

# ДОСТИЖЕНИЯ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОМС

Содержание.....	2
Об исследовании .....	3
Цель, задачи и методика исследования .....	4
Методика .....	4
1.    Достижения и проблемы в развитии ОМС.....	6
1.1. Замысел архитекторов: принципы в основе системы ОМС.....	6
1.2. Нерешенные проблемы и зоны роста системы ОМС.....	8
2.    Как проблемы ОМС соотносятся с общими проблемами здравоохранения? .....	16
2.1. Наиболее острые проблемы здравоохранения с точки зрения пациента.....	16
2.2. Проблемы здравоохранения с точки зрения экспертного сообщества .....	22
3.    Пути развития системы ОМС .....	30
3.1. Верен ли страховой принцип? .....	30
3.2. Развитие инструментов в системе ОМС .....	36
Заключение .....	39

В 2021 году системе обязательного медицинского страхования (ОМС) исполнилось 30 лет – 28 июня 1991 года был принят закон «О медицинском страховании граждан Российской Федерации», положивший начало внедрению страховых принципов и института защиты прав пациентов в отечественной системе здравоохранения.

С момента основания система претерпела ряд изменений, но сохранила заложенные в основание принципы: финансирование медицинских учреждений зависит от результатов оказания медицинских услуг, качество и объем медицинской помощи подлежат независимому от госструктур контролю, конкуренция между медицинскими учреждениями за пациента стимулирует повышать качество работы и эффективность затрат.

Однако не все заложенные в основу ОМС принципы удалось реализовать полностью. Строительство страховой модели, по оценкам экспертов, не завершено. Периодически возобновляется дискуссия: продолжать развивать общественное здравоохранение на страховых принципах или вернуться к прежней бюджетно-сметной модели финансирования. И если оставаться в логике страховой модели, то как ее развивать. При этом в дискуссии о путях развития ОМС проявляются все проблемы сферы здравоохранения: общий дефицит ресурсов, кадров, в том числе для эффективного управления, конфликт интересов управленца и врача, высокая социальная чувствительность и популизм вокруг социально-значимой темы.

В настоящем исследовании представлен анализ отзывов пациентов в социальных сетях и экспертного взгляда на проблемы и достижения отечественного здравоохранения, на роль и дальнейшее развитие системы обязательного медицинского страхования. Среди экспертов – представители всех сторон системы ОМС (врачебное сообщество, страховые медицинские организации, пациентские организации, органы государственного управления здравоохранением на федеральном и региональном уровнях) и академического сообщества.

## ЦЕЛЬ, ЗАДАЧИ И МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

В задачи входил анализ:

- достижений и проблем развития системы ОМС с точки зрения ее участников и экспертов;
- путей ее дальнейшего развития;
- основных вызовов для системы здравоохранения в среднесрочной перспективе;
- вклада инструментов ОМС в решение проблем здравоохранения.

### МЕТОДИКА

Целевые группы исследования: стороны системы ОМС и академическое сообщество

Исследование строилось на основе комбинированной методике.



### Анализ социальных сетей и форумов

Анализ тематических линий, связанных со здравоохранением, на основе базы данных «СМ-Медиалогия», состоящей из около 250 тыс. платформ, более 800 млн аккаунтов социальных медиа, в том числе:

- социальные сети, включая Facebook, ВКонтакте, Одноклассники, Instagram, МирТесен;
- мессенджеры, в том числе Telegram, WhatsApp, Viber;
- блоги, включая LiveJournal, Blogger.com, LiveInternet, Diary; микроблоги, в том числе Twitter;
- форумы, включая Banki.ru, Bankir.ru, Littleone.ru;
- видеосервисы, среди которых – YouTube, RuTube;
- сайты отзывов, включая IRecommend, Отзовик, Otzyv.ru, Flamp.

По каждой тематической линии был сформирован список ключевых слов, на основе которых были составлены поисковые запросы. Далее проведены отработка и последующая индексация поисковых запросов по каждой тематической линии в системе «СМ-Медиалогия». В результате были сформированы массивы материалов социальных медиа по каждой тематической линии за период с 1 февраля по 23 мая 2021 года.

### 25 интервью с экспертами сферы здравоохранения:

- представителями пациентских организаций;
- медицинских учреждений;
- Федерального фонда ОМС (ФФОМС), территориальных фондов ОМС (ТФОМС);

- исполнительной власти в сфере здравоохранения и законодательной власти;
- страховых медицинских организаций;
- академического сообщества.

# 1. ДОСТИЖЕНИЯ И ПРОБЛЕМЫ В РАЗВИТИИ ОМС

## 1.1. ЗАМЫСЕЛ АРХИТЕКТОРОВ: ПРИНЦИПЫ В ОСНОВЕ СИСТЕМЫ ОМС

Главным вызовом для системы здравоохранения в начале 90-х было обеспечение финансовой стабильности на фоне кризиса и пересмотра бюджетных приоритетов. В основу реформы была положена идея перехода к страховой системе, которая должна была создать новый независимый источник финансирования.

Принципы, заложенные в новую модель	Предполагаемый результат
Выделение целевого источника финансирования здравоохранения	ОМС получит новые источники финансирования, независимые от бюджетных приоритетов. Это повысит защищенность системы в тяжелых экономических условиях, упорядоченность финансирования и распределения средств.
Создание рыночного механизма в системе здравоохранения: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ медицинские организации будут конкурировать за пациента;</li> <li>■ деньги пойдут вслед за пациентом из единого канала финансирования.</li> </ul>	Развитие конкуренции между медучреждениями: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ повышение заинтересованности в наращивании объемов медицинской помощи и более сложных видов медпомощи;</li> <li>■ создание стимула для повышения качества работы.</li> </ul>
Создание института независимого контроля качества и объема медицинской помощи	Повышение качества медицинских услуг, защита пациента, повышение прозрачности расходования средств в медицинских учреждениях.



**ШИЛЬКРОТ ИЛЬЯ, ПРЕДСЕДАТЕЛЬ НАЦИОНАЛЬНОЙ АССОЦИАЦИИ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ**

«В 90-е годы было мало денег. ОМС помогла российскому здравоохранению. Закон был абсолютно прогрессивный. Он должен был способствовать в условиях дефицита средств развитию конкуренции. В условиях развития конкуренции медицинские организации конкурируют и за пациента. При такой системе в идеале снижаются издержки и повышается эффективность. Основным условием конкуренции должно было стать качество оказания медицинской помощи. Иными словами, все в интересах пациента. Если вспомнить, какое было недофинансирование в системе здравоохранения, какие были сложные условия в медицинских организациях, то именно ОМС стимулировала повышение качества и доступность оказания медицинской помощи».

Уже в основе системы, как отмечает ряд экспертов, стоящих у ее истоков, была уязвимость: объем отчислений в фонд ОМС был установлен не на основе точных расчетов и прогнозов, а относительно случайно. Система не являлась финансово самостоятельной, сохранялась зависимость от бюджета и смешанный принцип финансирования и распределения ресурсов.

**При этом часть задач, заложенных в основу развития системы удалось реализовать.** ОМС повлияло на приток средств в систему, их распределение, эффективность использования ресурсов, доступность медицинской помощи.

## 5 достижений системы ОМС

1. Был создан **выделенный гарантированный источник финансирования здравоохранения**, независимый от бюджетных приоритетов. Например, по оценкам экспертов и данным исследования развития ОМС<sup>1</sup>, удалось сгладить спад финансирования сферы здравоохранения: реальный размер государственного финансирования здравоохранения (бюджетные ассигнования и страховые взносы) за период 1992-1999 гг. уменьшился на 33%, а финансирование образования и сферы культуры сократилось примерно на 50%<sup>2</sup>. Во время дефолта 1998 года система ОМС благодаря резервам территориальных фондов оказалась стабильной, несмотря на изменения в бюджетных приоритетах. А сейчас бюджет ОМС растет быстрее, чем консолидированный бюджет государства в целом. Кроме того, система ОМС создает возможность перемещения средств между секторами здравоохранения: за счет экономии в одном секторе усилить финансирование другого.
2. Повысилась **прозрачность системы финансирования и возможности контроля, распределение средств стало более объективным (оплата за оказанные медицинские услуги и с учетом ее качества)**. Сегодня можно проверить стоимость каждой медицинской процедуры. При этом, финансирование медицинских организаций осуществляется независимо от их ведомственной принадлежности.



### ЭКСПЕРТ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Созданная система ОМС дает больше возможности контроля за расходованием средств. Эффективности такого контроля не в последнюю очередь способствует устоявшееся распределение полномочий и функций между участниками системы. В нее входят как фонды обязательного медицинского страхования различного уровня, так и негосударственные и независимые страховые медицинские организации. Действующая система ОМС работает по принципу «деньги следуют за пациентом», а это не только больший объем контроля, но и возможность пациента выбирать медицинское учреждение, где он будет получать медпомощь»

### ЖУЛЕВ ЮРИЙ, СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«Значение ОМС достаточно велико. Это были совершенно новые подходы, вызвавшие серьезную дискуссию. Преимущество системы заключается, с одной стороны, в большей гибкости. С другой стороны, система ОМС выполняла функции жесткого финансового контроля за расходованием средств, учитывая роль в том числе медицинских страховых организаций».

3. Развитие института внешнего контроля качества медицинской помощи посредством **введения института страховых представителей**, которое поэтапно проходило с 2016 года, по мнению многих экспертов позволило качественно усилить возможности пациентов по защите своих прав в системе ОМС, и создало дополнительный механизм, способствующий повышению качества медицинской помощи.
4. **Право выбора медицинской организации любой формы собственности и принцип «деньги следуют за пациентом»** создали предпосылки для развития конкуренции между медицинскими организациями за пациента и стимулировали вовлечение частных клиник в систему ОМС. Как отмечают эксперты, участие частных клиник особенно заметно в сегменте высокотехнологичной медицинской помощи. В системе ОМС также создан механизм межтерриториальных расчетов,

<sup>1</sup> Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспективы ее развития. НИУ ВШЭ. Москва, 2019.

<sup>2</sup> Указанный источник

что обеспечивает возможности оплаты медицинской помощи за пределами места проживания гражданина.

5. Повысился контроль за оказанием медицинской помощи благодаря наличию «третьей стороны» - страховых медицинских организаций ОМС предполагает, в отличие от бюджетной модели, совокупность гражданско-правовых договоров: между территориальными фондами и страховой медицинской организацией (СМО), между СМО и медицинскими учреждениями, между СМО и пациентами. Они создают механизмы защиты прав пациента, позволяют выявлять проявления низкой квалификации и устанавливают ответственность всех участников системы здравоохранения за результат своей работы. Экспертиза качества медицинской помощи, которую проводят страховые медицинские организации, в значительной степени обеспечивает ее непредвзятость и объективность, способствуя устранению и профилактике многих нарушений со стороны медицинских учреждений.



#### ЭКСПЕРТ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«У медицинских организаций есть уверенность, что оказание помощи принесет реальные и гарантированные доходы независимо от экономической ситуации в стране и от материального достатка, который имеют граждане. Этим объясняется ежегодное увеличение количества частных МО, входящих в систему ОМС.

Договорные отношения между СМО и медицинскими организациями стали более универсальными. Важным решением было принятие единого размера санкций к медицинским организациям за допускаемые при оказании медицинской помощи дефекты. Также были расширены полномочия СМО по проверке объемов и качества оказанной медицинской помощи».

## 1.2. НЕРЕШЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ И ЗОНЫ РОСТА СИСТЕМЫ ОМС

**«Безграничность» ОМС при ограниченности ресурсов.** Наблюдается системный дисбаланс заявленных обязательств, объема отчислений и госресурсов.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«У меня все время возникал вопрос: если Конституция гарантирует бесплатную медицинскую помощь, откуда берутся эти несчастные дети, которым нужно собирать деньги всей страной, зачем нужны благотворительные фонды? Эти дети не имеют право на бесплатную медицинскую помощь? На мой взгляд, это лишнее доказательство того, что система не работает. Минздрав должен выполнять эту функцию в первую очередь. Он не должен лезть в систему амбулаторной медицинской помощи, там страховщики прекрасно справятся и все проверят».

