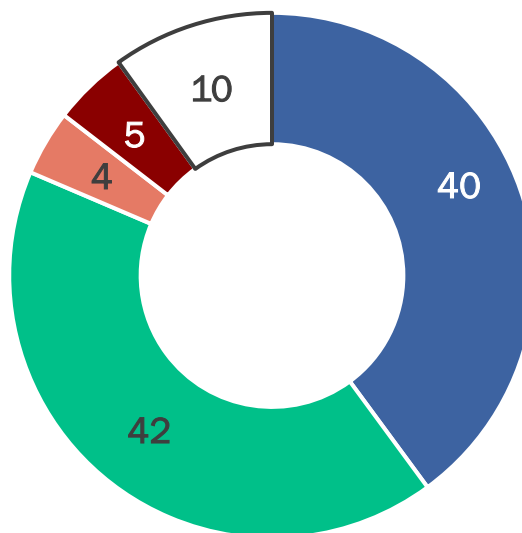


Отношение россиян к изменениям в системе ОМС

Считаете ли Вы правильной или неправильной систему, при которой именно страховая компания, выдавшая Вам полис ОМС, должна защищать Ваши права как пациента?

(Закрытый вопрос, один ответ, %)

- Считаю такую систему полностью правильной
- Скорее правильной
- Скорее неправильной
- Считаю такую систему полностью неправильной
- Затрудняюсь ответить



ЧАЩЕ СЧИТАЮТ СИСТЕМУ ПРАВИЛЬНОЙ:

- 18-24-летние – **91%**;
- Высокодоходные группы – **89%**;
- Жители сел – **87%**.

- **Значимую роль страховых компаний в системе ОМС одобряет подавляющее большинство опрошенных (82%). Среди них чаще встречаются молодые люди и представители высокодоходных групп (91% и 89% соответственно).**

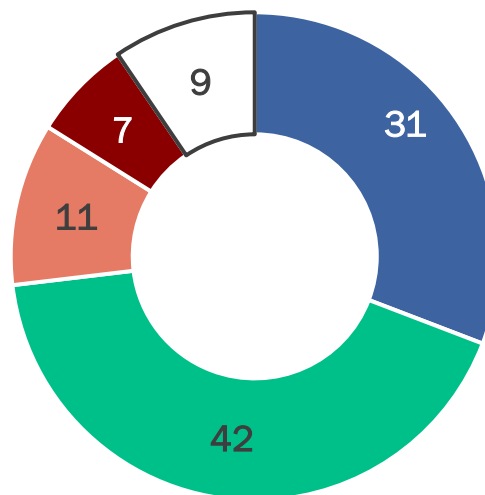
С 2016 года в штате страховых компаний, работающих в системе обязательного медицинского страхования, появились новые сотрудники – страховые представители. В их функции на бесплатной основе входит информирование населения о возможностях системы ОМС, защита прав пациентов, решение спорных ситуаций между медицинским учреждением и пациентом и т.п.

Вы лично поддерживаете или не поддерживаете появление такого работника в системе ОМС?

(Закрытый вопрос, один ответ, %)

ПОДДЕРЖИВАЮТ ПОЯВЛЕНИЕ НОВОГО РАБОТНИКА В СИСТЕМЕ ОМС ЧАЩЕ:

- 18-24-летние – 85%;
- Высокодоходные группы – 81%;
- Жители городов-миллионников – 79%.



- Полностью поддерживаю
- Скорее поддерживаю
- Скорее не поддерживаю
- Полностью не поддерживаю
- Затрудняюсь ответить

Появление страховых представителей граждане воспринимают положительно (73%).

Ключевые функции страховых представителей в системе ОМС



Сейчас я перечислю список услуг, предоставляемых населению страховыми представителями на бесплатной основе.

Какие из них могут быть наиболее значимы для вас/ваших родственников, друзей?

(Закрытый вопрос, до трех ответов, %)



❑ **Основные функции страховых представителей широко востребованы.** В оценках граждан значимы не только задачи, касающиеся защиты прав и мониторинга качества услуг, но и информирование населения о его правах – перечне бесплатных услуг, программах диспансеризации и возможностях выбора врача и медучреждения.





