

# Перспективы развития медицинского страхования в России

Д.Ю. Кузнецов

Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков

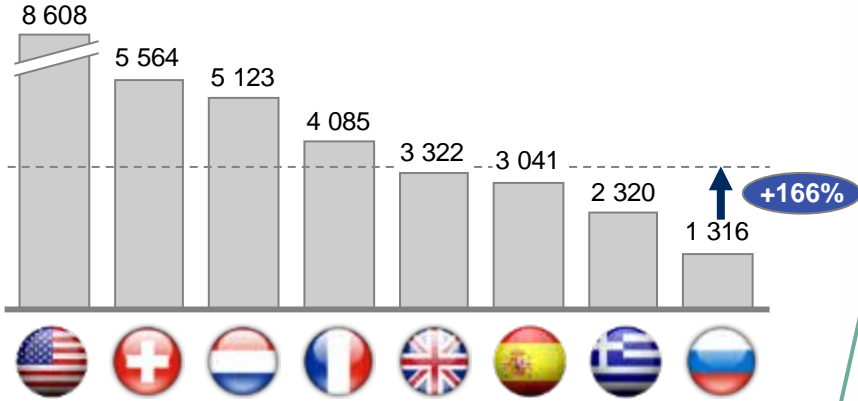
г. Москва, июнь 2013 г.



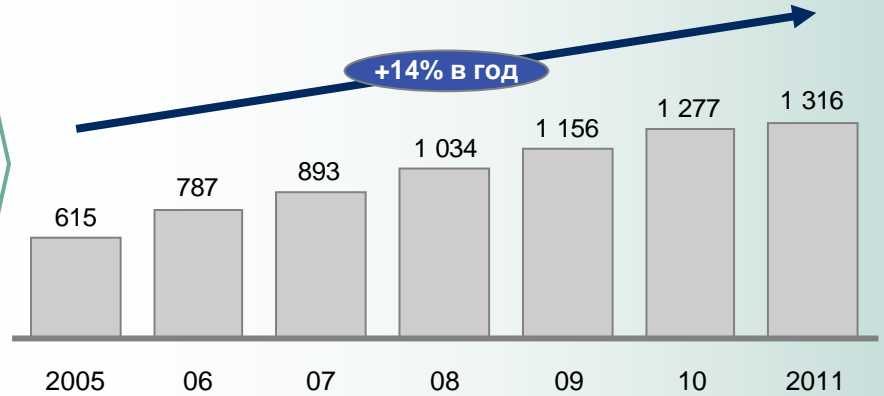


# Показатели российской системы здравоохранения значительно улучшаются в последние годы (1/2)

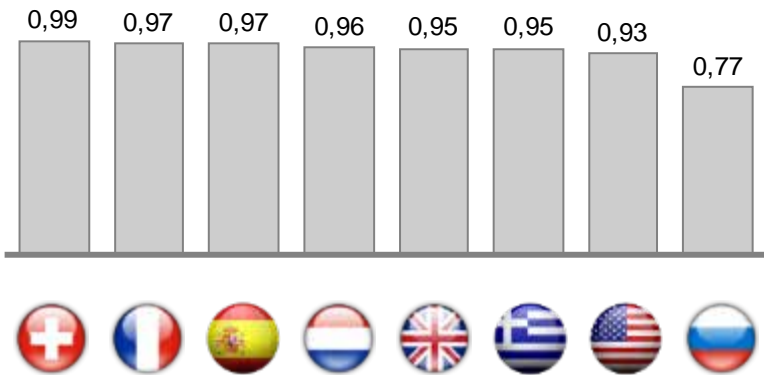
Расходы на здравоохранение на душу населения в России относительно низкие...  
Долл. США по ППС, 2011



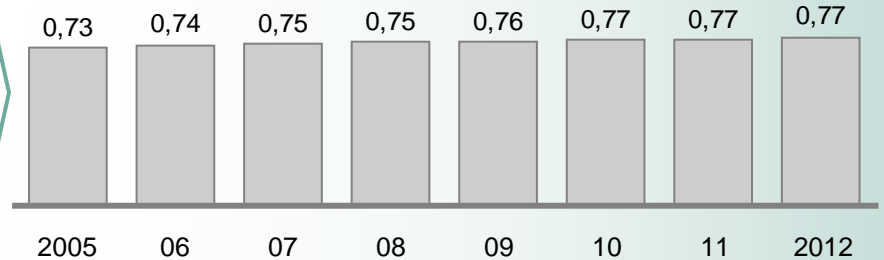
... но они увеличивались на протяжении последних лет  
Долл. США по ППС