- В Конституции РФ гарантировано всеобщее право на медицинскую помощь (ст. 41). В систему постоянно включаются новые виды высокотехнологичной помощи, однако расширение программы ОМС происходит при недостаточном росте бюджета. При этом дополнительные бюджетные «вливания» расходуются недостаточно эффективно. Отсутствие единого контроля за деятельностью системы ОМС обуславливает, в том числе, неопределенность обязательств ее участников. Общий принцип гарантированной помощи на практике регулярно сталкивается также с ограниченностью кадровых ресурсов и неодинаковым качеством услуг. Усугубляет дисбаланс политический компонент – доступность здравоохранения входит в число приоритетных запросов населения к власти. И введение каких-либо ограничений на бесплатную помощь – крайне непопулярная тема. Это задает конфликт между конституционным правом и реальной возможностью системы, приводит к росту неудовлетворенности граждан



деятельностью общественной системы здравоохранения создает неопределенность государственных гарантий бесплатного оказания медпомощи, порождает имущественную сегрегацию на рынке, когда обеспеченные пациенты могут позволить себе более качественную и быструю помощь.

- Сам принцип «богатый платит за бедного, а здоровый за больного» не у всех вызывает понимание: 1) сталкиваясь с барьерами в получении медпомощи человек, который прежде редко обращался в медорганизации по полису ОМС, но платил взносы наравне с другими, чувствует несправедливость; 2) обеспечивая своих сотрудников ДМС, работодатель дважды уплачивает страховые взносы.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«Например, препарат от того же COVID очень дорогой. И мне сказали, что в рамках нахождения в стационаре мне дадут столько-то таблеток, но мне нужно продолжить лечение после выписки. Но человек ведь работает и платит большие взносы. Например, я не обращалась за медицинской помощью на протяжении лет двадцати. И когда заболела было бы хорошо, если бы я имела возможность получить этот препарат в рамках ОМС. Также я как работодатель все время удивлялась следующему: у нас есть и договор добровольного страхования и ОМС. Суммы, которые мы платили по ОМС, просто не сравнимы, они кратно больше. При этом у меня нет никаких дополнительных преимуществ. Я понимаю, зачем плачу в фонд пенсионного обеспечения - накапливаю для сотрудников баллы. В социальном страховании тоже понимаю. Мне рассказывают, что богатые платят за бедного, здоровые – за больного. В итоге получается полная демотивация работодателя. Мне достаточно заплатить как хорошему работодателю по программе добровольного медицинского страхования сумму в 10 раз меньше, но я буду видеть это полное медицинское обеспечение для своих работающих сотрудников. С точки зрения экономической логики, это неправильно».



#### РАГОЗИН АНДРЕЙ, ДИРЕКТОР ЦЕНТРА ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ, ФИНАНСИРОВАНИЯ И МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ФИНАНСОВОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РФ

«Россия – единственная страна в мире, где всеобщее обязательное социальное медицинское страхование сочетается с массовым корпоративным медицинским страхованием. У нас работодатели платят за ОМС, но в силу его недофинансированности еще и покупают работникам коммерческую программу. То есть дублируют свои расходы. В программе государственных гарантий должны появиться конкретные лимиты и ограничения. В данной ситуации самый оптимальный вариант – это сохранить ДМС, чтобы работодатели могли иметь налоговые льготы в рамках ДМС на сотрудников и восполнять сотрудникам лимиты и ограничения программы государственных гарантий».

### Недофинансированность системы ОМС

**Пунктом всеобщего консенсуса в экспертной среде стало утверждение о недофинансированности системы здравоохранения в целом.** Все эксперты считают, что государственные расходы на здравоохранение, измеряемые в доле ВВП, явно недостаточны и существенно ниже уровня развитых стран (по данному показателю Россия занимает 65-е место в мире<sup>3</sup>). Кроме того, эксперты выделяют следующие проблемы финансирования уже в рамках непосредственно системы ОМС:

- Страховой взнос (5,1% от заработной платы сотрудника) недостаточен даже с учетом перераспределения «от здорового к больному».
- Размер взносов при планировании бюджета системы ОМС определяется не только исходя из оценки реальных затрат на лечение, но также исходя из политических рисков увеличения налоговой нагрузки.
- На систему ОМС влияет большой размер неформального сектора занятости – неофициальной занятости и выплат части заработных плат «в конвертах».



**РАГОЗИН АНДРЕЙ, ДИРЕКТОР ЦЕНТРА ПРОБЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ, ФИНАНСИРОВАНИЯ И МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ ФИНАНСОВОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РФ**

«Система не стала тем, чем является система обязательного социального медицинского страхования в развитых странах. Она не стала основным каналом финансирования медицинской помощи населения. Что в 90-е годы, что сейчас ОМС является лишь одним из многих каналов финансирования медицинской помощи. Помимо системы ОМС, медицинская помощь оплачивается из бюджета субъектов Федерации – это отдельный канал. Также отдельный канал – прямое финансирование из федерального бюджета. По-прежнему существует огромное количество ведомственных систем, которые финансируются из бюджетов соответствующих министерств и ведомств. Значительная часть медицинской помощи оказалась выведена в Фонд социального страхования, который сейчас оплачивает реабилитацию, протезирование, санаторно-курортное лечение. Вдобавок часть денег еще идет по линии Пенсионного фонда, который тоже взял на себя определенные расходы».

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА**

«В идеале страховые медицинские организации должны обладать свободой действий в маршрутизации пациента, направлять потоки пациентов так, как это нужно для самих пациентов. Но из-за тотального недофинансирования если они будут работать так, как нужно, они просто станут банкротами. Маршрутизация есть только в отдельных сегментах высокотехнологичной помощи. У нас есть какие-то УЗИ тарифицированные по 83 рубля, или первичный приём в некоторых регионах за 100 рублей. Мы же понимаем, что этого недостаточно».

**Непрозрачность и необъективность тарифов**

- Медицинские работники указывают на разрыв между нормативами и практикой, в которой каждый случай течения болезни уникален и иногда требуются дополнительные процедуры, не прописанные в нормативах. Если медицинское учреждение израсходовало на лечение конкретного пациента больше средств, оно не может получить возмещения. С другой стороны возражают, что по-настоящему уникальные случаи редки, в то время как большинство пациентов сталкивается с типовыми состояниями, а кроме того, без единой тарификации невозможен контроль эффективности расходования средств.

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

«Если мы делали что-то сверх того, что указано в нормативах, мы не получаем компенсации. В нормальной страховой системе больной должен быть полностью застрахован. То есть, если у него аппендицит, и еще какое-то сопутствующее, конкурирующее заболевание, которое тоже можно и нужно вылечить, - мы должны иметь такую возможность. И страховая компания должна принимать все возможные расходы на полноценное лечение этого больного на конкретный период времени. Мы к этой системе только приближаемся».

«Вот у тебя 1000 рублей. Тебе на эту 1000 рублей нужно оказать такую-то помощь. Не согласен – другой придёт. И ты эту 1000 рублей расписываешь на некий усреднённый кейс. Или ты расписываешь их ещё более субъективно, потому что у тебя есть какая-нибудь аффилированная медицинская организация. Ты в рамках тех услуг, которые эта аффилированная организация оказывает, пишешь более справедливые тарифы, а остальных ещё больше зажимаешь. Это реальность нашей жизни».

- Первоначально предполагалось, что страховой взнос на каждого работающего будет привязан к степени риска заболеваемости. На практике тариф един, хотя расходы на лечение могут различаться в разы для разных территорий и групп застрахованных.
- В целом тарифы на оплату медицинской помощи в ОМС непрозрачны, не имеют достаточного обоснования, устанавливаются на основе сложившейся практики финансирования. Нормативы и реальные затраты плохо соотносятся друг с другом.
- Индивидуальные коэффициенты, корректирующие тарифы определяются произвольно на уровне региона. Обоснованность установленных тарифов не проверяется. Нет методики, позволяющей оценивать допустимые различия в затратах между разными регионами и медицинскими организациями, оснований для сравнения и определения эффективности работы медицинских организаций.
- В структуре тарифа отсутствуют капзатраты медицинских учреждений. Это создает ситуацию неравной конкуренции с частными организациями, у которых оборудование, ремонт зданий или

электроснабжение входят в себестоимость медицинских услуг. Поэтому частные организации пока в большей степени участвуют в процессе оказания высокотехнологичной медицинской помощи по системе ОМС, имеющей высокие тарифы.

#### Недостаточность существующей практики контроля качества медицинской помощи и ее дискуссионность

- Между отдельными участниками системы ОМС есть принципиальные расхождения в оценке практики контроля: медицинское сообщество критикует ее за формальность и предлагает передать контрольные функции медицинскому сообществу, в то время как эксперты из среды управления здравоохранением и страховых компаний утверждают преимущества независимого внешнего контроля, который исключает ангажированность и конфликт интересов

Логика медицинского сообщества	Логика регуляторов в сфере здравоохранения	Логика страхового сообщества
<p>Существующая практика контроля формальна – проверяется, в основном, правильность заполнения документов. Это создает дополнительную нагрузку на врача и не способствует росту качества помощи.</p> <p>Экспертиза качества может быть организована лишь на стороне профессионального сообщества. Внешние эксперты не могут оценивать работу опытных клиницистов.</p> <p>Сегодня территориальные фонды и страховые компании – заинтересованная сторона, которой выгодно выписывать штрафы.</p>	<p>Для независимой экспертизы необходима третья сторона – страховые компании. Внутри медицинского сообщества невозможно обеспечить неангажированность экспертов.</p> <p>Медицинские организации не всегда могут ставить под сомнение авторитет опытных врачей, при этом последние часто не проходят повышения квалификации, лечат «по старинке».</p>	<p>Экспертизу со стороны страховых медицинских организаций проводят те же опытные (или более опытные) клиницисты, но из других медучреждений. Организация процесса страховой компанией исключает конфликт интереса эксперта между его возможностью дополнительно заработать и стать "чужим среди своих".</p> <p>В медицинских учреждениях существует практика приписок. В медицинских учреждениях не всегда есть внутренние стимулы бороться за качество и повышать эффективность оказания медпомощи (своей работы).</p> <p>Организация предоставления медпомощи в медучреждениях – один из наиболее частых вопросов и жалоб пациентов, поступающих к страховым представителям.</p>

- Контроль сегодня в большей степени сосредоточен в области объемов оказания медицинских услуг, соответствия медицинской помощи установленным стандартам, или проверок по результатам жалоб. Требуется развитие практики тематических экспертиз и выявления системных недостатков, создание на их основе инструментов повышения квалификации врачей и медперсонала, механизма контроля за исправлением ошибок. Последнее наиболее актуально в существующей системе, но требует политической воли для реализации.



#### ЭКСПЕРТ ФЕДЕРАЛЬНОГО ФОНДА ОМС

«В настоящее время возникают проблемы при проведении экспертизы по межтерриториальным расчетам. Граждане, застрахованные на территории нашего субъекта, получают медицинскую помощь в другом регионе. Тем не менее, проведение контрольно-экспертных мероприятий, оказанной медицинской помощи страховой медицинской компанией, в которой пациент застрахован, законодательно невозможно. Этим занимаются территориальные фонды по месту оказания медицинской помощи. Зачастую возникают вопросы обоснованности и качества оказания медицинской помощи. В этом случае приходится обращаться в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи, чтобы он провел дополнительную экспертизу. Если бы этим занималась страховая медицинская организация (а сейчас к этому и идет), было бы отлично. Обеспечение защиты прав пациента страховщиком, где бы пациент не получил медицинскую помощь, было бы эволюционным развитием. Неправильно говорить: «Давайте уберем страховые и все опять скинем на фонд».

#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«У нас нет и не может быть никакой достоверно медицинской статистики по реальной заболеваемости и реальной смертности. Всё, что мы с вами читаем в отчётах, является с точки зрения законов статистики продуктом народного творчества. Это легко проследить по KPI. Когда принимается какая-нибудь программа по снижению сердечно-сосудистой заболеваемости, и региону ставится задача снизить заболеваемость, довольно быстро следуют результаты: «А вот у нас снижается». Но вдруг растёт смертность от других причин. Мы не знаем, какова реальность. Мы можем проверить реальную картину только в случае конкретного пациента. Но популяционно мы не обладаем никакой достоверной информацией. Разве что по COVID – и то, как повернуть. Почему у нас избыточная смертность по итогам 20-го года на первом месте в мире? Ни с какой статистикой это не бьётся. А потому что человек умер от инсульта. А он умер от инсульта после ковида или во время ковида? И вообще был ли у него ковид – или его машина сбила, и от этого случился инсульт? Это реальные кейсы. Человек попал под машину, в заключении стоит: «Инсульт». Геморрагический».

- На выявленные недостатки не всегда следует реакция руководителей медицинских организаций. У контролирующих инстанций нет механизмов влияния на главврачей, изменения финансирования медучреждений, исходя из качества их работы, или возможности маршрутизировать пациентов.