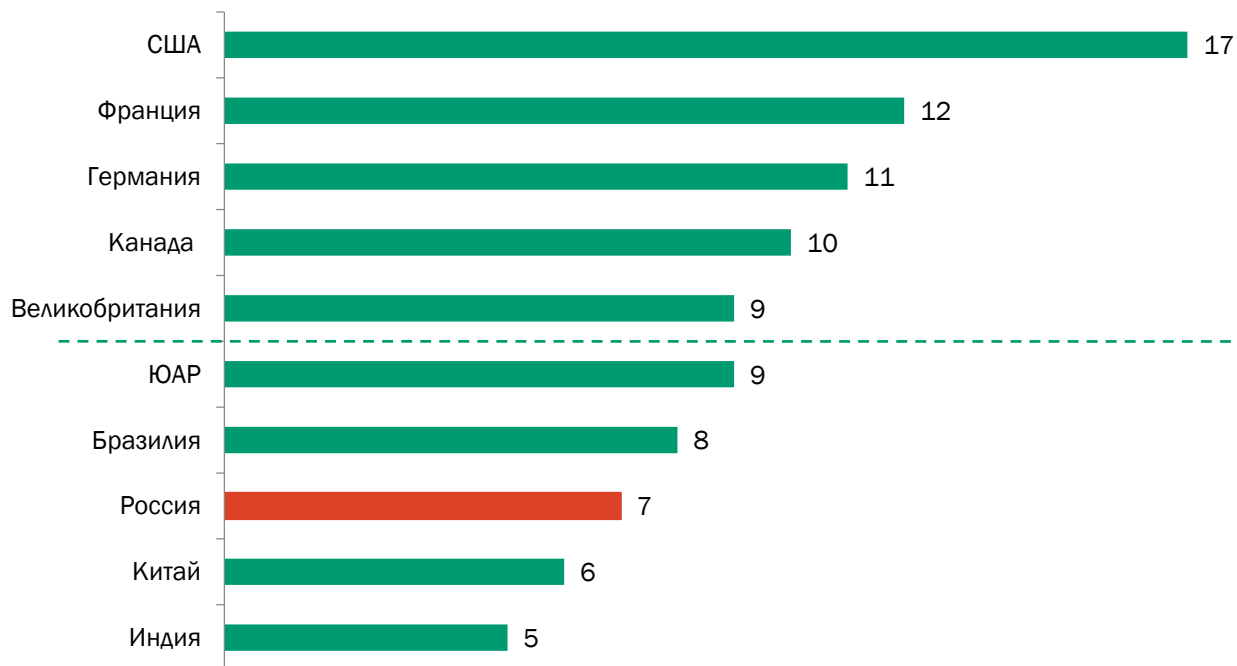
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ И В МИРЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