Индекс здоровья в России ниже, чем в развитых странах...  
Программа развития ООН, индекс здоровья, 2012



...но он стабильно улучшается на протяжении последних лет  
Индекс здоровья<sup>1</sup>, 2000-2012

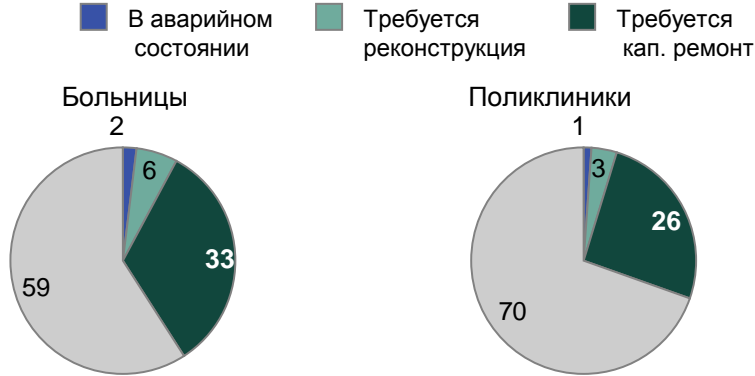


<sup>1</sup> Индекс здоровья: продолжительность жизни при рождении, выраженная как индекс, с использованием минимального значения в 20 лет и отмеченным максимальным значением на протяжении 1980-2010 гг.

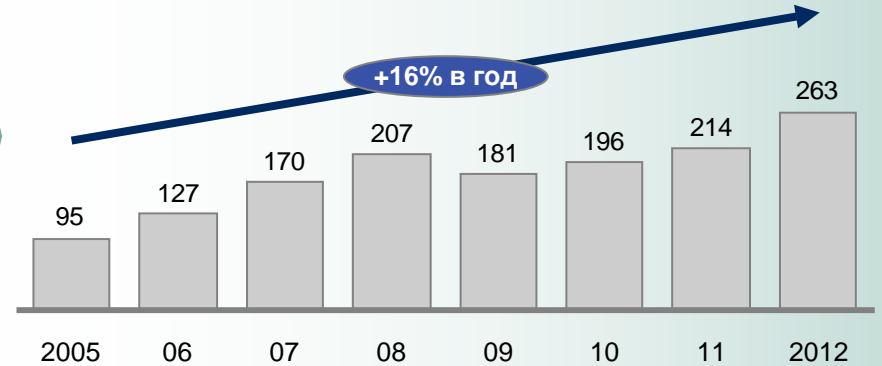


# Показатели российской системы здравоохранения значительно улучшаются в последние годы (2/2)

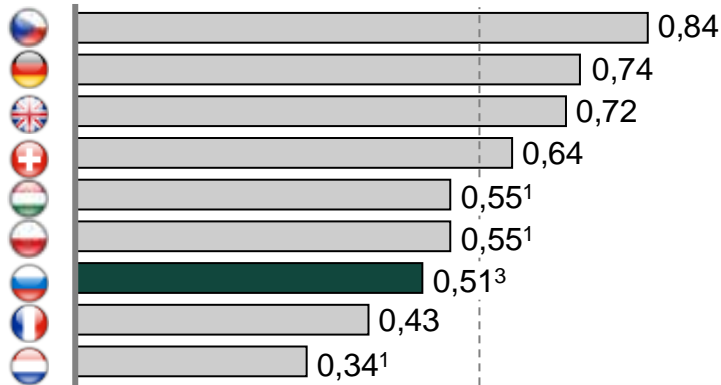
Российская медицинская инфраструктура достаточно сильно устарела и нуждается в обновлении...



...однако капитальные инвестиции в медицинскую инфраструктуру продолжают расти Млрд. руб.