#### Отсутствие реального экономического стимулирования медорганизаций и конкуренции за пациента

- Планирование и распределение объемов медицинской помощи между медучреждениями в регионах осуществляется на основе количества пациентов и мощностей организации, но не на основе качества и сложности работы. Например, больницы с разными технологиями, разной сложностью оказываемой медицинской помощи, разными сроками госпитализации могут получать одинаковые плановые объемы помощи и одинаковое финансирование. Методики распределения объемов медицинской помощи на уровне регионов непрозрачны и предполагают субъективные решения управленцев, лоббизм главных врачей.



#### ЭКСПЕРТ ОБЩЕСТВЕННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«Удивительно, что модель называется страховой. Страховые компании критикуют, а им ответить нечего, так как модель на самом деле не страховая. Страховая компания никак не влияет на распределение средств. К примеру, я иду не в страховую компанию, а в территориальную комиссию, в департамент, к руководителю территориального фонда, чтобы получить необходимые объемы финансирования. Также есть коррупция. Идет человек в фонд, договаривается, коррумпирует кого-то и получает необходимое ему финансирование. Соответственно, возникает вопрос: о какой рыночной системе и оптимизации мы можем говорить?»

- Нет механизма перенаправления пациентов и средств от менее эффективных организаций к более эффективным. Система ОМС готова давать информацию о недостатках в работе медицинских организаций. Но у нее пока не находится адресата, и она не влияет на принятие решений.

#### Отсутствие инструмента, позволяющего пациентам выбирать медорганизацию, исходя из качества услуг

- Для того чтобы пациент мог выбирать медицинскую организацию (и реализовывался принцип конкуренции за пациента), нужен понятный рейтинг или ренкинг медучреждений. На сегодня в

системе отсутствует единый прозрачный инструмент оценки качества работы медучреждений, который мог бы в том числе стимулировать конкурентную борьбу за пациента.

#### ЭКСПЕРТ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Нужно подумать о возможности рейтингования медицинских учреждений. У нас же есть пример того, как работает ДМС. Там, во-первых, страховщики конкурируют между собой, в том числе предлагая лучшие клиники по лучшей цене, а также разные бонусные программы, дополнительные услуги. С другой стороны, там и клиники конкурируют между собой, предоставляя наиболее качественную медицинскую помощь, да и просто не экономят на хорошем ремонте, потому что это тоже привлекает клиентов».

#### ФЕДОРОВ АНДРЕЙ, ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СЕКРЕТАРЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ

«С рейтингами – неоднозначный вопрос. Ранее мы пытались построить свои рейтинговые системы по хирургии, приглашали экспертов и страховые компании. На мой взгляд, это нерабочий механизм. Это как гостиница три звезды, четыре звезды. А у нас больница и так ранжирована: первого уровня, второго или третьего. Объективно не получится это сделать. Кто-то проплатит. Есть компании, которые делают рейтинги. Они берут за это деньги. Кто больше заплатил, тот и будет выше в рейтинге. Фактически создать объективный рейтинг достаточно трудно. Взять Институт имени А.В. Вишневского и Институт имени А.Н. Бакулева. Какой из них лучше? У какого института рейтинг выше? Сложно ответить. Оба института хорошие, но оба занимаются совершенно разными вещами. Взять две расположенные рядом районные больницы. Одна обслуживает один район, вторая – другой. Человеку особенно некуда податься из своего района. Как сделать рейтинг, какое учреждение лучше или хуже? Большой начнет за 100 км. или за 200 км. ездить в другую районную больницу? Вряд ли».

- Необходимость оценки качества медицинской помощи в медучреждениях не встречает возражений в экспертном кругу, но методики и ответственная за составление рейтинга сторона – вопросы дискуссий. ФОМС и страховые организации заинтересованы в стандартизации и прозрачности методик. Медучреждения и врачебное сообщество считают унифицированные критерии оторванными от жизни.

#### «Рынок без конкуренции»

- Конкуренция между страховыми медицинскими организациями (СМО) существует относительно формально. На практике набор возможностей для конкуренции СМО сильно ограничен, например, у них нет реальных рычагов маршрутизации пациентов в медучреждения с лучшим качеством и сервисом по аналогии с ДМС. Хотя качество работы страховых медицинских организаций с клиентом и эффективность неодинаковы, у пациента нет достаточной информации и оснований для осуществления обоснованного выбора.

**Таким образом, сегодня в системе не хватает инструментов экономической мотивации участников к повышению эффективности расходования средств и качества работы.**

В целом развитию системы не достаёт стабильности правил и прозрачности в принятии решений. Официальные лица декларируют приверженность страховой модели медицины, однако эксперты со стороны страховых медицинских организаций и академического сообщества усматривают в последних изменениях в системе ОМС тенденцию «отката» к бюджетной модели.

Примером такого «отката» стало выделение федеральных медучреждений из общей системы финансирования.

#### КЕЙС

Финансирование федеральных медучреждений (кардиоцентров, онкоцентров и других профильных клиник) было передано напрямую в ФФОМС, выведено из общей системы распределения средств в здравоохранении.

Оценки обоснованности решения и его последствий неоднозначны.

Часть экспертов (закономерности по сферам нет) видит в этом шаг по обеспечению доступности помощи для жителей страны вне зависимости от региона проживания, а также возможность обеспечить федеральным центрам финансовую устойчивость и дать дополнительные ресурсы для развития.

Другие считают, что это отход от принципов страховой медицины и снижение роли независимого института контроля. 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: контрольно-экспертные мероприятия ФФОМС до сих пор не осуществляет, СМО не имеет рычагов влияния на клиники федерального подчинения – пациент остается один на один со своими проблемами. А формальная передача в ФФОМС не только финансирования, но и контроля обуславливает конфликт интересов.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«В результате проведенной реформы укрепляется федеральная вертикаль в здравоохранении, а регионы ограничиваются в развитии. Нужно сказать и о коррупционных рисках, потому что в рамках выстраивания единой вертикали легко переключить федеральное учреждение на единого подрядчика в субподрядных медицинских услугах. С другой стороны, реформа противодействует региональной коррупции, хотя при этом она ухудшает условия конкуренции в регионах».

**НАЗАРОВ ВЛАДИМИР, ДИРЕКТОР «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ФИНАНСОВОГО ИНСТИТУТА» МИНИСТЕРСТВА ФИНАНСОВ РФ**

«Государство замкнуло на себе все полномочия разом: оно выступает и покупателем помощи в лице ФФОМС, и ее поставщиком в лице федеральных медицинских организаций, и контролером качества медпомощи, опять же в лице ФФОМС. Решение проблемы должно быть кардинально противоположным. Вместо сращивания полномочий покупателя и поставщика для региона на региональном уровне, а для Федерации – на федеральном уровне необходимо их разобщить путем перехода к рискованной страховой модели. Для этого следовало передать полномочия покупателя любой помощи, как в федеральных, так и в региональных и частных медицинских организациях страховым компаниям. А финансирование осуществлять из централизованного объема средств».

#### ЭКСПЕРТ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Это с одной стороны упрощает конструкцию, потому что это обычно самые крупные больницы, там лечатся люди из разных регионов. С другой стороны, ФОМС наделяется достаточно значимыми для граждан полномочиями страховщиков. У страховщиков уже есть для этого база, опыт, по защите прав пациентов. У ФОМС такая база для работы только формируется. На парламентском уровне при принятии закона мы поставили на контроль его реализацию, особенно с точки зрения того, чтобы не пострадало финансирование территориальных фондов, и как следствие, не уменьшились объемы медицинской помощи, не ухудшилось ее качество и доступность».

\*\*\*

Несмотря на выделенные преимущества страховой медицины, эксперты указывают на существенные недостатки сложившейся в России модели обязательного медицинского страхования. Противники ОМС видят ошибочными сами принципы, заложенные в основание системы. Сторонники считают проблемы следствием «недостроенности». Для того, чтобы сложные социально-экономические институты заработали, требуется изменение механизмов финансирования, пересмотр организации предоставления медпомощи по ОМС для повышения эффективности ОМС и качества медпомощи.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«Необходимо определиться: у нас либо бюджетная система, либо страховая система. Можно сделать смешанную модель, сказать, что у нас есть бюджетная составляющая и есть страховая составляющая. Тогда необходимо выделить бюджетную часть и четко обозначить правила, по которым она работает. А страховую составляющую превратить в собственно страховую, а не расчетно-кассовую».

Эксперты в основном считают эту модель смешанной: отдельные эксперты называют ее расчетно-кассовой, дополненной профессиональной экспертизой, другие – застрявшей на полпути от бюджетно-сметной к страховой модели, третьи считают ее вполне страховой, указывая, однако, на ее серьезные отличия от классической страховой модели. И сегодня в рассуждениях экспертов о будущем ОМС существует развилка.

Продолжать развитие в логике заложенных принципов, вплоть до введения рисковей модели

Полностью пересматривать подход, переходить к бюджетной системе

Частично перестраивать систему, отказываться от отдельных участников, передавая их функции другим

Согласия в этом вопросе нет. Но реформирование системы – не самоцель. Система обязательного медицинского страхования – это лишь часть всей системы здравоохранения, проблемы которой значительно шире. Любые реформы ОМС, в каком бы ключе они ни поднимались, могут не принести никакого практического результата, если не будут решены фундаментальные проблемы системы здравоохранения. Поэтому дальнейшее развитие ОМС необходимо рассматривать в контексте общего состояния и перспектив развития системы здравоохранения.

## 2. КАК ПРОБЛЕМЫ ОМС СООТНОСЯТСЯ С ОБЩИМИ ПРОБЛЕМАМИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ?

### 2.1. НАИБОЛЕЕ ОСТРЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Декларируется, что в центре системы здравоохранения – пациент. Он, однако, видит только «верхушку айсберга» – врача, услугу, медицинскую организацию, но не то, что стоит за ними.

Большинство проблем, о которых говорят пациенты, можно разделить на три группы:

- недоступность лекарств;
- сложности в получении медицинской помощи (ее недоступность);
- низкое качество оказываемых медицинской помощи

#### Представленность в социальных медиа негативных тематических линий в отношении российского здравоохранения

(число сообщений; период сбора данных – 1 февраля – 23 мая 2021 года)



#### Проблемы лекарственного обеспечения

Наиболее часто обсуждаемая в социальных сетях и на специализированных форумах проблема – это лекарственное обеспечение. Проблема комплексна и неоднородна<sup>4</sup>.

<sup>4</sup> Анализ тем на основе сообщений пользователей в социальных сетях и на специализированных форумах



Нехватка базовых лекарств в медучреждениях, невозможность получить препараты по программам льготного обеспечения, необходимость покупать препараты за свой счет.

*Наиболее резонансным инфоповодом исследуемого периода стала поднятая «Новой газетой» проблема обеспечения детей, больных спинальной мышечной атрофией, дорогостоящим, но жизненно необходимым препаратом «Золгенсма»*



«На данный момент у нас нет многих антибиотиков, инфузионных средств и нейропротекторов. Реаниматологи говорят об отсутствии миорелаксантов и крайне необходимых гормональных препаратов, без которых лечение, к примеру, анафилактического шока невозможно. Даже простой и дешевый адреналин закончился. Совершенно нет противовирусных препаратов, не только от COVID-19, но и от гриппа. Также у нас серьезные проблемы с расходниками. В операционной нет «травматологических» перчаток, устойчивых к проколам, в дефиците смотровые перчатки, средства для обработки и уходу за руками» – говорят врачи одного из отделений больницы».

(Пост в соцсети ВКонтакте, 13 марта 2021 года)

«Нет лекарств, потому что бюджет начинают осваивать с января на текущий год. Пока отыграются аукционы, пока найдется тот, кто за самую низкую цену продаст больнице самые дешевые лекарства из затребованных... Порой надо купить оригинальный препарат, который стоит значительно дороже дженериков, но не получается, потому что дорого. В результате то, что мы покупаем, порой малоэффективно».

(Пост в соцсети ВКонтакте, 13 марта 2021 года)

«Девушку прикрепили к амбулатории в составе Красногорской городской больницы. Врач от Детского хосписа рассчитала и назначила ей дозу морфина «для купирования прорывной боли». Получить рецепт нужно было в поликлинике. В поликлинике говорили, что нет подходящих рецептурных бланков, писали рецепты с ошибками, упрекали в том, что пациент употребляет слишком много морфина, грозились обысками и задержаниями, угрожали проверкой Детского хосписа. В аптеках не хватало заказанного морфина, приходилось ездить в другие подмосковные города».

(Пост в соцсети Facebook)

Острота проблемы лекарственного обеспечения подталкивает государство к различным мерам регуляции.



Не выстроенные в единую логику ситуативные меры провоцируют не всегда предсказуемые реакции системы и сказываются на пациентах.

