



МЕДИЦИНА И КЛАССИЧЕСКИЕ СТРАХОВЫЕ ПРИНЦИПЫ

В 2017 году НИФИ проводил научную работу по разработке подходов к формированию финансово обоснованной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Об основных выводах этого исследования и о возможных перспективах развития системы ОМС рассказал директор Научно-исследовательского финансового института (НИФИ) Владимир Станиславович Назаров.

Как Вы оцениваете текущее состояние системы ОМС России?

– За прошедшие годы было проделано немало работы по совершенствованию системы здравоохранения в России, и на сегодняшний день уже видны реальные результаты. По сравнению с 2011 годом, который может считаться датой формирования современной модели организации и финансирования здравоохранения в России, существенно выросла ожидаемая при рождении продолжительность жизни россиян — с 69,8 до 72,7 лет, снизилась смертность лиц в трудоспособном возрасте — с 600 до 473 случаев на 100 тыс. человек, смертность от болезней системы кровообращения — с 753 до 588 случаев на 100 тыс. человек. Достижению данных результатов не в последнюю очередь способствовало снижение межтерриториальных различий в финансировании здравоохранения, внедрение новых и эффективных способов оплаты медицинской помощи с использованием клинко-статистических групп, усиление контроля качества медицинской помощи, который осуществляется силами страховых организаций.

Вместе с тем, ряд проблем по-прежнему остаются острыми для нашего здравоохранения. С моей точки зрения, наиболее актуальными из них являются несбалансированная программа государственных гарантий, фактическое совмещение полномочий покупателя и поставщика медицинской помощи на уровне региональных органов управления здравоохранением и отсутствие всеобщей системы амбулаторного лекарственного обеспечения рецептурными препаратами.

– **Расскажите, пожалуйста, об основных результатах исследований, которые проводил ваш институт. Будут ли результаты работы иметь практическую реализацию?**

– Один из основных результатов — это разработанный механизм оценки потребности в средствах,



Владимир Назаров

Директор Научно-исследовательского финансового института, член Коллегии Минфина России, член Экспертного совета при Правительстве РФ

необходимых для оказания медицинской помощи на современном качественном уровне.

В качестве основы такой механизм использует современные клинические рекомендации, которые становятся базой для оценки средней стоимости лечения больного с определенным заболеванием или состоянием. Далее данная оценка инкорпорируется в модель клинко-статистических групп, в результате чего тариф



ПО СРАВНЕНИЮ С 2011 ГОДОМ:

с 69,8 до 72,7 лет
выросла ожидаемая при
рождении продолжительность
жизни россиян

на оказание медицинской помощи приводится в соответствие с современными подходами к лечению заболеваний.

В настоящее время работа уже получила развитие. Министерство здравоохранения в пилотном режиме оценило дополнительную потребность в финансировании медицинской помощи при онкозаболеваниях, и уже в следующем году из федерального бюджета в фонд обязательно-го медицинского страхования будет выделен трансферт на финансовое обеспечение медицинской помощи больным с онкологическими заболеваниями в соответствии с клиническими рекомендациями и протоколами лечения в размере 70 млрд рублей, а к 2021 году его размер увеличится в 2 раза.

– Одной из существенных проблем Программы государственных гарантий называют то, что она не конкретизирована и не лимитирована, а финансовая обеспеченность системы ОМС не соответствует заявленным гарантиям. Возможно ли в ближайшие 10 лет добиться финансирования ОМС в полном объеме и по обоснованным тарифам?

– Я считаю, что в России есть все предпосылки, чтобы добиться финансирования ОМС в полном объеме и по обоснованным тарифам в течение 10 лет. Начало процесса балансировки гарантий и их финансового обеспечения в онкологии уже положено. На сегодняшний день основной задачей является оценка эффективности использованного механизма балансировки, что подразумевает ответы на следующие вопросы: верны ли проведенные расчеты потребности в дополнительном финансировании? Возможно ли оказание помощи медицинскими организациями в предполагаемом объеме и составе? Не приводит ли переход на новую методику расчета тарифа в онкологии к разбалансировке тарифов по другим группам заболеваний и состояний? На мой взгляд, ответы на эти вопросы станут очевидными в течение трех лет.