ОБЩИЕ РАСХОДЫ СТРАН НА ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

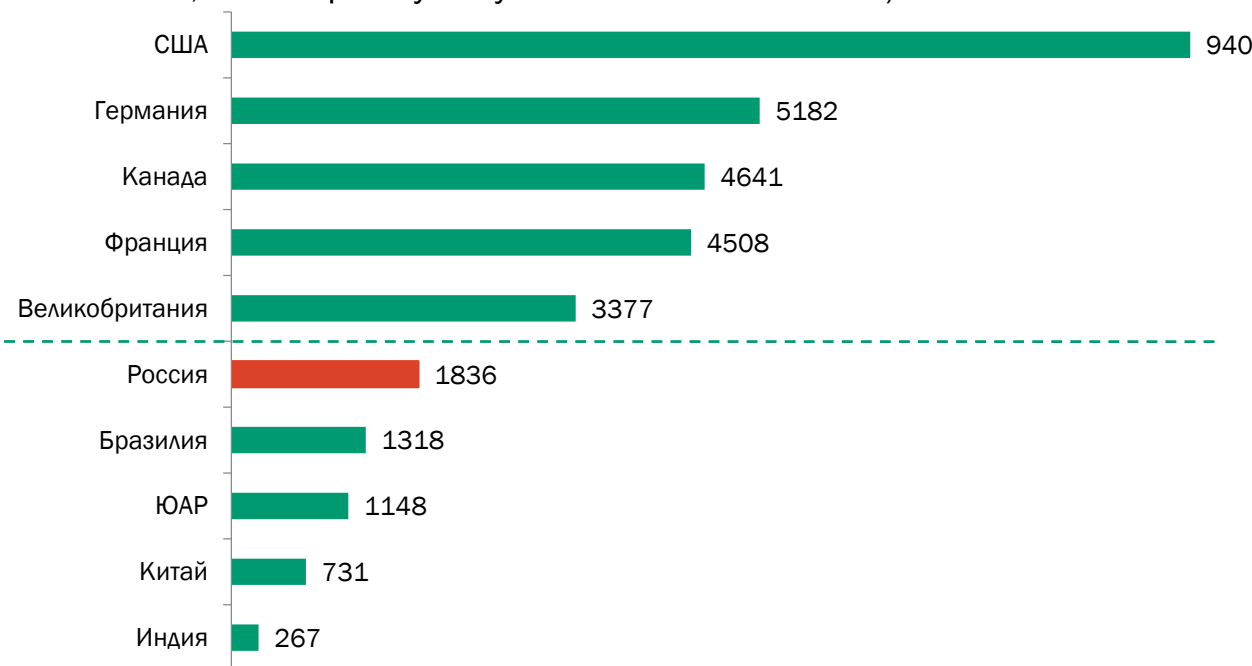
По суммарным расходам на здравоохранение (включая и государственные, и частные) Россия находится на уровне развивающихся стран мира – например, других членов BRICS – **но заметно отстает от развитых стран Европы и Северной Америки**

Источник: World Health Organization, Global Health Expenditure Database

Общий объем расходов на здравоохранение (гос. + негос.),
% от ВВП



Общий объем расходов на здравоохранение (гос. + негос.) на душу населения, \$ по паритету покупательной способности



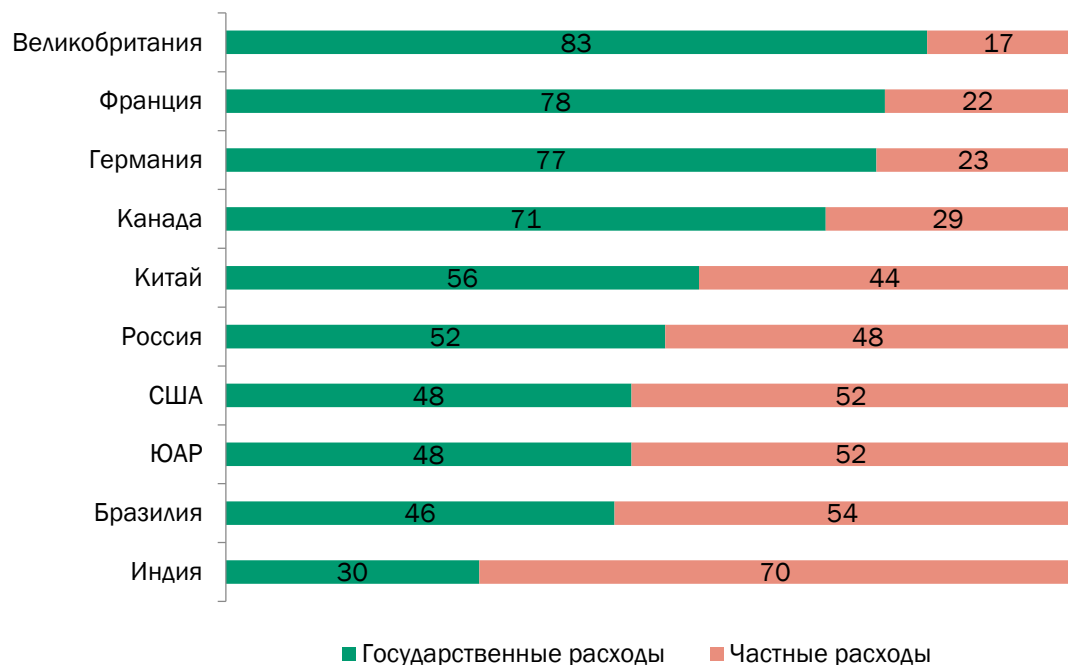
СТРУКТУРА ГОСУДАРСТВЕННЫХ И НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ РАСХОДОВ

Парадокс: почти половина расходов на здравоохранение в России – негосударственные (примерно как в США) – однако лишь 4% расходов проходит через систему ДМС.

