

Разработка целевой модели медицинского страхования в России

Д.Ю. Кузнецов

Вице-президент

Всероссийского союза страховщиков

Президент

Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков

г. Москва, 18 апреля 2014 г.





Рассмотрение проекта целевой модели медицинского страхования

16 июля 2013 года Комиссией по индустрии здоровья Российского союза промышленников и предпринимателей был рассмотрен, обсужден и одобрен представленный Межрегиональным Союзом Медицинских Страховщиков проект целевой модели медицинского страхования в России, включающий в себя анализ существующих в мире систем финансирования здравоохранения, анализ механизма разделения рисков государства с частными страховыми медицинскими организациями, а также дорожную карту возможного внедрения указанного механизма в Российской Федерации.

Предпосылки проведения работы (на фоне предпринимаемых значительных мер со стороны государства)



Неполная унификация системы ОМС в регионах

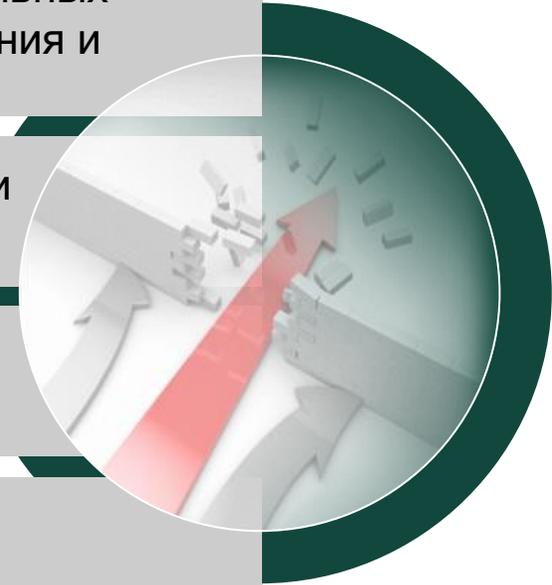
У плательщиков ОМС нет существенных стимулов и эффективных механизмов для повышения качества системы здравоохранения и ресурсосбережения

Отсутствие у пациентов личной ответственности и мотивации к экономности при потреблении медицинских услуг

Ограниченные стимулы медицинских учреждений для повышения качества и эффективности работы

Отсутствие мер по противодействию теневым платежам

Низкий уровень частных инвестиций в сектор здравоохранения





В рамках проекта рассматривались модели международных систем здравоохранения с точки зрения 4 основных участников в системе