Проблемы лекарственного обеспечения выходят за пределы ОМС. Однако зона консенсуса для экспертов всех групп: лекарственное страхование является неотъемлемой частью страховой модели здравоохранения. Россия – единственная страна, где медицинская помощь и лекарственное обеспечение разделены между собой. Это приводит:

- к усилению неравенства в доступе к качественному лечению, когда часть пациентов не может позволить себе купить назначенные препараты и не проходит курс;
- снижению эффективности лечения, самолечениям (поиску более доступных альтернатив);
- увеличению числа стационарных пациентов (так как лекарственное обеспечение предусмотрено для стационаров, но не для амбулаторных случаев).

### Организация медицинской помощи

Вторая по распространенности проблема – доступность и организация медицинской помощи (запись к врачу, срок ожидания получения услуги и т. д.) и качество сервиса.

**”** «Перед медучреждением толпа. Люди собрались для записи к специалистам. Перед тем, как попасть к врачам, больным приходится отстоять огромную очередь, чтобы взять талон в терминале. Как видно, ни о какой социальной дистанции речи не идет, когда дело касается записи к врачам. Огорчает и тот факт, что давка наблюдается на фоне распространения коронавируса, когда власти своими постановлениями и указами, наоборот, стараются предотвратить большое скопление людей».

(Пост в соцсети Одноклассники, 25 апреля 2021 года)

«Сейчас актуальна проблема нехватки коек и палат в больницах Новосибирской области. Во время Covid-19 больницы просто прекратили лечить все заболевания кроме коронавируса. Люди до сих пор не могут в срок получить квалифицированную врачебную помощь. В то время как в Барабинске годы пустует бывшая больница РЖД».

(Пост в соцсети Одноклассники)

«Сегодня посчастливилось побывать в районной поликлинике. Там творится нечто. Лучше дома лечиться, чем туда идти. Люди стояли у дверей психиатра часами, пока врач одного пациента по талону отпускала. У кабинета собиралась толпа. Пациентам дают талоны, но по этим талонам не принимают врачи».

(Пост в соцсети Instagram)

«В ЖД больнице полное безобразие. С октября не пробиться к врачу. В ноябре, к счастью, получилось попасть, но по распоряжению заведующей отделения. На обследования не пробиться. На платные услуги в этот же день – пожалуйста. Если бесплатно, то через две недели приходите. Полный бардак. Платная запись в первую очередь. В городской больнице такого нет. Интересно, для чего существует полис, если от него нет никакого толка? Приходится обращаться к платным услугам».

(Пост в соцсети Одноклассники)

«Сегодня был в медсанчасти, хотел записаться на прием к неврологу. В регистратуре сказали, что прием по талонам. Талоны дают по три-четыре штуки в день. Также талоны приносят к 13:00 каждый день. Очередь за талонами пациенты занимают с 10 утра. Возникает вопрос: как попасть на прием? Поднялся к кабинету врача, 30 минут сидел у кабинета – никого нет».

(Пост в соцсети Одноклассники)

«В Оренбурге приглашенные на вакцинацию от коронавируса в поликлиниках получают отказы. Людей приглашают на вакцинацию, однако уже в поликлинике выясняется, что вакцины закончились. Накануне жителей в группе риска как 60+ пригласили на вакцинацию, однако уже в больнице выяснилось, что на них вакцины не осталось».

(Пост в соцсети ВКонтакте)

Проблемы, связанные с организацией работы медучреждений, значительно усугубились в период пандемии.

#### Прежде



#### Специфика пандемии

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Очереди и некомфортное ожидание</li> <li>■ Сложности в записи на прием к специалисту</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Неясность правил обращения в период пандемии. Невозможность записаться на прием / дозвониться</li> </ul> |
|--|---|

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Отсутствие внимания со стороны специалиста</li> <li>■ Долгое ожидание приема / отсутствие талонов на ближайшее время</li> <li>■ Дефицит мест в стационарах</li> <li>■ Нарушение условий содержания в стационарах</li> <li>■ Небрежное отношение к документам со стороны медперсонала (потеря карточек)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Переориентация ряда учреждений на борьбу с COVID и их недоступность для обычных обращений</li> <li>■ Невозможность соблюдать социальную дистанцию в учреждениях</li> <li>■ Нехватка коек и палат в больницах из-за повышенной нагрузки</li> </ul> |
|--|--|

Но у недовольства пациентов есть и более общие, не связанные с пандемией предпосылки. В целом на оценку организации медицинской помощи в последние годы значительно влияет развитие новой культуры потребительского поведения, а также изменения в самом институте общественного здравоохранения.

### Пациенты

### Система здравоохранения

#### Перенос ожиданий из потребительской сферы на социальную:

- установка «клиент всегда прав», ожидание клиентоориентированности;
- ожидание скорости оказания услуг;
- ожидание внимания и индивидуального подхода, непонимание врача, который «сидит в бумагах».

#### Повышение культуры заботы о собственном здоровье:

- повышение вовлеченности, интереса к информации;
- повышение требовательности к врачу, стремление к участию в обсуждении диагноза и лечения

- Повышение загруженности врачей
- Возрастающие формальные обязанности
- Дефицит кадров в первичном звене
- Дефицит специалистов
- Новые нормативы обслуживания и др.

Ожидания пациента вступают в конфликт с реалиями работы врача, который имеет дело с большим потоком пациентов. При этом общий вектор движения системы к прозрачности и оптимизации ресурсов повышает бюрократическую нагрузку на врача и отвлекает его внимание от пациента. Разрыв между ожиданиями пациентов и работой медучреждений может только усугубляться.

**Однако часть проблем организации медицинской помощи успешно решается.** По результатам анализа сообщений в социальных сетях видно, что пациенты чаще всего высказывали положительные оценки коммуникаций и цифровых сервисов (организации записи на прием и получения документов).

Представленность в социальных медиа основных позитивных тематических линий, характеризующих положительные аспекты в работе здравоохранения (количество сообщений)



Улучшения эксперты связывают:

- с внедрением цифровых инструментов, позволяющих не только дистанционно записываться к врачу, но и получать необходимую информацию, оформлять справки и направления, выписки рецептов и т. д.;
- общим развитием пациентоориентированного подхода в здравоохранении, усилением контроля за качеством коммуникаций с пациентами; развитием института страховых представителей, которые выполняют консультационную функцию и помогают получить необходимые услуги.

С цифровизацией связывают ближайшие перспективы улучшения организации медицинской помощи и повышения доступности медицинских услуг. Одно из направлений работы – агрегация информации о пациентах и их «пути» в рамках института здравоохранения, анализ данных и выявление закономерностей, указывающих на возможные проблемы.



**ЭКСПЕРТ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ**

«Сейчас система сильно отличается от того, с чего все начиналось. Например, цифровизация сильно упростила работу всех структур в здравоохранении. Опять же, с будущего года можно будет вообще не носить с собой бумажный или пластиковый полис. Его просто не будет. Хотя в принципе и сейчас в большинстве случаев можно получить информацию о том, где застрахован конкретный человек».

**Однако, как предупреждает ряд экспертов, цифровизация не может решить всех проблем здравоохранения или полностью заменить собой какое-либо звено в системе ОМС. Она остается вспомогательным инструментом.**

Также проблемы организации и доступности помогает решить перенаправление в другие амбулаторные комплексы или стационары, если на территории есть такая возможность. Развитие модели ОМС, в которой заложена возможность маршрутизации пациентов, могло бы способствовать решению проблемы. Но для этого сегодня не хватает инструментов (см. раздел «Развитие инструментов в системе ОМС»).

По мнению экспертов, повышению доступности медпомощи может также способствовать **большее** включение в систему ОМС частных медицинских учреждений. Но для их притока в сферу есть барьеры, рассмотренные ранее.

### Качество медицинской помощи

ТОП-3 проблем пациентов замыкает низкое качество медицинской помощи – ошибки при постановке диагноза, назначении лечения, низкий профессиональный уровень медперсонала и т. д.

В системе здравоохранения действительно наблюдаются кадровые проблемы – неоднородная квалификация врачей, проблемы института повышения квалификации (см. далее). И в ряде случаев эксперты сходятся в том, что медицинские организации не всегда заинтересованы в повышении качества помощи, контроле, обучении врачей.

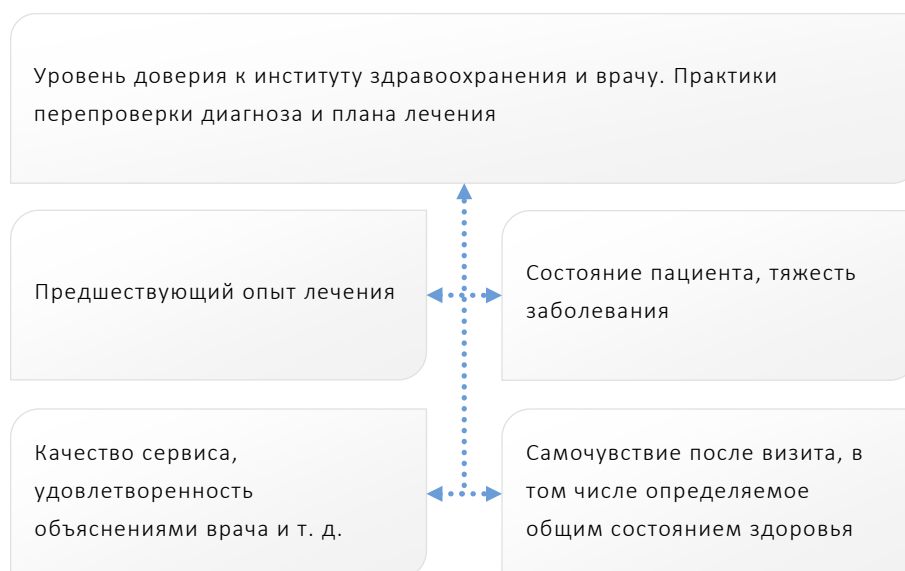


#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ АКАДЕМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА

«В детской больнице, в отделении, где стоят послеоперационные койки пробуждений, мы обнаруживаем под столом на посту ящик. Спрашиваем: «Это что?» – «Это дефибриллятор». «Хорошо. Кто в отделении знает, что он здесь находится? Где это написано?» Не получаем ответ на вопрос. «Когда последний раз проверяли функционирование дефибриллятора? Вы уверены, что он рабочий? Если сейчас он понадобится ребенку, Вы сможете его использовать? Умеете ли Вы его использовать?». У меня сотни примеров, от которых кровь стынет в жилах. Если мы с вами сегодня поступаем в медицинскую организацию, у нас есть внутри холодок недоверия».

Эксперты-представители медицинских организаций также отмечают несоответствие требований, действующих стандартов и клинических рекомендаций возможностям, кадровой обеспеченности и оснащению организаций.

Но помимо объективных проблем в медицинских учреждениях эксперты отмечают, что оценка пациента субъективна и объединяет ряд аспектов.



Одним из ключевых факторов в оценке пациентами качества услуг является доверие к официальному здравоохранению и фигуре врача. В целом наблюдается две тенденции:

- пациенты становятся более информированными и критичными, стремятся искать сведения, перепроверять диагноз и назначенное лечение. В том числе критичность возрастает под влиянием публичных историй о врачебных ошибках;

- пациенты испытывают стресс от избытка противоречивой информации от разных экспертов и других пациентов, сообщающих о собственных наблюдениях. Горизонтальные сетевые взаимодействия создают еще одну среду для выработки позиции.

За период пандемии наблюдались одновременно рост солидарности с медиками и падение доверия к институту здравоохранения. Одна из причин – поток противоречивой информации о рекомендациях и мерах профилактики, угрозах, статистике заболеваемости и смертности, наконец, об эффективности и безопасности вакцинации.

Ряд экспертов из врачебного сообщества говорит о развитии «пациентского экстремизма», при котором уже врачи нуждаются в защите.



#### ЭКСПЕРТ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«У населения происходит рост правового сознания. Благодаря доступной информации расширяется кругозор в медицинской сфере. Раньше мнение лечащего врача редко кто подвергал сомнению, теперь уровень доверия к врачам падает. Современная культура оказания медицинской помощи подразумевает обязательное информирование пациента о сути предлагаемого лечения с использованием различных медицинских технологий, о характере и возможных осложнениях, согласование с ним плана лечения. Врачи в большинстве пока не понимают важность этих процессов. Добровольное информированное согласие пациента на проведение медицинских манипуляций по закону стало обязательным, но отношение к нему у врачей формальное, очень часто демонстрируется безразличие к личности пациента и его проблемам. Все это не способствует удовлетворенности населения медицинской помощью и усугубляет конфликты, возникающие между пациентами и медработниками».