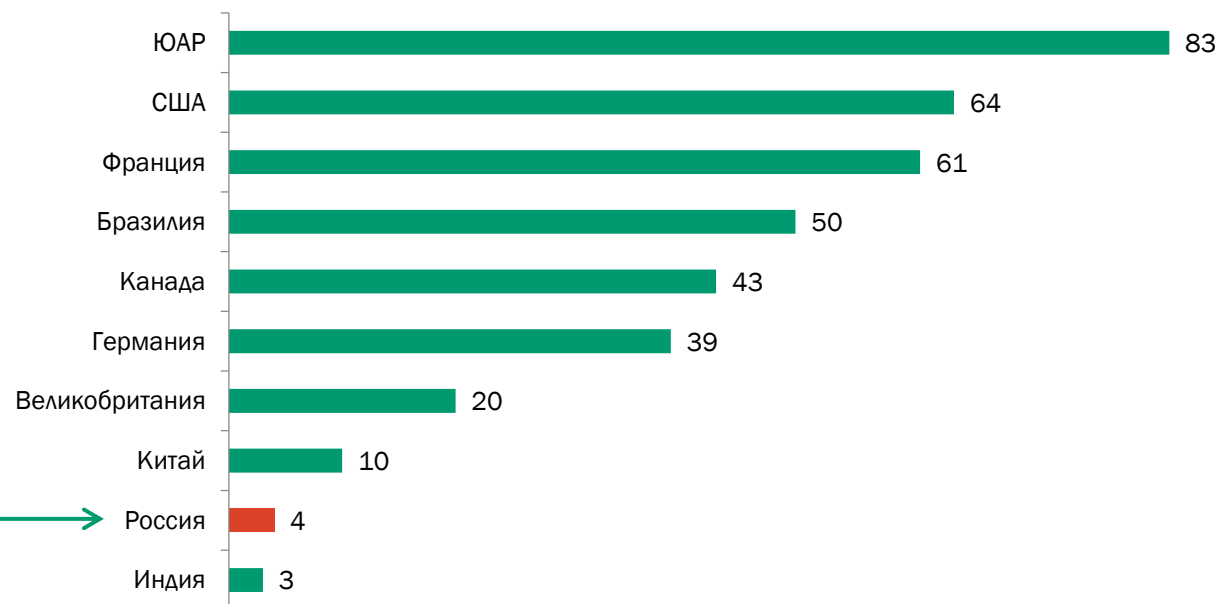
Иными словами, в России нет никакой «системной» альтернативы ОМС

Источник: World Health Organization, Global Health Expenditure Database

Доли государственных и негосударственных расходов на здравоохранение, % от общего объема