Страховщики



Правительство и регулирующие органы

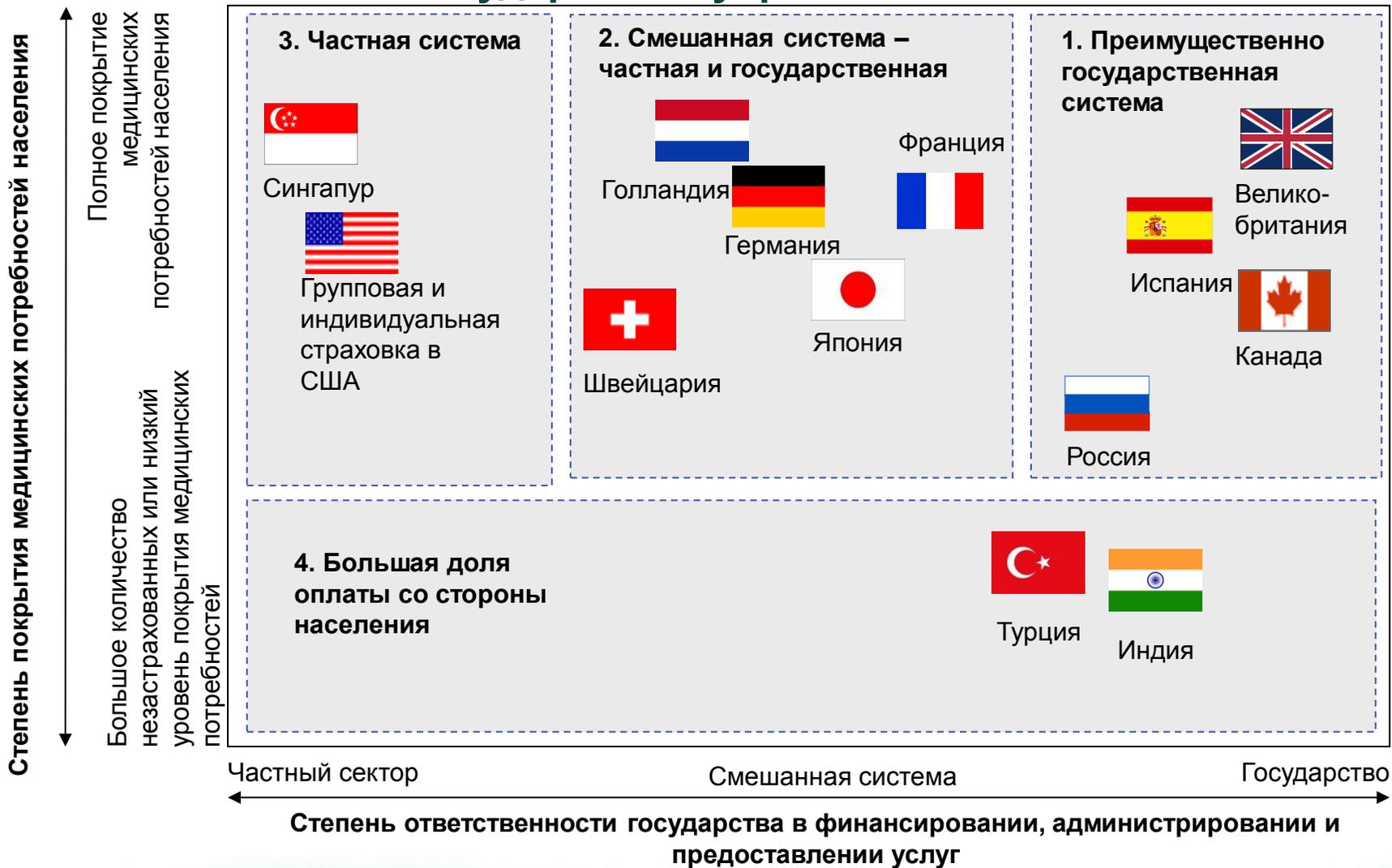


Медицинские учреждения

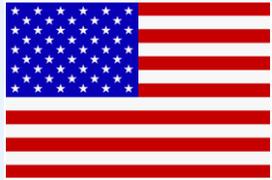


Население

Группировка мировых моделей по двум основным параметрам – степень «покрытия» населения и степень вовлеченности государства в управление



Анализ международной практики реформирования различных структурных аспектов системы здравоохранения



США

- В рамках реформы в США под руководством Президента Барака Обамы **незастрахованные американцы обязаны приобретать страховку у частных компаний (или платить штраф)**, а страховые компании не смогут отказывать пациентам на основе состояния здоровья в прошлом
- **Законом предусмотрен более строгий надзор за частными страховыми компаниями со стороны государства с уравниванием рисков**, но при этом правительства отдельных штатов могут отказаться от участия в программе (правительство штата Техас уже отказалось)



Нидерланды

- В 2006 г. в Нидерландах был осуществлен переход от государственной системы здравоохранения, управляемой одной государственной компанией, к системе, управление которой в полном объеме осуществляют частные компании
- В результате программы приватизации и консолидации сформировался концентрированный рынок частных компаний, осуществляющих обязательное страхование, при этом компании принимают на себя все больше рисков (произошел переход от системы полного уравнивания рисков к системе уравнивания рисков на основе прогнозов)



