

СТРАХОВАЯ МОДЕЛЬ: ГАРАНТИИ КАЧЕСТВА



О том, насколько эффективной показала себя модель страховой медицины в период пандемии и как она может развиваться в ближайшем будущем, рассказывает Дмитрий Юрьевич Кузнецов, вице-президент ВСС.

Современные страховые технологии: Пандемия коронавируса в России идет на спад. Насколько эффективной показала себя действующая система ОМС и насколько необходимо ее реформировать?

Дмитрий Кузнецов: Для всех национальных систем защиты здоровья и для страховщиков пандемия COVID-19 стала серьезным вызовом, равно как и для жителей всех стран.

Интенсивная работа страховых компаний по индивидуальному и публичному информированию застрахованных лиц дала

результат. Сейчас колл-центры страховщиков воспринимают надежным источником информации, «единым окном обращений» по целому ряду вопросов, связанных с получением медицинской помощи; в самом начале эпидемии в СМО поступали обращения, зачастую выходящие за рамки ОМС и темы здравоохранения: начисление единовременной выплаты, изменение работы транспорта и др. Как показывает статистика Всероссийского союза страховщиков, волна вопросов, связанных именно с коронавирусом, пошла на спад: в начале пандемии от 12 % до 25 % запросов касались COVID-19, на сегодня их уже не более 3,5–4 %.

По мере возвращения к привычной жизни из эпидемии коронавируса в системе ОМС нужно будет провести определенные корректировки.

Одним из первых шагов после эпидемии должно стать возобновление экспертной функции страховых организаций, особенно в отношении пациентов с хроническими инфекционными заболеваниями. Контроль за соблюдением качества и своевременности оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, пациентам с онкопатологией, рядом других групп граждан должен быть максимальным. Стоит отметить, что взаимодействие с пациентским сообществом, в частности — с Всероссийским союзом пациентов, Движением против рака, позволит осуществлять эту работу, не упуская из виду проблемы и тех граждан, кто делится своими заботами именно «в кругу своих».

Если говорить о стратегических целях, то это должно быть дальнейшее погружение классических страховых принципов в действующую систему ОМС, являющуюся составной частью системы социальной защиты граждан в нашей стране. Страховые компании должны сопровождать своих застрахованных на всей территории Российской Федерации, представляя их интересы в диалоге с медицинскими организациями и защита права, работая в рамках единой лицензии на всей территории нашей страны и по единым правилам, взаимодействуя с территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями субъектов.

С этой точки зрения логичной представляется обсуждаемая на протяжении уже некоторого времени задача по выстраиванию «вертикали» фондов ОМС и создание единого информационного контура для всех участников системы здравоохранения и ОМС — медучреждений, фондов ОМС, страховых компаний, Минздрава.

ССТ: В чем необходимость единой вертикальной структуры фондов ОМС?

Д. К.: Работа территориальных фондов ОМС, главы которых назначаются губернаторами, во многом зависит от решений и приоритетов администрации субъектов Российской Федерации. К сожалению, это



Дмитрий Кузнецов
Вице-президент ВСС

может приводить к определенным перекосам в планировании и распределении объемов медицинской помощи (а значит, финансировании) между медицинскими организациями не с учетом эффективности их деятельности, а субъектовой принадлежности или участия руководства той или иной организации в работе законодательного собрания субъекта.

Региональная специфика влияет и на системы информационного обмена между участниками и субъектами системы ОМС. Форматы данных, специфика порядка принятия или предоставления данных, использование специфических справочников в ИТ-системах, отличающихся от федеральных — все это затрудняет работу СМО, вынуждая бесконечно подстраивать и перенастраивать их информационные системы с учетом требований территориальных фондов.

Любая система устойчива, эффективна и управляема при наличии внятных и единых «правил игры», вертикализация управления системы фондов ОМС с этой точки зрения абсолютно обоснована.



62,9 %

получение и действие
полиса ОМС

СТРУКТУРА ОБРАЩЕНИЙ В СМО. 2020



11,0 %

оказание
медицинской
помощи



3,3 %

COVID-19



3,4 %

организация работы
медицинских
организаций



22,7 %

другие причины
обращений

ССТ: В чем актуальность единого информационного контура для всех участников системы ОМС?

Д. К.: Цифровизация — требование времени. О необходимости развивать цифровые сервисы в сфере страховой медицины говорил министр здравоохранения Михаил Мурашко. Он совершенно справедливо отмечал, что персонализация средств, прозрачная система расчетов — условия, без которых нельзя оценивать эффективность движения финансовых средств в отрасли.