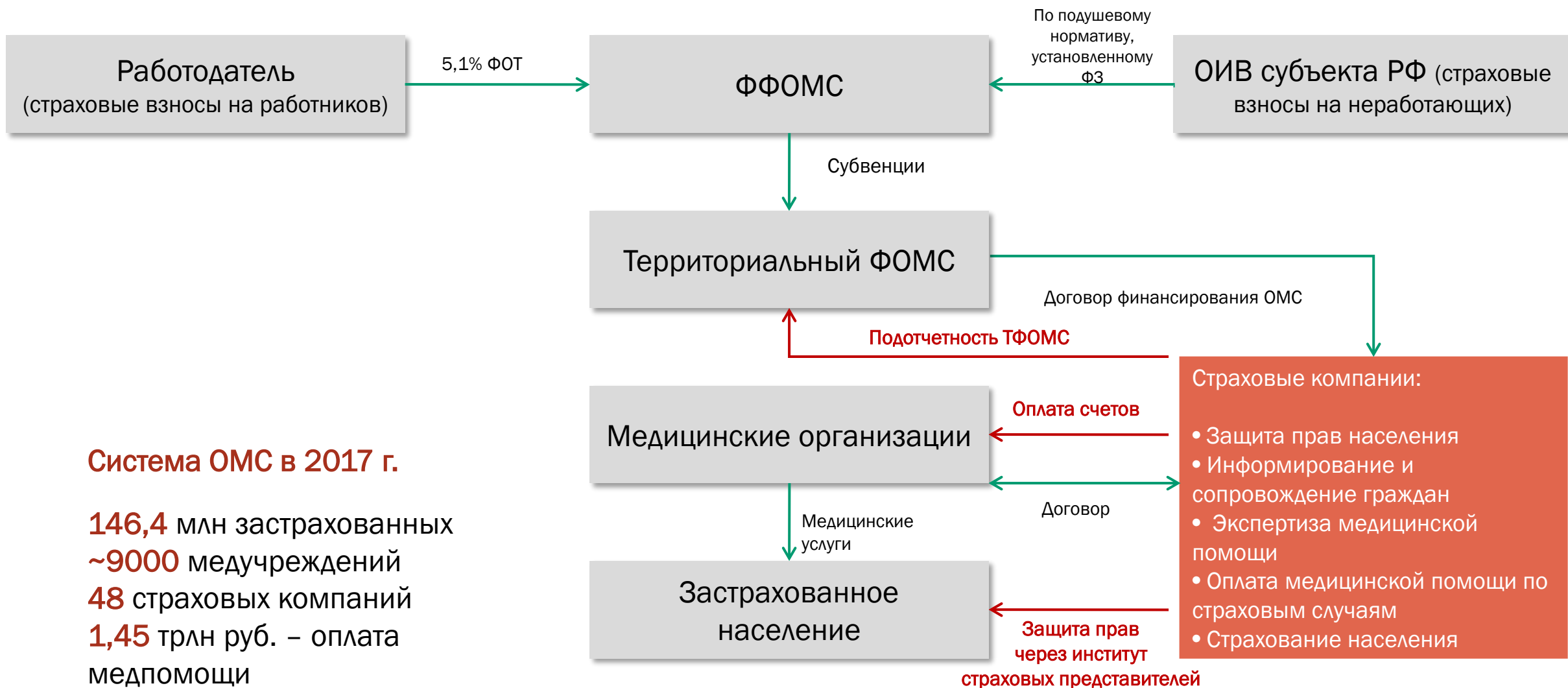
Системы частного страхования (в России – ДМС), % от частных расходов на здравоохранение





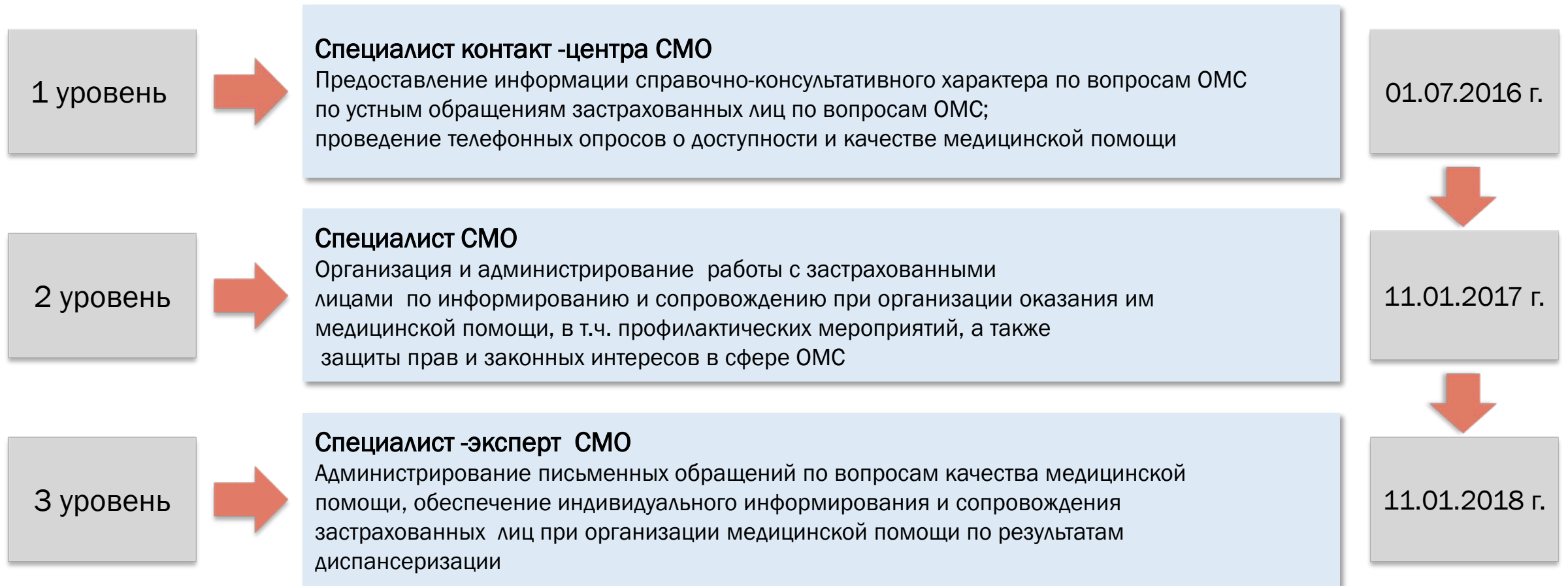
СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ. ЭКСПЕРТНЫЙ ВЗГЛЯД