ПО СРАВНЕНИЮ С 2011 ГОДОМ:

с 600 до 473 случаев
на 100 тыс. человек
снизилась смертность лиц
в трудоспособном возрасте

Далее, в случае успеха возможно распространение накопленного опыта на другие классы заболеваний и состояний, при этом основной задачей на данном этапе станет поиск дополнительных источников финансирования. Отчасти они могут быть найдены внутри самой системы здравоохранения путем оптимизации процессов оказания помощи — например, внедрение стационар-замещающих технологий, повышение качества маршрутизации пациентов, устранение дублирования в процессе диагностики и т. д. Однако, надо быть готовым и к выделению дополнительных бюджетных средств. При этом размер дополнительных расходных обязательств будет в первую очередь зависеть от того, насколько успешно нам удастся мобилизовать внутренние резервы системы здравоохранения.

– Сейчас страховщики ОМС только выполняют ряд делегированных ФОМС полномочий, не являясь, по сути, полноценными страховщиками — эту функцию выполняет ФОМС. Возможна ли передача ответственности за управление системными рисками СМО?

– Действительно, фактическими покупателями большей части медицинской помощи в системе ОМС являются региональные органы управления здравоохранением, в том числе территориальные фонды ОМС. Однако они же являются учредителями большинства медицинских организаций. В результате совмещение полномочий покупателя и поставщика медицинской помощи в одном лице приводит к снижению эффективности государственных расходов на здравоохранение.

С моей точки зрения, наиболее перспективное решение данной проблемы заключается в передаче СМО полномочий покупателя медицинской помощи с одновременной передачей им финансовой ответственности по покрытию сверхнормативных расходов на оплату медицинской помощи прикрепленному населению. При этом под полномочиями покупателя здесь понимается проведение предварительного отбора поставщиков медицинских услуг для заключения договоров на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС с учетом установленных требований к доступности медицинской помощи и согласование индивидуальных дополнительных условий деятельности поставщика, например, особые условия маршрутизации пациентов, использование улучшенных технологий оказания медицинской помощи. Неотъемлемой частью такой модели является конкуренция за пациента между СМО, которая в дополнение к финансовым стимулам создает мотивацию к повышению качества оказываемой медицинской помощи.

Конечными результатами внедрения в России модели ОМС, основанной на классических страховых принципах, станут рост доступности и качества медицинской помощи для населения, улучшение состояния здоровья населения, повышение удовлетворенности населения деятельностью государственной системы здравоохранения, минимизация затрат на оплату медицинской помощи неудовлетворительного качества или оказанной без необходимых оснований, что, в свою очередь, позволит высвободить средства для приведения тарифов на оказание медицинской помощи в соответствие с современными клиническими рекомендациями и протоколами лечения.

Внедрение классических страховых принципов в систему ОМС требует кардинальной перестройки всей системы здравоохранения, и поэтому имеет смысл протестировать данный механизм в рамках нескольких региональных пилотных проектов.



ПО СРАВНЕНИЮ С 2011 ГОДОМ:

с **753** до **588** случаев на 100 тыс. человек снизилась смертность от болезней системы кровообращения

– Возможно ли создание в России условий для развития высокоэффективных медицинских организаций вне зависимости от форм собственности? Каким образом должны быть построены механизмы конкурсного отбора эффективных поставщиков медицинских услуг?

– Процесс отбора поставщиков должен учитывать качество оказываемой помощи в конкретной медицинской организации и эффективность ее деятельности при соблюдении ограничений на обеспечение доступности медицинской помощи. Ведомственная принадлежность при этом не должна иметь никакого значения. К сожалению, в настоящее время это не так, что обусловлено соединением полномочий покупателя и поставщика медицинской помощи преимущественно на региональном уровне. В результате, учреждения иной формы собственности не получают достаточных объемов.

Решение этой проблемы лежит в плоскости разделения полномочий покупателя и поставщика, что может быть осуществлено путем перехода на модель ОМС, основанную на классических страховых принципах. Обладая финансовой мотивацией и конкурируя за пациента, СМО станут отбирать поставщиков исходя из качества и эффективности оказываемой ими помощи. В свою очередь, это создаст условия для конкуренции между медицинскими организациями всех форм собственности, что будет способствовать повышению качества и эффективности их деятельности.