Испания

- Правительство Испании, в которой финансирование системы здравоохранения традиционно осуществлялось государством, в некоторых регионах начало передавать эту функцию частным компаниям (например в Валенсии)
- В своем стремлении повысить эффективность системы здравоохранения в финансовой и операционной сферах правительство Валенсии приняло следующие решения
 - Внедрить систему управления "на основе результатов" и уделять меньше внимания процессу
 - Создать конкуренцию между различными округами путем предоставления пациентам свободы в выборе больниц
 - Предоставить концессию на управление системами здравоохранения в 5 округах из 21 (приватизация)

В международной практике наблюдается растущая роль плательщиков в управлении издержками и качеством услуг



‘Лидер здравоохранения’

- Разработка лучшей клинической практики
- Интеграция медицинских услуг между разными учреждениями
- Содействие росту и развитию системы

‘Менеджер здравоохранения’

- Контроль качества медицинских учреждений
- Планирование оптимального обеспечения услугами

‘Плательщик’

- Транзакционное распределение денег между медицинскими учреждениями

Примеры стран



В мировой практике системы медицинского страхования с большой ролью СМО, в целом, более эффективны

-  Государственные компании
-  Частные компании
-  Предлагаемая модель для России



Основные преимущества и недостатки моделей организации медицинского страхования



Единая государственная СМО



- Отсутствие дублирования общих и административных расходов
- Более высокий контроль за финансированием
- Более простая система осуществления платежей и выставления счетов



- Мало стимулов для повышения эффективности системы с точки зрения затрат и развития инноваций
- Риск роста бюрократии и трудоемкие процедуры из-за монопольного положения
- Риск отсутствия прозрачности и низкого качества информации
- Отсутствие выбора СМО для пациентов
- В России переход к единой СМО будет означать кардинальное изменение текущей модели

Франция



Великобритания







Несколько государственных и/или частных СМО



- Эволюционное развитие сегодняшней ситуации в России без радикальных преобразований
- Возможность дифференциации СМО и выбора пациентами лучших предложений
- Достаточный размер СМО для обеспечения экономии за счет масштаба, что обычно ведет к увеличению финансовой устойчивости
- Стимул к сокращению административных расходов и к управлению здоровьем застрахованных



- Для функционирования системы необходим андеррайтинг, т.е. реалистичная оценка рисков на основании достоверной статистики
- Высокая концентрация на рынке может привести к снижению конкурентного давления на СМО в отдельных регионах и, в результате, к снижению эффективности управления

Нидерланды



Швейцария



Сингапур







Множество государственных и/или частных СМО



- Максимальная дифференциация и наибольшая возможность выбора предложений для пациентов
- Высокий уровень конкуренции
- Потенциал увеличения инноваций



- Для функционирования системы необходим андеррайтинг, т.е. реалистичная оценка рисков на основании достоверной статистики
- Риск финансовой нестабильности мелких компаний
- Высокий уровень административных расходов в системе
- Фактическая монополизация рынка ЛПУ и увеличение расходов

Германия



США (частные СК)



Примеры стран



Решения и меры по совершенствованию систем здравоохранения в значительной степени зависят от стартового положения и политической среды каждой страны, однако имеет место ряд важных общих тенденций

1 Усиление роли регулятора и регуляторных органов

2 Растущая роль плательщиков в управлении издержками и качеством услуг

3 Ужесточение требований к медицинским учреждениям и создание стимулов для повышения их качества и эффективности

4 Предоставление пациентам более широких возможностей выбора и повышение уровня их личной ответственности

5 Активное привлечение частных инвестиций в сектор здравоохранения



Общее видение целевой модели медицинского страхования России



Основные цели:

- Повышение прозрачности использования финансовых ресурсов
- Повышение эффективности расходов
- Долгосрочное повышение удовлетворенности населения
- Повышение удовлетворенности персонала ЛПУ и его мотивации к повышению качества лечения
- Улучшение здоровья населения
- Повышение привлекательности системы здравоохранения в целом для инвестиций



От

- Системы с большим количеством СМО-администраторов ОМС
- Покрытия всех рисков государством
- Определения подушевых нормативов преимущественно с учетом возраста и пола
- Оплаты услуг ЛПУ за посещение и койко-дни
- Определения тарифов ЛПУ на региональном уровне с частым пересмотром
- Тарифов, не учитывающих кап. затраты
- Размытых границ покрытия в рамках ОМС и большой доли оплаты медицинской помощи гражданами (как официально, так и неофициально)
- От системы с низкой мотивацией пациентов к рациональному потреблению медицинских услуг
- Минимального участия частного капитала в здравоохранении