СИСТЕМА ОМС И РОЛЬ СТРАХОВЫХ КОМПАНИЙ: КАК ЭТО РАБОТАЕТ?



Система ОМС в 2017 г.

146,4 млн застрахованных
~9000 медучреждений
48 страховых компаний
1,45 трлн руб. – оплата медпомощи



Правила ОМС: XV. Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи (в ред. Приказа Минздрава России от 28.06.2016 N 423н)

СВОДНЫЙ ЭКСПЕРТНЫЙ АНАЛИЗ: ДИЛЕММЫ СИСТЕМЫ ОМС

Статья 41 Конституции РФ: «Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь...бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений»



На практике «безлимитность» бесплатных обязательств государства упирается в возможности экономики страны и бюджетов: ведь страхователями ОМС выступают работодатели (для работающих граждан) и ФОИВ субъектов РФ (для неработающих)

Система ОМС безальтернативна для миллионов граждан, не имеющих возможности пользоваться ДМС и прочими платными медицинскими услугами



Система ОМС далека от совершенства и подвергается критике со всех сторон процесса – от медиков и пациентов, от страховщиков и профильных чиновников

Страховые компании в системе ОМС задумывались как инструмент, поддерживающий конкуренцию на рынке медицинских услуг через контроль эффективности медучреждений



На практике страховые компании обязаны иметь договоры со всеми медучреждениями и не могут отказать им в оплате, даже если услуга была оказана некачественно

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Проблемы, типичные для российской медицины в целом (в т.ч. для ОМС): дефицит финансирования; недостаток квалифицированных врачей и персонала; низкая персональная ответственность



“

«Если посмотреть на топ-20 мировых систем здравоохранения по рейтингу ВОЗ, можно заметить: вообще качество здравоохранения (и медпомощи в частности) в основном зависит от благосостояния населения, а не от того, по какой системе устроены медицинские услуги. Страны Скандинавии, Германия, Англия, Франция – медицина устроена в них очень по-разному, но она приводит к одинаковым [высоким] результатам. *(представитель медицинского сообщества)*

«Наша медицина балансирует на уровне стран третьего мира – чуть повыше, но ненамного... Это и низкая квалификация врачей, и их перегруженность, и недостаток финансирования. А еще – низкая [персональная] ответственность врачей за то, что они делают» *(представитель медицинского сообщества)*

”

Эклектичность и незавершенность: совмещение признаков советской модели и отдельных элементов мировых моделей медицины – вот главный системный недостаток российского ОМС



“

«Советская медицина была построена на принципе смет. Система предусматривала, сколько нужно врачей, койкомест, лекарств на определенное количество людей. При этом не было механизма эффективного независимого контроля качества. В 90-ые создаётся ОМС. Идея – рыночная: оплачивать счета, а не сметы, идти за пациентом. Но новая система страхования «недокручена»: сметный подход де-факто сохранился» *(представитель страховой компании)*

”

ОТСУТСТВИЕ ЕДИНЫХ СТАНДАРТОВ И ВНУТРЕННИХ ТАРИФОВ В СИСТЕМЕ ОМС

В стране нет единых стандартов оказания медицинской помощи, а также унифицированной «сетки тарифов» для расчета услуг.