В системе здравоохранения, таким образом, есть необходимость защиты и пациента от некачественного лечения, и врача от необъективных обвинений. Это придает особое значение двум функциям ОМС:

- сопровождение пациента – инстанция, в которую он может обратиться с вопросами или жалобами, не доводя дела до суда;
- независимая медицинская экспертиза для разрешения спорных случаев между врачом / медорганизацией и пациентом.

При качественной реализации они могут, помимо контроля конкретного случая, приводить к системным улучшениям, выявлять наиболее проблемные зоны.

## 2.2. ПРОБЛЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

### Недостаток финансирования

Участники всех сторон системы здравоохранения согласны с тем, что объем финансирования недостаточен. Недофинансирование здравоохранения прямо влияет:

- на оснащение больниц и возможность оказания медпомощи в соответствии со стандартами и клиническими рекомендациями;
- возможности привлекать в сферу квалифицированные кадры;
- увеличение количества платных услуг, что усугубляет социально-экономическое неравенство.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«Финансовая наполненность системы крайне недостаточна по сравнению с задачами, которые поставлены в области охраны здоровья населения. 5,1% средств от фонда оплаты труда, несмотря на инструменты выравнивания между регионами, являются недостаточными для финансирования здравоохранения вне зависимости от того, осуществляется финансирование через систему ОМС либо прямыми платежами. Порядка 3/4 бюджета ОМС составляет покрытие оплаты труда сотрудников учреждений здравоохранения. Такое соотношение не оставляет системе здравоохранения возможности развиваться».

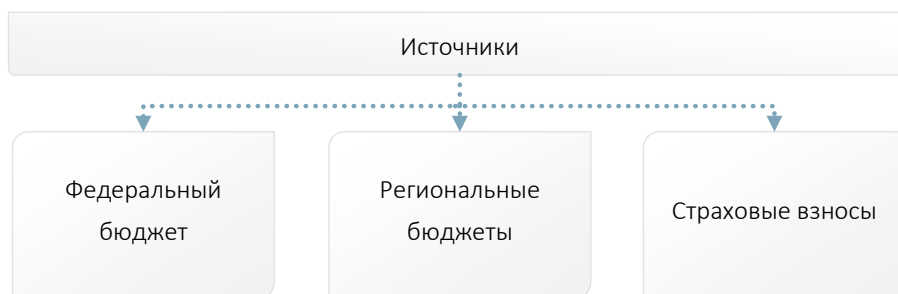
#### ЭКСПЕРТ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«Глобально финансирование системы здравоохранения пока недостаточно. По доле ВВП, которая тратится на эту сферу, мы занимаем далеко не лидирующие места. Это влияет и на оснащение больниц, на возможность оказания медпомощи в соответствии со стандартами, порядками и клиническими рекомендациями. Это также влияет и на уровень зарплаты врачей и медперсонала. Как следствие – проблемы с обеспеченностью здравоохранения кадрами: врачей не хватает, большинство из них вынуждены работать на полторы-две ставки, сказывается их перегруженность, профессиональное выгорание, недостаточно внимательное отношение к пациентам. Дефицит финансирования приводит и к росту доли платных услуг в здравоохранении, которые точно не радуют граждан».

#### ЖУЛЁВ ЮРИЙ, СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«Система по-прежнему, в связи в том числе с недофинансированием, отторгает дорогостоящие инновационные методы лечения, даже если они погружены в КСГ, в тарифы. Мы как пациенты крайне озабочены этим. С этим столкнулся и сам Минздрав, когда запускал программу в онкологии. Стоило огромных усилий, чтобы в регионах начинали реализовывать дорогостоящие системы лечения. Минздрав столкнулся с этими проблемами, а мы эти проблемы видим каждый день. Система финансирования в ОМС пока для нас кажется очень сложной и неповоротливой. К сожалению, до сих пор существует несправедливость в оплате между регионами».

Сфера здравоохранения финансируется из нескольких источников.



- Размер отчислений в фонд ОМС (5,1%) по оценкам экспертов недостаточен и не соотносится с реальными затратами.
- 68,9% бюджета ОМС составляет фонд оплаты труда (по данным Счетной палаты). При таком распределении в системе ОМС нет средств на развитие медицинских учреждений. Все деньги на их развитие идут вне системы ОМС.
- Доля ВВП (3,8%), направляемого государством на здравоохранение, также недостаточен и ниже среднего уровня по Европейскому региону ВОЗ (7,4%).
- Между регионами наблюдаются диспропорции в финансировании.

Таким образом, проблемы финансирования упираются в ограниченность бюджета и диспропорции в развитии регионов. Они не могут быть решены с помощью локальных мер в отношении системы ОМС.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«Мы никогда не унифицируем тарифы по стоимости. Потому что у нас слишком большая разница между регионами. Вопрос, наверное, не к здравоохранению, а к Минфину, Минэкономике, к президенту: почему у нас такая разница в зарплатах в стране, почему все деньги тянутся в Москву или в Петербург? Почему в одном регионе что-то стоит в разы больше, чем в другом. Мы в любом случае не можем здравоохранение отделить от общей социально-экономической ситуации в стране, от общего развития экономики».

Эксперты предлагают ряд мер, которые могут скомпенсировать финансовые дефициты. Каждая из них дискуссионна.

Увеличение страховых взносов	Несмотря на то, что размер отчислений в фонд ОМС признается недостаточным, эксперты говорят о рисках использования этой меры. Она заведомо непопулярна. И государство пойдет на нее в крайнем случае, особенно на фоне запроса бизнеса на поддержку в период пандемии
Переход от массовой «медицины болезни» к «медицине здоровья», при которой система несет меньшие потери от лечения запущенных заболеваний и переориентируется на профилактику	Поддерживаемая всеми экспертами мера. В перспективе может привести к аккумуляции средств на развитие высокотехнологичной медицины  Но мера предполагает долгосрочный характер изменений и не дает «быстрых побед», на которые ориентирован менеджмент в системе здравоохранения
Сокращение затрат на стационары через создание условий для лечения нетяжелых заболеваний в амбулаторных условиях (например, стимулирование медорганизаций через перенаправление средств, обеспечение амбулаторной формы лечения лекарствами)	Поддерживаемая всеми экспертами мера. Уже реализуется в рамках инструментов системы ОМС, которые дают возможность более гибко перенаправлять средства в амбулаторные учреждения  Но мера предполагает долгосрочный характер изменений
Снижение административных издержек	Неоднозначно оцениваемая экспертами мера. В системе существуют дублирующие звенья, ее упорядочение может привести к экономии. Но, по оценкам ряда экспертов из сферы управления здравоохранением, экономия не будет значительной

## Проблемы эффективности управления

По оценке ряда экспертов из сферы управления здравоохранением и академического сообщества, проблема недофинансированности усугубляется непрозрачным и неэффективным распределением средств из разных источников.



### ЭКСПЕРТ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«Недостаток финансирования в сфере по различным оценкам примерно двух-трехкратный. Основной показатель – это заработные платы врачей, которые в ОМС составляют значительную долю финансирования. Ситуация неравномерна. В мегаполисах и центральных больницах ситуация исправлена, но она далеко не такова по всей России. С учетом значительной нехватки врачей (в том числе по причине низких зарплат), нагрузка на оставшихся специалистов оказывается сильно завышенной. С другой стороны, есть вопрос эффективности расходования средств внутри самих больниц. Нередко экспертиза страховщиков ставит под сомнение оказание определенных медицинских услуг или применение дорогостоящих методов лечения».

### ЭКСПЕРТ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«Средства, которые направляются МО, используются недостаточно эффективно. Если это не изменить, то средств никогда не хватит. Механизмы управления понятны, но реальное их применение на практике низкое. Одна из причин в том, что на должности руководителей органов исполнительной власти в сфере здравоохранения в субъектах РФ в последнее время часто назначаются лица, не имеющие достаточного опыта работы в сфере управления и стратегического мышления. Часто это временщики, которые не достигли никаких особых успехов на прежнем месте работы. К назначению на эти должности должны быть особые требования, контролем соблюдения которых должен заниматься и Минздрав».

В распределении средств существуют следующие проблемы:



- стоимость закупок, осуществляемых государственными медицинскими организациями, в среднем выше, чем у частных клиник. То же – относительно затрат на обслуживание зданий или оргструктуру. Это говорит представителям академического сообщества, общественных организаций о недостаточно эффективном управлении средствами, незаинтересованности организаций с административной мотивацией, в рациональной экономии;
- в системе распределения средств и объемов медицинской помощи есть место субъективизму и лоббизму – индивидуальные коэффициенты, разрабатываемые на уровне регионов для корректировки тарифов, не имеют понятной формулы расчета,
- СМО обращают внимание на случаи приписок в медицинских учреждениях;
- распределение объемов помощи между медицинскими учреждениями непрозрачно;
- сами тарифы на помощь не всегда имеют обоснование и не соотносятся с реальными затратами; клинические стандарты утверждены не по всем заболеваниям и охватывают преимущественно стационарную помощь. Это не дает возможность объективно оценить затраты системы ОМС и отдельных учреждений;
- в России существует тенденция к избыточной госпитализации. На это указывают в среднем более высокие объемы стационарной помощи (1,8 койко-дня на 1 жителя в год, в Германии, 0,9 – во Франции, 0,8 – в Австралии, 0,6 – в Канаде<sup>5</sup>), а также более длительный срок пребывания в стационарах;
- наблюдались отдельные случаи закупки нового оборудования из регионального бюджета без обеспечения медучреждений расходными материалами и обучения людей; в результате качество и доступность помощи не повысились.



**ВЛАСОВ ЯН, СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ**

«Сектор, организующий систему здравоохранения, не обучен, поэтому есть тенденция неэффективной траты бюджетов. В 2014 году, например, закупили новое оборудование в лечебные учреждения, выделили средства. При этом расходные материалы не выделили, персонал не обучили, учреждения не подготовили. В результате потратили большие деньги, 400 млрд., но без результата. Эта ситуация является важным опытом, который необходимо усвоить».

ОМС ограниченно влияет на распределение средств в системе здравоохранения – только в части оплаты медицинских услуг. Все средства на развитие идут через национальные проекты и отдельные программы. Также система ОМС не влияет на расходование средств внутри медицинских организаций.

**Наблюдается ряд проблем, связанных с квалификацией управленцев в системе здравоохранения**

В системе, по признанию экспертов из всех сфер, наблюдается дефицит квалифицированных управленческих кадров с опытом работы в сфере, с навыками стратегического управления и управления в кризисных ситуациях. Он характерен и для уровня руководителей медучреждений, и для уровня региональных министерств.

<sup>5</sup> Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкротова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспективы ее развития. НИУ ВШЭ. Москва, 2019.



**ВЛАСОВ ЯН, СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ ВСЕРОССИЙСКОГО СОЮЗА ПАЦИЕНТОВ**

«Качество оказания медицинской помощи только на 15% зависит от врача, принимающего пациента, и на 85% зависит от организатора медицинской помощи. Вопрос компетентности руководителей системы здравоохранения, что на местах и региональных министерствах, что в лечебных учреждениях, сложный. Профессиональных менеджеров системы здравоохранения почти нет. Профессионалов – порядка 12–17%. Остальные – некомпетентны с точки зрения менеджмента системы здравоохранения. Они могут быть хорошими хирургами, терапевтами, великолепными людьми, но людей учить надо. У нас сектор, организующий систему здравоохранения, не обучен».

На дефицит кадров накладывается конфликт ожиданий. Со стороны медучреждений и врачебного сообщества существует недоверие к управленческим навыкам руководителей и критериям назначения их на должности. Это обусловлено приходом в сферу менеджеров без серьезного авторитета в медицинском сообществе. Усугубляет недоверие «министерская чехарда» – смена почти трети министров здравоохранения в субъектах РФ за период пандемии. Кадровый вопрос в управлении – также предмет спора двух разных логик.

**Кадры**

В системе здравоохранения наблюдается комплексный дефицит:

- количественный – объективная нехватка специалистов;
- качественный – несоответствие уровня подготовки медиков современным требованиям.

Вопрос с подготовкой и привлечением в сферу квалифицированных медицинских кадров упирается в проблемы:

- низкой оплаты труда, оттока специалистов в частные клиники;
- недостаточной мотивации врачей, в том числе финансовой, к повышению квалификации;
- неровного качества и доступности программ повышения квалификации;
- недофинансированности программ переподготовки;
- ограниченности квалифицированных преподавательских кадров;
- качества учебных программ и оснащения вузов, вовлечения врачей в современные медицинские исследования.