В России не хватает некоторых медицинских специалистов...  
Количество хирургов на 1 000 человек



0,59

...но Министерство здравоохранения планирует серьезные меры для решения кадровых проблем



**Стратегия развития здравоохранения до 2020 г. предусматривает следующие меры**

- Повышение до 2018 г. уровня заработной платы врачей до 200% от среднего уровня зарплаты в регионе, увеличение привлекательности работы в здравоохранении (в т. ч. за счет жилищных субсидий)
- Развитие программ послевузовского образования
- Создание медицинской инфраструктуры для развития практических навыков врачей и мед. персонала



# Общее видение целевой модели медицинского страхования России

## Основные цели:

- Развитие модели страхования, мотивирующей участников на эффективное расходование средств и повышение качества услуг
- Создание наиболее широких возможностей выбора для пациентов
- Обеспечение финансовой стабильности системы



## 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

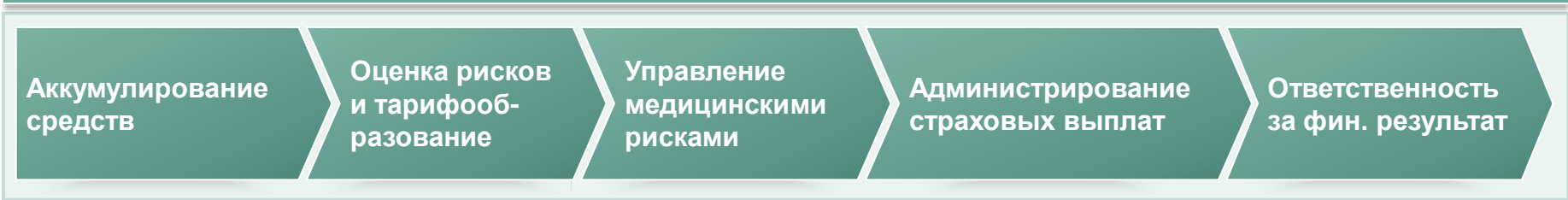
## К

- 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



# В мире для управления медицинскими расходами используется как государственное, так и частное страхование

## Система медицинского страхования



### Преимущества



#### Государственное страхование

- Возможность централизованного планирования и развития системы
- Простая система с понятным распределением ответственности участников
- Возможность балансировки тарифов исходя из бюджетных ограничений

#### Частное страхование

- Конкуренция, обеспечивающая стимулы к повышению эффективности медицинских расходов и качества услуг
- Возможность дифференциации СМО и выбора пациентами лучших предложений
- Большой уровень стабильности системы

### Недостатки



- Недостаточная мотивация для повышения эффективности медицинских расходов

- Невозможность корректировки тарифов для соответствия бюджетным ограничениям

### Примеры стран



**В последние годы большинство реформ в сфере здравоохранения направлены на увеличение роли частных компаний**



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

**1**

Увеличение роли и ответственности СМО и развитие конкурентной (рисковой) модели страхования

**2**

Демаркация ОМС и развитие дополнительного страхования

**3**

Мотивация пациентов к рациональному пользованию медицинскими услугами

**4**

Создание более благоприятных условий для частных инвестиций

**5**

Подготовка медицинских учреждений к деятельности в конкурентных условиях

**6**

Увеличение роли регуляторов СМО и ЛПУ





# Передача управления частью рисков СМО повысит мотивацию к эффективному расходованию средств

Ответственная сторона  
□ Государство    ■ СМО

## Вид медицинского обслуживания

Гос. гарантии, кроме ОМС (уход за пожилыми людьми, лечение опр. видов заболеваний)

ОМС

ДМС, дополнительное страхование

## Финансирование

• Государственное

• Государственное

• Частное

## Инструменты управления рисками

- Разработка стандартов качества и эффективности специализированных медицинских учреждений
- Внедрение схем оплаты услуг ЛПУ, мотивирующих на повышение качества
- Разработка медицинских стандартов

- Разработка медицинских стандартов
- Тарифообразование и выравнивание рисков
- Мотивация пациентов к рациональному потреблению медицинских услуг
- Профилактика, мотивация пациентов к здоровому образу жизни
- Направление потоков пациентов в более эффективные ЛПУ
- Работа с пациентами с хроническими заболеваниями по предотвращению обострений

- Оценка рисков и тарифообразование
- Управление потоками пациентов для оптимизации расходов на лечение



# Помимо повышения эффективности расходов, увеличение роли СМО будет способствовать повышению качества медицинского обслуживания и росту удовлетворенности пациентов