К

- К рынку с крупными, финансово устойчивыми, конкурирующими СМО
- К несению части страхового риска СМО
- К выравниванию рисков с учетом хронических диагнозов и других параметров (напр., тип насел. пункта)
- К оплате на основе медицинских стандартов по КСГ
- К единым тарифам (с учетом региональных коэф-в), определяемым централизованно на длительный срок при согласовании с ассоциациями СМО и ЛПУ
- К "полному" тарифу на услуги ЛПУ
- К четкому определению базового покрытия ОМС и развитию дополнительного страхования, замещающего теневые платежи
- К мотивации пациентов на заботу о здоровье и рациональное потребление медицинских услуг (в т. ч. путем личного участия в оплате услуг)
- К созданию условий для привлечения частных инвестиций и развития ГЧП



Для повышения эффективности системы медицинского страхования в России рекомендуется увеличить роль и ответственность частных СМО при одновременном усилении государственного регулирования

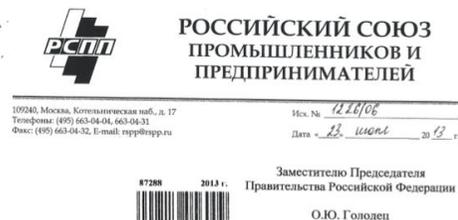
Рекомендация	Описание	Ожидаемый результат
Увеличение роли и ответственности СМО	<ul style="list-style-type: none">• Принятие СМО части страхового риска и ответственности за финансовый результат• Введение участия СМО в маршрутизации пациентов по определенным видам мед. помощи	<ul style="list-style-type: none">• Повышение эффективности расходов на здравоохранение
Демаркация ОМС и развитие дополнительного страхования	<ul style="list-style-type: none">• Уточнение ограничений покрытия ОМС• Создание законодательной базы для развития программ дополнительного мед. страхования	<ul style="list-style-type: none">• Повышение доступности высококачественных медицинских услуг• Замещение теневых платежей страхованием
Мотивация пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами	<ul style="list-style-type: none">• Введение счета за оказанные медицинские услуги и требования его акцепта пациентом• Введение финансовых механизмов для мотивации пациентов к экономному потреблению мед. услуг	<ul style="list-style-type: none">• Более экономное пользование медицинскими услугами• Повышение эффективности гос. расходов на здравоохранение
Создание более благоприятных условий для частных инвестиций	<ul style="list-style-type: none">• Постепенное введение полного тарифа ОМС, покрывающего капитальные затраты• Распространение государственно-частного партнерства	<ul style="list-style-type: none">• Снижение потребности в государственном финансировании за счет привлечения частных инвестиций
Подготовка мед. учреждений к деятельности в конкурентных условиях	<ul style="list-style-type: none">• Дальнейшее внедрение ЕГИС в здравоохранении• Внедрение оплаты услуг ЛПУ по КСГ, финансовых стимулов для повышения качества обслуживания и эффективности расходов	<ul style="list-style-type: none">• Повышение эффективности деятельности мед. Учреждений• Повышение качества медицинского обслуживания
Увеличение роли регуляторов СМО и ЛПУ	<ul style="list-style-type: none">• Внедрение медицинских стандартов• Установка единых подушевых нормативов и тарифов на услуги ЛПУ на длительный срок• Введение дополнительных параметров для выравнивания рисков при расчете подуш. нормативов• Увеличение требований к капитализации СМО	<ul style="list-style-type: none">• Создание стабильных условий для устойчивого развития системы

Итоги обсуждения материала в РСПП



23 июля 2013 года от имени Президента РСПП данный проект и резолюция профильной комиссии союза были направлены вниманию Заместителя Председателя Правительства РФ О.Ю. Голодец, а также руководства ряда министерств и ведомств, определяющих функционирование системы социальной защиты граждан Российской Федерации.