**ЭКСПЕРТ АКАДЕМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА**

«Первая проблема – это дефицит квалифицированных кадров, действительно соответствующих современному уровню и развитию медицины, постоянно повышающих квалификацию, стремящихся к развитию. У нас серьезный дефицит кадров в системе здравоохранения и вообще в Российской Федерации в настоящий момент, и среднего медперсонала, и врачей».

**ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА**

«Когда мы говорим о проблемах здравоохранения, мы забываем, что подготовка и переподготовка кадров является столь же важной. Можно сколько угодно увеличивать объем финансирования, но если люди не обладают должными знаниями, компетенциями и квалификацией, то это бесполезно. Это палка о двух концах: бюджеты нужно увеличивать, но без подготовки инфраструктуры, в том числе человеческих ресурсов, профессиональных ресурсов, эти деньги просто будут потрачены зря».

На дефициты накладывается смена поколений в системе здравоохранения. Ряд экспертов из академической среды и управления здравоохранением указывает на особенности, которые осложняют профессиональную социализацию и передачу опыта:

- отсутствует системная практика наставничества, которая была принята в советской системе здравоохранения;

- врачи в условиях более острой конкуренции стремятся сохранить преимущества и уникальные компетенции, не заинтересованы в передаче навыков и выращивании замены.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

«В разрыве преемственности есть финансовая подоплека. Врачу нужно быть уникальным специалистом. Соответственно, не растить смену для того, чтобы не дышали в спину, не подсидели. Наше поколение врачей не имело учителей, осваивало методики в свободное время. Например, у меня подруга работала в другой больнице. Я знала, что она освоила методику. И после работы ездил к ней, она мне показывала. А это не так должно быть. Мы должны возвращать смену. Постепенно уходить на должность консультантов. Но эта модель была разрушена. Врачи стремятся до последнего сидеть на своем месте, так как их не оставляют консультантами».

Вопросы подготовки кадров также находятся за пределами системы ОМС. То, что находится в ее зоне компетенций, - создание условий для повышения конкуренции и улучшение системы контроля, которая стимулирует учреждения следовать клиническим рекомендациям и повышать квалификацию врачей.

#### (Без)ответственный пациент и «забота о болезни»

Значительную часть расходов на здравоохранение составляют затраты на лечение болезней, которых можно было бы избежать, если бы пациент своевременно обращался к врачу, регулярно проходил диспансеризацию, снижал риски для здоровья и укреплял его.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Мы должны замотивировать и пациента, и врача делать все, чтобы люди были здоровыми. Профилактическое лечение стоит в десятки раз дешевле последующего лечения запущенной болезни. Если мы будем чаще заниматься профилактикой, то в перспективе будем меньше делать сложных, дорогостоящих операций. Это более рациональная трата ресурсов. У нас сегодня модель страховая, где деньги идут за больным. Чем тяжелее диагноз, тем больше денег. Получается, система здравоохранения невольно заинтересована в больных, а не в здоровых людях. Нужно наоборот, чтобы система здравоохранения была заинтересована в здоровом населении. Это наш правильный путь».

#### ДРОНОВ НИКОЛАЙ, ПРЕДСЕДАТЕЛЬ ИСПОЛНИТЕЛЬНОГО КОМИТЕТА МОД "ДВИЖЕНИЕ ПРОТИВ РАКА"

«Пока у нас не будет введена система стимулирования граждан к сбережению собственного здоровья, говорить, что у нас все хорошо в системе здравоохранения, не приходится. У нас уровень потребления табака, алкоголя или наркотических веществ запредельный. Вдобавок, есть просто безответственность пациента и игнорирование диспансеризации. Люди, например, с вахты приезжают, они выпивали шесть месяцев, а потом говорят: «Давай, лечи меня, доктор!». Так не пойдет. Два параллельных процесса – повышение персональной ответственности граждан за состояние своего здоровья и создание условий для ведения здорового образа жизни. Создание условий должно идти опережающими темпами. Когда будут созданы условия, тогда с граждан можно будет спрашивать соблюдение режима врачебных назначений или рекомендаций врачей. Необходимо продумать механизмы контроля. С учетом цифровых технологий это возможно. Это гораздо более широкий вопрос, чем просто ответственность граждан за свое здоровье и роль страховых медицинских организаций в этом. Важна роль всех элементов системы здравоохранения. Речь и о страховых медицинских организациях, которые проводят работу по созданию информационных материалов и сервисов для пациентов».

#### Наиболее актуальные проблемы:

- отношение пациента к практике диспансеризации как к формальности, пропуск плановых профосмотров;
- игнорирование направлений на дальнейшее обследование, полученных в ходе профосмотра или любого другого обращения к врачу;
- несоблюдение предписаний врача;
- несоблюдение правил профилактики заболеваний, рекомендаций по сохранению здоровья;
- отложенные обращения в случае плохого самочувствия.

В целом проблема перехода к профилактическому здравоохранению двусторонняя – на нее влияют факторы, связанные и с пациентом, и с работой медицинских учреждений.

#### Знания пациента

- Недостаточный уровень образования и опыта заботы о здоровье

#### Образ жизни и качество жизни пациента

- Высокая загрузка, ускоряющийся темп жизни
- Низкий уровень дохода

#### Доверие официальной медицине

- Недостаток доверия к квалификации врача
- Недоверие официальной медицине, следование альтернативным рекомендациям, распространение методик «народной» медицины и т.д.

#### Представления пациента

- Не понимает, зачем нужна профилактика, если нет проблем со здоровьем
- Привык, что врачи лечат болезни, а профосмотры – формальная процедура
- Видит загруженного работой врача и не считает возможным беспокоить его «по пустякам»

#### Дефициты здравоохранения

- Дефицит времени у врача, дефицит кадров
- Дефицит квалификации, актуальных знаний у врачей



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Должно срабатывать позитивное мотивирование, должны быть льготы. Если человек не курит, значит, ему дают два дополнительных дня оплачиваемого отпуска. Если он занимается спортом, то в виде налогового вычета можно возвращать ему деньги, потраченные на фитнес. Мы «здравоохранение» – мы должны «здорово охранять». Нам нужно переходить на превентивную, профилактическую модель здравоохранения, в которой врачи должны определять состояние здоровья пациента в процессе диспансеризации, составлять программу работы над рисками. Критерием работы врача должно быть не количество больных, которых направляют на высокотехнологичную помощь, а продолжительность жизни человека и число здоровых людей в каждой возрастной группе».

#### ЖУЛЁВ ЮРИЙ, СОПРЕДСЕДАТЕЛЬ СОВЕТА ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ ПО ЗАЩИТЕ ПРАВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ МИНИСТЕРСТВЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

«Систему лекарственного обеспечения нужно погружать в ОМС. Пациент получает лекарство в стационаре. Он выписывается. Он должен продолжить терапию определенными лекарствами, а он ее не получает, потому что это другая система. Преемственность лечения полностью нарушается. Или, наоборот, человек получает льготное лекарственное обеспечение. У него находятся на руках препараты, которые исчисляются миллионами рублей. Он не может прийти в дневной стационар и ввести лекарство. Это незаконно. Государство дало ему эти лекарства, и оно же поставило его в такие условия, что он не может их ввести, потому что вводить их нужно в стационарных условиях. Необходимо объединить систему, чтобы таких барьеров не было. Один из путей – это погружение системы лекарственного обеспечения в общую систему ОМС».

Но вопрос ответственности пациента сложен и находится не только в управленческой, но и в этической плоскости. Пациент – основной заинтересованный в состоянии своего здоровья и ответственный за него, но также сторона, к которой наиболее сложно применить какие-либо санкции за нарушения.

Эксперты видят решение задачи повышения ответственности пациента и ориентации здравоохранения на профилактику в системе мер коллективной ответственности.

В публичном поле обсуждаются следующие меры.

Ограничения для пациентов, которые не воспользовались возможностью поправить или хотя бы не ухудшить состояние здоровья. Например, через

Отдельные эксперты видит меру справедливой. Но она является наименее популярной, так как противоречит праву

предложение оплатить часть услуг для тех, кто не прошел вовремя диспансеризацию	каждого на бесплатную медицинскую помощь
Поощрения, например в виде льгот, налоговых вычетов для пациентов, ответственно относящихся к здоровью	Мера поддерживается частью экспертов, но является спорной из-за неясности критериев для премирования, возможного возникновения сегрегации
Создание стимулов для «оздоровления» рабочих мест: предприятия с неблагоприятными условиями труда должны платить повышенные взносы в ФОМС	Мера поддерживается частью экспертов, но требует дополнительного изучения структуры отчислений предприятий
Создание инфраструктуры (в первую очередь спортивно-досуговой), поддерживающей тех, кто ведет здоровый образ жизни	Поддерживаемое всеми решение
Развитие института профилактических осмотров и консультаций	Поддерживаемое всеми решение
Развитие системы информирования, «подталкивание» пациентов. Например, регулярные напоминания о необходимости пройти диспансеризацию со стороны страховых представителей или Минздрава	Поддерживаемое всеми решение
Просветительские меры – популяризация здорового образа жизни	Поддерживаемое всеми решение

\*\*\*

Таким образом, проблемы здравоохранения не сводятся к функционированию системы ОМС.

**Ситуация в здравоохранении требует комплексного решения** – изменения в ОМС могут лишь способствовать или препятствовать повышению доступности и качества медицинской помощи, но не решают всех фундаментальных проблем. Система ОМС непосредственно касается нескольких аспектов:

- стабильности и прозрачности финансирования;
- контроля за качеством и объемом оказанных медицинских услуг;
- создания стимулов к повышению качества и эффективности работы;
- защиты прав пациента, расширения доступных для него возможностей получения помощи

и **развитие модели ОМС способно повлиять на ряд проблем сферы здравоохранения.**

При этом ОМС оказывается самым уязвимым звеном для критики, так как другие дефициты уходят глубже и не находят простых организационных решений. Это приводит к возникновению в публичном поле дискуссии о возможности возврата к прежней, сметной модели, или существенной реорганизации существующей.

## 3. ПУТИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ОМС

### 3.1. ВЕРЕН ЛИ СТРАХОВОЙ ПРИНЦИП?

Современная модель российского здравоохранения не пришла к полностью страховой и не является бюджетной. Возможно ли сегодня реализовать бюджетную модель? Целесообразны ли дальнейшее развитие страховой модели, переход к рисковому системе? Каково оптимальное соотношение элементов для решения описанных проблем здравоохранения?

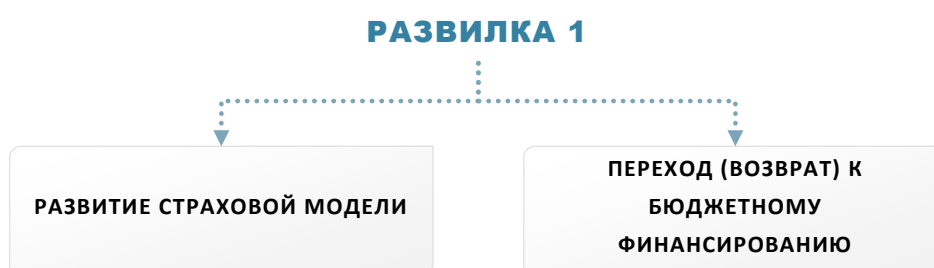
Принятие решений осложняет значимость института здравоохранения для общества, высокие риски ошибок и консервативность сферы, в которой органы управления боятся упустить рычаги и передать большой ресурс в руки независимых участников.

В дискуссии о путях развития ОМС есть два пласта. Первый – рациональный, с опорой на цифры и опыт. Но цифры бывают противоречивыми и описывают не всю картину. Также в дискуссии существует значительный эмоциональный пласт.

- Сама 30-летняя история развития модели ОМС создает мотив для ее сохранения и развития. Возврат к прежнему выглядит отступлением назад и поражением.
- Усталость от накопленных проблем, их сложности, толкает к поиску простых решений, попыткам отрицать и ломать систему – возвращаться к старому или перенимать чужой опыт.

Сегодняшние оценки развития здравоохранения позитивны или негативны в зависимости от выбранной перспективы. В сравнении с 90-ми, описываемыми как «ужас», наблюдается значительный прогресс. Но сегодняшние проблемы подталкивают часть экспертов к ностальгии по советской, на первый взгляд более простой модели. Других – к поиску некоей более эффективной, передовой модели, контуры которой пока не ясны.

В целом в рамках дискуссии о путях развития модели ОМС есть несколько развилок. Первая касается самого принципа организации финансирования здравоохранения.



Возврат к бюджетному финансированию вряд ли возможен и целесообразен, по мнению большинства экспертов.