Из-за этого средства ОМС зачастую расходуются неэффективно



“

«В других странах существуют стандарты, которые учитывают, например, место оказания услуг, оснащенность медучреждения и т.п. Нам тоже необходима дифференцированная система стандартов... Главная причина их отсутствия – расхождение в подходах к лечению у авторитетных врачей и медицинских институтов. У нас нет стандартизации именно потому, что есть разные «школы уважаемых профессоров» *(представитель отраслевой организации)*

«Одна из проблем – внутренний расчет услуг в системе. Фонд ОМС подразумевает возможность расчета такого тарифа, но субъекты РФ не всегда идут навстречу и не всегда могут рассчитать цену. Приходится прибегать к аутсорсингу... Это усложняет и удорожает работу. Нужен тариф хотя бы по простым услугам» *(врач)*

”

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ «СТРАХОВОЙ ГРАМОТНОСТИ» ПАЦИЕНТОВ ОМС

Расхожее правило «Пациент всегда прав» на практике не всегда работает – оттого, что многие российские пациенты плохо информированы о своих правах и возможностях в рамках системы ОМС



“

«В случае проблем с медицинским обслуживанием наши люди не обращаются в страховую. Они пишут Президенту, в Минздрав, в прокуратуру... Хотя единственное, что необходимо знать пациенту в этой ситуации, – телефонный номер, обозначенный в его страховом полисе» *(представитель страховой компании)*

«Пациент в российской медицине вообще – без деления на ОМС и ДМС – не знает своих прав, не знает, что бесплатно, а что выходит за границы. Он не имеет достаточного уровня «страховой грамотности» и не желает её получать» *(представитель общественной организации бизнеса)*

”

Круг обязанностей зачастую шире, чем набор полномочий по их исполнению. Так, в среде страховщиков есть запрос на постепенное адекватное расширение функционала, позволяющее более эффективно исполнять их обязанности



“

«Стоит расширить возможности страховщиков по влиянию на менеджмент медучреждений – вплоть до права увольнения... У страховщиков должно быть право отказаться от работы с тем или иным учреждением... Кроме того, нужно дать страховщикам большую свободу в распределении финансов» *(представитель отраслевой организации)*

«Страховщики не могут отказать в оплате, поскольку больница обязана по закону оказать помощь, а оказанная помощь должна быть по закону оплачена. То есть страховые компании не могут по сути поддерживать эффективный бизнес. С другой стороны, если эти полномочия им дать, то «социалка» посыпется... Выход – в постепенных изменениях» *(представитель страховой компании)*

”

ПРОТИВОРЕЧИЯ МЕЖДУ СТРАХОВЩИКАМИ И МЕДУЧРЕЖДЕНИЯМИ [1]

С одной стороны, страховая компания и медучреждение – два механизма одной системы. С другой – страховщики по отношению к медикам являются контролерами, а медики часто считают этот контроль чрезмерным и предвзятым



“

«Страховые компании мотивированы кнутом и пряником. Кнут – это контроль за нами со стороны территориальных фондов ОМС. Пряник – страховые премии, отчисления за штрафы... «Договориться» со страховой компанией невозможно – поэтому многие медучреждения хотели бы избавиться от «ига страховщиков-посредников», чтобы напрямую работать с территориальными ФОМС» *(представитель страховой компании)*

«Если пациент обратился в страховую компанию с претензией – все равно страховщики переадресуют ее нам, медикам. И мы же эти спорные вопросы в итоге решаем... Что касается штрафов – то у каждой страховой компании есть [негласный] план, который они не могут не выполнить» *(врач)*

”

ПРОТИВОРЕЧИЯ МЕЖДУ СТРАХОВЩИКАМИ И МЕДУЧРЕЖДЕНИЯМИ [2]