Переход на систему электронного документооборота между всеми участниками и субъектами обязательного медицинского страхования, внедрение в масштабах страны, а не на уровне пилотных регионов, электронной медкарты, полиса ОМС — условия, позволяющие реализовать национальные приоритеты в сфере построения действенной системы защиты интересов и прав граждан на получение качественной, своевременной и доступной в любом регионе страны медицинской помощи.

Информатизация — один из ключевых приоритетов для всего страхового сообщества. По мере развития медицины, особенно ее высокотехнологического сектора, накапливаются гигантские базы данных, которыми необходимо управлять. В области здравоохранения это означает,

в первую очередь, унификацию информационных платформ.

Но ключевая проблема на сегодня — это даже не варибельность территориальных информплатформ. К сожалению, сейчас медицинские страховщики не включены в число полноправных участников единой информационной отраслевой системы. Представляется, что с учетом стоящих перед страховыми медицинскими организациями задач, это не только парадоксально, но и недопустимо.

ССТ: Каким образом можно исправить ситуацию?

Д. К.: Обеспечить интеграцию страховых медицинских организаций в Единую государственную информационную систему в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ). Доступ к ней страховщиков — своего рода гарантия, что застрахованному будет обеспечена возможность выбрать лечебное учреждение с учетом рейтинга клиники и медработников по версии ЕГИСЗ. Страховщики смогут предлагать застрахованным медучреждения, которые способны предоставить наиболее качественную медпомощь и удобные сервисы. Благодаря здоровой конкуренции выиграют наиболее эффективные медики и страховщики, а главное — каждый застрахованный.

Вопрос включения страховщиков в число участников и пользователей ЕГИСЗ ре-

шается относительно просто — достаточно внести коррективы в Постановление Правительства РФ от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения».

ССТ: Предположим, что это реализовано. Что дальше?

Д. К.: Эксперты Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ в докладе «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития» отметили, что в целом российская система здравоохранения соответствует ключевым признакам страховой модели. К ним можно отнести целевой характер финансирования через фонды ОМС, возможность выравнивать финансовую обеспеченность региональных систем здравоохранения. Страхование дает пациентам возможность выбирать поликлинику и стационар для получения медпомощи, обеспечивает право на лечение за пределами постоянного места проживания.

Вместе с тем, по мнению экспертов, государство пытается компенсировать незавершенность страховой модели практиками административного управления. Но это приводит часто к неформальному распределению финансовых средств и ослаблению контроля, функционал субъектов системы постоянно меняется от региона к региону. Переход к полноценной страховой модели повысит эффективность взаимоотношений между врачами и страховыми компаниями в интересах пациента.

Сегодня страховые компании не могут в полной мере влиять на тарифную политику или перераспределять медпомощь между медицинскими организациями с учетом качества их работы. Страховщики должны получить возможность влиять на мотивацию медучреждений, участвовать в составлении их рейтингов и давать пациентам рекомендации по выбору клиники. Они должны обладать правом маршрутизировать пациентов, чтобы стимулировать конкуренцию между лечебными учреж-

дениями и обеспечивать повышение их эффективности.

Формирование модели с погружением в нее классических страховых принципов — в интересах и застрахованных лиц и медорганизаций. Экспертиза, проводимая медицинскими страховщиками, — это по факту профессиональная обратная связь, которая помогает руководству медицинской организации принимать выверенные управленческие решения, создавать справедливую систему оплаты труда медицинского персонала, а главное — исправлять недостатки в процессе оказания медицинской помощи. И именно это в свою очередь позволит страховым организациям по достоинству оценивать клиники, повышая их рейтинг, что неминуемо приведет к улучшению их финансирования, а главное — и повышению удовлетворённости граждан от получаемой медицинской помощи.

Классические страховые принципы в системе здравоохранения — это еще и механизм страхования гражданской ответственности врачей, который в сочетании с мерами по декриминализации «врачебных ошибок» позволит выстроить действенный инструмент защиты финансовых интересов медиков при возникновении конфликтов при оказании медицинских услуг пациентам.

ССТ: Как Вы оцениваете временной диапазон перехода к новой модели?

Д. К.: Переход к подобной модели сложный вопрос, требующий всестороннего обсуждения. Необходимо достичь согласия между государством, фондами ОМС, врачебным и страховым сообществами, пациентскими организациями. После этого можно было бы рассматривать апробацию тех или иных — в зависимости от приоритетов государства, экономической и эпидемиологической ситуации — изменений в системе на уровне пилотных регионов. Полагаю, этот период может составлять от трех до пяти лет при благоприятном развитии событий.