1 августа 2013 года Заместителем Председателя Правительства РФ было дано поручение соответствующим министерствам и ведомствам о рассмотрении данного проекта и внесении предложений в Правительство Российской Федерации.



Уважаемая Ольга Юрьевна!

16 июля 2013 года состоялось заседание Комиссии РСПП по индустрии здоровья по вопросу рассмотрения проекта целевой модели медицинского страхования в России, представленного Межрегиональным Союзом Медицинских Страховщиков.

Проект содержит анализ существующих в мире систем финансирования здравоохранения, анализ механизма разделения рисков государства с частными страховыми медицинскими организациями, а также дорожную карту внедрения указанного механизма.

Участники заседания отметили, что предложения Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков, разработаны на основе мирового опыта и направлены на усиление роли страховых медицинских организаций, не просто администраторов средств, а координаторов системы, которые возьмут на себя риски по поддержанию здоровья населения в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Направляем Вам резолюцию заседания Комиссии от 16.07.2013 и проект целевой модели медицинского страхования. Просим Вас, уважаемая Ольга Юрьевна, дать поручение соответствующим министерствам и ведомствам рассмотреть данный проект. Со своей стороны участники заседания готовы принять активное участие в обсуждении документа.

Приложение на 4 л и CD.

Президент Российского союза промышленников и предпринимателей

ОГ-П12-5554

С уважением,
А.Н.Шохин
А.Н.Шохин

ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ПРЕДСЕДАТЕЛЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МОСКВА

Минздрав России (В.И.Скворцовой)
Минтруд России (М.А.Топилину)
Минфин России (А.Г.Силуанову)
Минэкономразвития России (А.В.Улюкаеву)
ФОМС (Н.Н.Стадченко)
Фонд социального страхования Российской Федерации
(А.С.Кигиму)

Рассмотрите с участием заинтересованных органов исполнительной власти и организаций представленные материалы и внесите предложения в Правительство Российской Федерации в установленном порядке.

1 августа 2013 г.

ОГ-П12-5554





«Учитывая опыт ряда стран по решению задачи рационального расходования средств, в России целесообразно расширить роль СМО сделав их не просто администраторами средств, а координаторами системы, которые возьмут на себя риски по поддержанию здоровья населения в рамках программы ОМС. В текущей системе большинство ее участников заинтересовано лишь в увеличении объемов оказания медицинских услуг. С развитием конкурентной (рисковой) модели медицинского страхования СМО будут заинтересованы в скорейшем выздоровлении пациента и поддержании его в здоровом состоянии без осложнений и рецидивов.

Данный механизм позволяет повысить удовлетворенность пациентов и ограничить рост расходов, не снижая качество лечения, а также увеличить официальные доходы медицинских организаций за счет оказания дополнительных услуг. При этом государство оставляет за собой функции регулятора, контролера и арбитра системы: определяет тарифы в системе, контролирует качество работы медучреждений и страховых организаций, разрешает споры между участниками системы.

Для перехода к новой системе необходимо дополнить действующую программу реформ здравоохранения следующими направлениями:

1. Поэтапная передача СМО функции управления медицинскими расходами на лечение застрахованных пациентов и финансовой ответственности за результаты и качество лечения.
2. Развитие дополнительного по отношению к ОМС страхования.
3. Развитие мотивации у пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами.
4. Создание условий для частных инвестиций в сектор здравоохранения.
5. Подготовка медицинских учреждений к деятельности в новых, более конкурентных условиях.
6. Усиление регулирования в области медицинской помощи и медицинского страхования...»

(г. Москва, 1.4.2014)



Голландское решение?

Erasmus University Rotterdam

- Если теория регулируемой конкуренции верна (**да**, я так думаю),
- и если предварительные условия для достижения эффективности и доступности в принципе могут быть удовлетворены (**да**, я так думаю):
- Тогда **да, на самом деле**, существует **голландское решение мировой задачи!**



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!