Недостатки бюджетной модели:

- в бюджетной модели снижается прозрачность финансирования и возможности контроля особенно в переходный период. Эксперты-представители страховых медицинских организаций

видят риск повышения числа «приписок» и других злоупотреблений в медицинских учреждениях;



#### ЭКСПЕРТ ОРГАНА ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«У нас и сейчас имеются случаи приписок – больницы, поликлиники пишут, что человек прошел диспансеризацию, страховая это оплачивает, а по факту не было никакой диспансеризации или приема у терапевта. Человек годами не ходит в поликлинику, а по документам он – регулярный посетитель. В условиях бюджетной модели, особенно в переходный период, есть риск, что подобных нарушений будет больше, в том числе из-за снижения уровня контроля».

#### ЭКСПЕРТ АКАДЕМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА

«Категорически нельзя отказываться от страховой модели. Потому что мы с вами, как потребители, и как налогоплательщики, не можем согласиться с ситуацией, когда здравоохранение – это бездонная бочка, как это было до 1991 года. Когда никто не знал сколько стоит система здравоохранения. Невозможно было проверить насколько эффективно расходуются средства, на что они расходуются. Сейчас в системе расчетов ОМС можно проверить каждую медицинскую манипуляцию, которая проделана пациенту. Можно провести встречную проверку. И даже при всем этом возникают приписки. У меня один коллега говорил о том, что, не будучи ни разу вообще в системе ОМС, что ему там чуть ли ни трансплантацию какую-то делали».

- бюджетная модель, по мнению критиков, создает ситуацию, в которой пациент не важен и остается беззащитным перед системой, потому что деньги получают бюджетные учреждения, исходя из своих затрат на мощности (койки, персонал, оборудование). У пациента отсутствует механизм защиты прав; теряется шанс конкуренции за пациента со стороны медучреждений;



#### ЭКСПЕРТ АКАДЕМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА

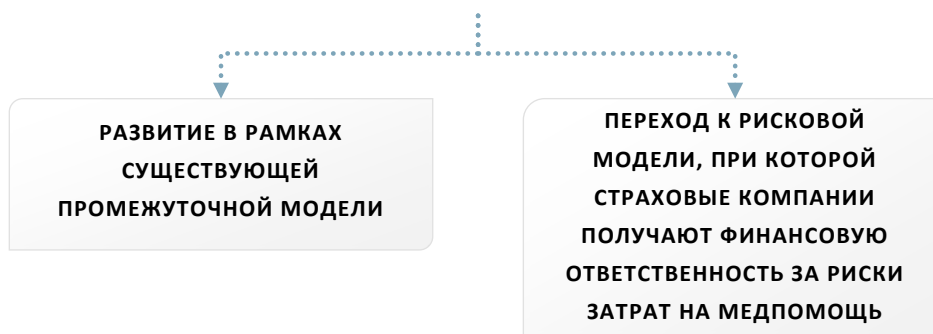
«Главный риск бюджетной модели – отсутствие прозрачности. После перехода к бюджетной модели следующим шагом будет устранение территориального и федерального фондов ОМС. То есть у нас не будет абсолютно никакой прозрачности в том, как работает система здравоохранения. И второе: для пациентов не будет противовеса, который обеспечивал бы защиту прав и интересов. Граждане сейчас этим пользуются недостаточно активно. Но если эту функцию СМО убрать, у нас останется только прямое обращение в органы Минздрава. Или в Роспотребнадзор».

- страховая модель дает большую гибкость межтерриториальных финансовых потоков – возможность для застрахованных получать помощь в другом регионе. В бюджетной модели межтерриториальные потоки ограничены обязательствами органов исполнительной власти и местного самоуправления. Это создает административные перегородки. Пациент не всегда понимает их, что провоцирует рост недовольства;
- в медицинских учреждениях, входящих в систему ОМС, наблюдается повышение эффективности использования стационаров – сокращение числа госпитализаций и повышение интенсивности использования койко-мест<sup>6</sup>. Медицинские организации, оставшиеся на бюджетном финансировании, не демонстрируют заметных структурных сдвигов;
- в страховой модели выше возможности привлекать к работе медучреждения вне зависимости от их ведомственной принадлежности. Это создают условия для более гибкого перераспределения помощи, усиления конкуренции и повышения доступности;
- страховая модель способствует более эффективному расходованию средств системы: часть экспертов из сферы управления здравоохранением и академической среды отдельно подчеркивает, что российская система ОМС по уровню эффективности затрат находится в числе лидирующих. Это достигается благодаря многостороннему механизму контроля с участием как государственных структур, так и негосударственных страховых компаний.

<sup>6</sup> Шишкин С. В., Шейман И. М., Потапчик Е. Г., Понкратова О. Ф. Анализ состояния страховой медицины в России и перспективы ее развития. НИУ ВШЭ. Москва, 2019.

При этом, по оценке отдельных экспертов, сметно-бюджетное финансирование может применяться для ряда регионов России с низкой плотностью населения.

## РАЗВИЛКА 2



**ПРЕДЛОЖЕНИЕ:** создание модели, при которой страховые организации получают финансовую ответственность за риски затрат на оказание медицинской помощи и право распоряжаться частью возможной экономии переданных им средств. В рискованной модели страховщики оставляют на своих счетах часть средств из фондов ОМС в виде резервов для участия в страховых рисках наряду с государством.

**Логика сторонников:** Страховые медицинские организации будут мотивированы бороться за качественную помощь и отбирать лучшие учреждения, как в ДМС; сегодня в случае нехватки собранных денег риски переходят на государство; в случае новой модели, при которой у страховых компаний есть резервы, риски будут разделены между разными участниками.



### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ЭКСПЕРТНОГО СООБЩЕСТВА

«В идеале должна быть рискованная модель страхования. Страховщики будут определять, в каком медицинском учреждении лучше качество, так как они будут за это платить. Страховым компаниям будет выгодно, чтобы пациенты лечились лучше и без осложнений. Более того, страховщики смогут создавать свои медицинские организации и управлять процессом. Для этого необходимо политическое решение. Также нужна настоящая конкуренция между страховыми медицинскими организациями, чтобы пациент мог выбирать, какая страховая компания будет лучше защищать его интересы. В тех странах, где существуют страховые модели, страховые медицинские организации конкурируют между собой за пациентов».

### Логика противников:

- переход к рискованной модели при финансировании страховых компаний из бюджета невозможен / затруднен;
- переходу к рискованной модели в настоящее время препятствует низкий уставной капитал страховых организаций; в перспективе, с укрупнением страховых компаний, которое уже происходит, эта модель возможна;
- рискованная модель в ОМС создаст конфликт между интересами страховой организации в экономии и интересами медучреждения; страховые компании будут заинтересованы в штрафах.

На стороне рискованной модели – страховые медицинские организации (СМО), пациентские общественные объединения, регуляторы финансового рынка (согласно их публичной позиции в СМИ) часть представителей академического сообщества,. Некоторые эксперты сомневаются, что такой переход возможен в ближайшее время с учетом более важных текущих задач. Большинство экспертов – за развитие инструментов в существующей модели ОМС (без радикального реформирования).





**РЕШЕТНИКОВ АНДРЕЙ, ДИРЕКТОР ИНСТИТУТА СОЦИАЛЬНЫХ НАУК ФГАОУ ВО ПЕРВОГО МГМУ ИМ. И. М. СЕЧЕНОВА**

«Рисковая модель сегодня чуть преждевременна, потому что законодательный уставной капитал у страховых компаний низкий. Рисковое страхование – это правильный вектор, но для этого должны быть определенные условия. Когда мы перейдем на уставной капитал у страховщика 500 млн. или даже миллиард, то рискованная модель станет возможной. Как правило, на любом рынке идет укрупнение страховых компаний, они становятся способны иметь уставной капитал в миллиард. Вот тогда было бы желательно вернуть резервы и вернуть рискованное страхование. Это будет работать только позитивно в ситуации, когда будут созданы для этого условия. Риски в обязательном медицинском страховании существуют. Например, риск неоплаты медицинской помощи никуда не денешь. Риск назначения неадекватной лекарственной терапии. Это все вещи, которые сегодня в ОМС просматриваются. Эти риски есть сегодня. Говорить, что у нас только одно бюджетное обязательное страхование, просто нельзя»

### РАЗВИЛКА 3



Основная проблема трехчастной структуры – в том, что функция СМО по перераспределению средств при отсутствии реального страхового механизма выглядит номинальной. В публичном поле периодически возникает сюжет устранения из системы страховых компаний и передачи функций страховщика ТФОМС и наоборот.

#### Исключение из системы ФФОМС

Этот вариант рассматривается экспертами преимущественно в контексте сравнения российской модели ОМС с зарубежными системами «чистой» страховой медицины, в которых аналогичная ФОМС структура действительно может отсутствовать. Эксперты приводят, в частности, пример медицинского страхования в Нидерландах и в Германии, где также существуют общенациональные фонды, функции которых, однако, значительно отличаются от задач ФФОМС – в первую очередь, они служат для резервирования средств и выравнивания рисков для различных групп застрахованных.

Некоторые эксперты отмечают преимущества голландской или германской модели, однако приближение к ним российской модели пока не рассматривается как дело ближайшего будущего.

#### Исключение из системы территориальных фондов ОМС

Такой вариант архитектуры ОМС всерьез рассматривается рядом экспертов в контексте прямого подчинения территориальных фондов непосредственно ФФОМС (в настоящий момент ТФОМС подотчетны органам государственной власти субъектов РФ, а руководитель ТФОМС назначается губернатором). Эксперты указывают на тот факт, что региональные власти недостаточно ответственно подходят к установлению тарифов и распределению объемов медпомощи, а сама система непрозрачна и склонна к фаворитизму.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОРГАНОВ ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Тарифные комиссии, как правило, возглавляет зам. губернатора по социальным вопросам, и там протраченность денег вызывает серьезные нарекания. Мы знаем больницы - любимчики, где есть свободные деньги, а знаем больницы, которые сидят на голодном пайке. Работа этих комиссий не прозрачна, потому что чаще всего зам. губернатора по социальным вопросам, который распределяет эти фонды все делает единолично, а те члены комиссии, которые там присутствуют, они не всегда бывают принципиальными. Поэтому прозрачность в субъективности распределения объемов медицинской помощи в рамках субъекта тоже нет».

По мнению сторонников прямого подчинения территориальных фондов ФОМС, терфонды должны выполнять общую стратегию всего национального здравоохранения национального, а кроме того, «вертикализация» фондов позволит унифицировать тарифы на медпомощь и административную практику.

Ряд экспертов выступает против унификации тарифов на медпомощь, ссылаясь на неоднородность зарплат в регионах, а в идее «вертикализации» фондов видят потенциал конфликтов между региональными органами власти и территориальными органами ФОМС.

В целом эксперты не считают изменение статуса территориальных фондов вопросом насущной необходимости.

#### Исключение из системы страховых медицинских организаций

За исключение страховых компаний из системы ОМС выступают в основном эксперты из врачебного сообщества и часть экспертов из академической среды. Аргументы части из них можно характеризовать как принципиальные. Они отмечают, что страховые компании – частные структуры, ориентированные на извлечение прибыли, а по мнению этих экспертов, такое положение противоречит логике бюджетного сегмента здравоохранения: система нацелена на штрафы и отсеивание малокомплектных больниц. Еще один аргумент: на содержание страховых компаний уходят средства (расходы на ведение дел составляют около 1% от общих финансовых поступлений в страховую компанию); противники также указывают на непрозрачность трат страховых компаний.



#### ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОРГАНОВ ВЛАСТИ НА ФЕДЕРАЛЬНОМ УРОВНЕ

«Надо отказываться от страховых компаний и находить иной механизм. Не знаю, зачем их модернизировать и совершенствовать, давать им дополнительные полномочия. У них принципиально другая коммерческая мотивация. Пусть они работают в частных клиниках. В государственных клиниках не должно быть коммерческих структур, которые бы контролировали финансовые потоки. Это стратегически надо изменить».

Другие аргументы не отрицают преимуществ страховой системы, но апеллируют к нереализованности полноценной страховой модели в России. А раз ее по разным причинам не удалось реализовать, и страховые компании не могут выполнять всех тех функций, что возложены на них в странах с полноценной страховой моделью, страховщиков можно упразднить. По мнению этих экспертов, страховые компании – только посредники в передаче денег без реального влияния на качество медицинской помощи, а защитой прав пациента могут заниматься пациентские НКО или общественные структуры при Минздраве.