Ключевой аргумент медиков:

«Страховщики сосредоточены на зарабатывании денег через штрафы, а защитой прав пациентов не занимаются»

«Штрафы несправедливы, по сути идет проверка грамотности врачей. У доктора из страховой компании стоит задача как можно больше найти косяков, тем самым получить бонус». *(представитель Департамента здравоохранения субъекта РФ)*

«Система ОМС – по идее это игра на стороне пациента. А по факту они [страховщики] занимаются тем, что штрафуют больницы... Страховая компания посылает врача-эксперта, и его функция в том, чтобы найти как можно больше ошибок. Его зарплата напрямую зависит от процентов со штрафов. А пациента в этой цепочке как бы нет. И проблемы соблюдения его прав вроде как вообще не существует» *(представитель медицинского сообщества)*

Ключевой аргумент страховщиков:

«Контроль за медиками – главный механизм защиты прав пациентов. И его нужно усиливать, как показывает практика»

«Кроме финансовых санкций (штрафы для недобросовестных медучреждений) у страховых компаний нет никаких рычагов... А со стороны медучреждений есть серьезные махинации. Например, такие проблемы, как контроль качества самой помощи, приписки. Счета выставлены – услуги не оказаны...» *(представитель страховой компании)*

«Как медучреждения могут хитрить в рамках ОМС? Вот простой пример. У пациента намечается коронарное стентирование. При операции можно установить до 3 стентов одновременно. Причем от их количества стоимость операции не зависит. Допустим, это 150 тыс. руб... Но пациенту ставят два стента и говорят – «А третий стент установим на следующей операции, в плановом порядке». Получается еще 150 тысяч. Это называется «задвоение» услуги» *(представитель общественной организации)*

Контроль деятельности медиков

- Страховые компании должны получить **право отказа от сотрудничества** с медицинскими организациями, оказывающими некачественные услуги
- Усиление **персональной ответственности руководителей государственных (муниципальных) медицинских организаций** – вплоть до возможности их увольнения по представлению страховых компаний в случае неоднократно выявленных нарушений

Контроль деятельности страховщиков

- Для надзора за деятельностью страховых компаний необходимо комплексное взаимодействие всех заинтересованных органов, включая Минздрав, ФФОМС, территориальные ФОМС (курирующие организации), Банк России (лицензиар)
- Разработка **комплексных квалификационных критериев, применяемые к страховым компаниям в системе ОМС** – чтобы пресекать деятельность потенциально недобросовестных/несостоятельных страховых компаний вплоть до приостановки и отзыва их лицензий

Информатизация процессов

- Создание доступной для страховых компаний **единой базы данных медпомощи**
- Такая база могла бы стать единым и прозрачным механизмом учета, анализа и оценки качества услуг оказанной медпомощи, мониторинга статистики выздоровления
- Доступ страховщиков к единым информресурсам системы здравоохранения позволил бы **оптимизировать обратную связь с пациентом** – например, через «привязку» мобильного приложения к конкретному человеку (т.е. использование электронного полиса ОМС, «вшитого» в ПО идентификатора)

Адресность (персонализация) ОМС

- Повторное обращение к идее **адресных программ**, учитывающих специфику отдельных категорий пациентов(например, пожилых людей)
- Приоритет программ персонализированной превентивной медицины**, рассчитанных на предупреждение заболеваний и патологий
- Продвижение **профилактических программ** (ежегодной диспансеризации)

«Страховой ликбез» для населения

- Проведение **массированной кампании социальной рекламы для популяризации ОМС** в федеральных и региональных СМИ, в цифровых медиа
- Ориентиром для такой популяризации могла бы послужить рекламная кампания негосударственных пенсионных фондов (НПФ) в начале 2010-х гг.

Институт страховых представителей

- Активизация института страховых представителей**, направленного на поддержку пациентов, но до сих пор не очень известного
- Одна из их важных функций – реализация права пациента на выбор/замену медицинской организации.
- Решение «логистической» **проблемы «маршрутизации» потоков клиентов**: сейчас есть переполненные клиники, которым не хватает финансирования – и есть клиники, в которых переизбыток финансирования и нехватка клиентов