Остальные эксперты придерживаются другой позиции. По их мнению, при исключении страховых медицинских организаций система замыкается на себе: отсутствует третья контролирующая сторона. Фактически, модель приходит к бюджетно-распределительной, особенности которой рассмотрены выше.

В системе нет иной стороны (общественные организации не имеют столько полномочий и ресурсов, государственные структуры вступают в конфликт интересов), которая может обеспечить представление интересов пациентов и стимулировать систему развиваться. При сокращении числа страховых компаний фондам ОМС придется взять на себя поддержку института страховых представителей для сопровождения пациента и осуществления экспертизы, при этом:

- обеспечив независимость и заинтересованность представителей в защите прав пациента, а не медучреждения;
- исключив криминализацию сферы (с учетом тенденции среди пациентов обращаться в прокуратуру);
- обеспечив разбор конфликтных случаев не постфактум, а на стадии возникновения ситуации.

**ФЕДОРОВ АНДРЕЙ, ГЕНЕРАЛЬНЫЙ СЕКРЕТАРЬ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ**



«При бюджетном финансировании здравоохранения мы вернемся назад. Встает вопрос: зачем мы потратили 30 лет на внедрение страховых принципов? Единственный маленький кристаллик страхования, хоть и несовершенного ещё, - находится в страховых компаниях. Этот кристаллик когда-нибудь вырастет. Вообще, в этой сфере лучше развивается негосударственное. Например, производство танков, военная промышленность, могут развиваться на государственных принципах, как государственные. Более мелкие сектора, связанные с потреблением услуг, на таких принципах эффективно развиваться не будут. Такова мировая практика».



**ЭКСПЕРТ АКАДЕМИЧЕСКОГО СООБЩЕСТВА**

«Представьте себе какое количество транзакций осуществляют и контролируют страховые медицинские организации. У нас 147 млн населения, у нас порядка 40 000 медицинских учреждений. СМО получают финансирование от территориальных фондов по подушевому нормативу. Это огромная кухня».

В случае сокращения СМО другой стороне придется взять на себя функции контроля и разбора обращений пациентов. Это приведет к расширению штата и как таковой экономии не будет. При этом неочевидно, что бюджетные учреждения справятся с этой ролью более эффективно. В бюджетном здравоохранении – огромное количество ежедневно поступающих жалоб пациентов, для рассмотрения которых нужна рутинная работа. Государство эффективно в масштабных проектах, но не в разборе миллионов конфликтных случаев, требующих погружения в ситуацию.

Часть экспертов обращают внимание на увлечение цифровизацией, характерное для управляющих органов здравоохранением. Эксперты отмечают, что цифровизация и электронные сервисы не могут заменить функционал страховых медицинских организаций по взаимодействию с пациентами и защите их прав. Во-первых, для этого недостаточно технологий, но главное, что это не снимает вопроса конфликта интересов. Оператором таких сервисов будет скорее всего ФОМС, Минздрав или какое-то другое государственное ведомство, а значит в конфликтной ситуации оно скорее будет выступать на стороне подведомственных ему медицинских организаций, а не пациентов. При этом, экономическая целесообразность такой «оцифровки», по мнению большинства экспертов, сегодня неясна – на администрирование результатов цифровизации потребуются дополнительные бюджетные средства. Поэтому модель с независимым звеном в лице страховых медицинских организаций выглядит более привлекательной, экономически целесообразной и способной к развитию.

Анализ вариантов сокращения звеньев показывает тенденцию: 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.

С другой стороны, неоднородность российских регионов, недостаточное финансирование и низкие доходы населения представляют собой серьезные препятствия для внедрения классических страховых систем по примеру Голландии или Германии.

Это, однако, не снимает всех описанных выше проблем ОМС. Чтобы выполнять свои функции модель нуждается в развитии (см. далее).

### 3.2. РАЗВИТИЕ ИНСТРУМЕНТОВ В СИСТЕМЕ ОМС

Система ОМС в своей текущей организационной структуре может решить часть проблем здравоохранения. Для этого необходимо развитие ряда инструментов.

**Создание реальных стимулов развития для системы здравоохранения через развитие конкуренции.**

Возможные меры:

- разработка (или развитие существующих) способов оплаты, которые мотивируют стационары на более интенсивную работу койки и повышение доли сложных случаев в общем объеме работ; стимулируют перевод части объемов помощи из стационара в поликлинику, дневные стационары;

В последние годы осуществлен переход на оплату законченных случаев лечения – это стимулирует повышение эффективности использования ресурсов больниц, оказание более сложной помощи, сокращение длительности госпитализаций. Но переход не завершен.

- создание инструмента маршрутизации пациентов между клиниками и страховыми медорганизациями. Критики, часть представителей органов власти и медучреждений, указывают на нереалистичность модели: у пациента на большей части территории РФ нет выбора, в доступе есть только одна медорганизация подходящего профиля;
- представление пациентам информации о качестве услуг и возможности выбора. Одно из предлагаемых решений – создание рейтинга медицинских организаций. На стороне рейтинга выступают представители органов власти, управляющие здравоохранением, и страховые компании. Против – ряд представителей академической среды и медицинских организаций. Критики идеи указывают на необъективность рейтингов, особенно с учетом разного профиля и условий работы медорганизаций.

**Установление единой справедливой системы тарифов, учитывающих как особенности территории, так и сложности помощи**

- унификация административных практик и назначения индивидуальных коэффициентов к тарифам,

Индивидуальные коэффициенты призваны снять риски переходного периода. Например, в случае перехода на оплату по клинко-статистическим группам (учет сложности случаев) медорганизации, которые специализируются на более простых случаях заболеваний, оказываются «запертыми» в своей категории и не имеют возможностей развития. Сегодня для этого применяются индивидуальные

тарифы, которые, по оценкам экспертов из области управления здравоохранением и академического сообщества, допускают субъективность и могут скрывать за собой неэффективные учреждения.

- Разработка программы, которая позволяет скомпенсировать переходный этап к оплате по клиничко-статистическим группам. Один из вариантов – создание фонда, аккумулирующего средства для поддержки медорганизаций, оказавшихся в невыигрышной ситуации с переходом на новую систему.
- Разработка программы, которая позволяет поддерживать небольшие учреждения на малых и удаленных территориях, которые не могут отвечать общим принципам оценки эффективности. Сегодняшние тарифы ОМС внутри региона не учитывают удаленность учреждений, их размер и соответственно, разницу в уровне оплаты труда врачей, стоимости обслуживания пациента в стационаре.

#### Повышение прозрачности критериев распределения объемов медицинской помощи

- Движение в сторону выработки универсальных критериев распределения объемов помощи на уровне регионов. При этом критерии должны быть связаны с качеством и эффективностью работы медицинских учреждений.

#### Развитие экспертизы

- Повышение прозрачности и доступность информации о ключевых показателях работы медучреждений.
- Наделение СМО большими полномочиями в процессе проведения экспертизы качества медицинских услуг, правом инициировать контроль параметров лечебных вмешательств.
- Развитие тематических экспертиз, позволяющих выявлять слабые зоны, в которых регулярно случаются ошибки; на основе экспертиз вырабатываются рекомендации, проводится дополнительное обучение.
- Создание инструмента, который позволит контролировать исполнение предписаний контролирующих инстанций со стороны медучреждений.

#### Комплексная программа в области лекарственного обеспечения

- Введение системы лекарственного страхования в систему ОМС, что также может снизить нагрузку на стационары.

#### Просветительская работа с пациентом

- Повышение осведомленности пациентов о возможностях, предоставляемых ОМС по получению необходимой информации, выбору медучреждения, защите своих прав. В последние годы наблюдался рост числа обращений пациентов к страховым представителям в СМО, но обращения по-прежнему недостаточно массовые в % к конфликтным случаям.

#### Дальнейшее развитие цифровых инструментов

- Развитие цифровых инструментов, которые помогают сложноорганизованной системе агрегировать данные из разных источников – от медучреждений, страховых компаний, ТФОМС и т. д., анализировать данные о «пути» пациента в системе, выявлять скрытые проблемы. В цифровизации на сегодня видят основной путь повышения эффективности управления.

- Интеграция СМО в общую информационную систему здравоохранения, где они могли бы быть источником информации о недостатках в работе медучреждений, а также помощником для своего застрахованного.
- Вместе с тем, ряд экспертов обращает внимание на то, что регулирующие здравоохранение органы возлагают на цифровизацию слишком большие функции, в то время как в реальности цифровые инструменты выполняют вспомогательную роль и не могут заменить ни одно из звеньев действующей системы.

#### **Движение системы по направлению к определению уровня рисков и дифференциации тарифов**

- Сбор и анализ информации о заболеваемости, прохождениях диспансеризации, условиях работы застрахованных. Выработка дифференцированных тарифов, учитывающих степень риска, которые могут влиять на работодателя. На сегодня в системе ОМС эта функция не реализуется никем, в отличие от ДМС. И единственное заинтересованная сторона – это СМО.

**Наиболее болезненный вопрос для системы ОМС – это принятие ограничений.** Сегодня она дает пациенту множество прав, на реализацию которых не хватает ресурсов. Эксперты (представители СМО, академической среды, медицинских организаций) предлагают выработать понятные границы для системы ОМС.

- Один из вариантов – 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. У решения есть риски: неясно, каким образом в системе всеобщего гарантированного права на медицинскую помощь можно выделить набор базовых и дополнительных услуг.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодня эксперты из разных сфер констатируют, что элементы ОМС созданы, а сама система в целом решает свои базовые задачи. Однако ее функционирование нельзя назвать оптимальным – ОМС требует доработки. Вопрос о том, стоит ли дальше развивать систему или необходимо ее полностью перестраивать, не имеет одного, поддерживаемого всеми сторонами, решения.

При этом перестройка ОМС не является самоцелью, если не решает проблем сферы здравоохранения.

**Анализ проблем здравоохранения указывает на значительную роль внешних по отношению к ОМС факторов.**

- На систему влияют социально-экономические факторы, лежащие за пределами здравоохранения и приводящие к хроническому недофинансированию и дисбалансам между регионами.
- В самой системе здравоохранения эксперты из разных сфер видят неэффективность распределения ресурсов, управленческих моделей, дефицит управленческих навыков. Все проблемы управления также комплексны, уходят в функционирование других институтов, в том числе института образования.
- Здравоохранение испытывает дефицит кадров и сталкивается с проблемой качества подготовки и переподготовки сотрудников.
- Значительная часть проблем связана с культурой заботы о здоровье в обществе.

**Дискуссия об изменении системы ОМС в значительной степени представляет собой реакцию на накопившиеся в системе здравоохранения проблемы, при том, что эти проблемы выходят далеко за рамки ОМС. Реформы ОМС могут решить лишь частные задачи, однако фундаментальные проблемы системы здравоохранения они не изменят.**

**В дискуссии о путях развития ОМС также проявляется усталость – накопленный комплекс сложных проблем стимулирует поиск простых решений, подталкивает часть экспертного сообщества к поиску идеальной модели в прошлом.**

**Также в дискуссии проявляется ряд конфликтов, которые не относятся напрямую к эффективности ОМС, но влияют на ее оценки:**

- политизация сферы здравоохранения, высокая социальная чувствительность порождает рост обязательств со стороны государства без возможности их обеспечить. Это приводит к недовольству и обманутым ожиданиям;
- контроль медицинских организаций без обеспечения их необходимыми ресурсами и кадрами, повышение требований к врачам без повышения компенсации приводят к росту недовольства и критике системы ОМС, в рамках которой организуется контроль;
- конфликт логики управленца, заинтересованного в повышении прозрачности оказания услуг, и логики медицинского работника, которого задевает определение его работы как услуги и сомнения в его компетентности, также приводит к повышению недовольства.

На этом фоне кардинальная ломка системы ОМС не решит верхнеуровневых проблем, которые к ней не относятся, – 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 проблемы дефицита бюджета и качества управления. 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.

**Внутренняя перестройка структуры ОМС** может изменить конфигурацию функций – кто в системе осуществляет контроль за работой медорганизаций, маршрутизирует пациентов, реагирует на жалобы. Если исключить из трехчастной системы одну из составляющих, ее функции придется взять на себя другой стороне и здесь необходимо рассматривать конкретные издержки и возможности. Но и это не дает решений наиболее существенных проблем.

Эксперты из разных сфер говорят о необходимости **сохранения модели сдержек и противовесов**, при которой бюджетная среда не замыкается на себе, а независимое звено в лице частных СМО также контролируется извне.

**Однако 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 учреждениями, 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. Сегодня в системе наблюдается недостаток реальных страховых инструментов, которые только отчасти компенсируются административными. Происходит постоянное столкновение административной и рыночной логики, которая зачастую используется в популистских целях.