✓ Ответственность СМО    ↘ Участие СМО    ✗ Нет ответственности СМО

Функции СМО в системе ОМС	Сейчас	Целевая модель
<b>1</b> Аккумуляция средств для финансирования системы ОМС	✗	✗
<b>2</b> Тарифообразование	✗	↘
<b>3</b> Управление медицинскими рисками застрахованных, в т. ч.		
• Мотивация пациентов к здоровому образу жизни, занятиям спортом и т. п.	✗	✓
• Работа с пациентами с хроническими заболеваниями по предотвращению обострений	✗	✓
<b>4</b> Администрирование страховых выплат и управление медицинскими расходами в т. ч.		
• Администрирование платежей	✓	✓
• Проверка достоверности требований на возмещение	✓	✓
• Контроль качества оказанных услуг	✓	✓
• Маршрутизация потоков пациентов через консультирование клиентов, работу с терапевтами и выбор ЛПУ	✗	✓
<b>5</b> Ответственность за финансовый результат	✗	✓

- Повышение эффективности расходов, благодаря стимулам СМО на эффективное и своевременное лечение пациентов
- Улучшение качества медицинского обслуживания за счет усиления конкуренции между ЛПУ и контроля со стороны СМО
- Повышение уровня здоровья населения за счет распространения профилактики и здорового образа жизни
- Повышение удовлетворенности пациентов за счет больших возможностей выбора и обеспечения защиты прав





# Демаркация ОМС необходима для развития дополнительного медицинского страхования

## Цели:

- Увеличение доступности для населения повышенного уровня сервиса и дополнительных медицинских услуг
- Привлечение дополнительных частных средств в систему здравоохранения
- Снижение объемов теневых платежей населения за медицинские услуги





# Рекомендуется провести четкую демаркацию покрытия ОМС в соответствии со сложившейся практикой в рамках программы госгарантий

■ Предлагаемый вариант демаркации

## Единый стандарт покрытия ОМС, устанавливаемый централизованно

- Замена территориальных программ ОМС единой базовой программой
- Включение высокотехнологичной медицинской помощи в ОМС и определение точного перечня покрываемых видов
- Предлагаемая демаркация соответствует сложившейся практике в рамках программы госгарантий

	Область для демаркации	Примеры демаркации в международной практике		
1 этап	Уровень сервиса	Базовый уровень сервиса	Повышенный уровень сервиса (например, отдельная палата)	Индивидуальный сервис (например, индивидуальное сопровождение мед. персонала)
	Удобство времени обслуживания	Обслуживание в стандартные рабочие часы ЛПУ, в порядке "живой очереди"	Обслуживание в стандартные рабочие часы ЛПУ по записи	Более удобный график обслуживания, в т. ч. в выходные, с возможностью записи
	Длительность ожидания до обслуживания	Время ожидания согласно очереди в ЛПУ	Время ожидания согласно гос. стандартам	Привилегированная очередь
	Свобода выбора ЛПУ и врача	Обслуживание только в "закрепленном" ЛПУ	Бесплатное обслуживание в "закрепленном" ЛПУ, доплата при обращении в другое ЛПУ системы ОМС	Бесплатное обслуживание в любых ЛПУ/у любого врача системы ОМС
	Обслуживание у более квалифц. специалистов	Обслуживание у врача "стандартной" квалификации по стандартным тарифам	Обслуживание у более квалифицированного специалиста по большей цене	
	Возмещение затрат на лекарства и оборудование	Возмещение базовых лекарств-дженериков при стационарном лечении	Возмещение лекарств-дженериков при амбулаторном лечении	Возмещение оригинальных лекарств, а также имплантов, протезов и пр.
2 этап	Базовые мед. услуги	Услуги терапевта и стационарное лечение	Услуги базовых мед. специалистов по показаниям/стандартам	Косметология
3 этап	Высокотехнологичная мед. помощь	Только базовые мед. услуги	ВМП в порядке очереди в рамках квотирования	Ограниченный перечень ВМП (без огранич. по квотам) ВМП в полном объеме



# Мотивация пациентов к рациональному пользованию мед. услугами позволит повысить эффективность расходов на здравоохранение

## Основные рекомендации

- Ввести обязательную подпись пациента на счете за предоставленные ему медицинские услуги по полису ОМС
- В долгосрочной перспективе рассмотреть введение механизмов мотивации пациентов к рациональному потреблению медицинских услуг, например в форме участия в оплате услуг

## Возможная схема акцепта счета за услуг пациентом

ЛПУ выставляют счет с перечислением оказанных услуг



Пациент подписывает счет

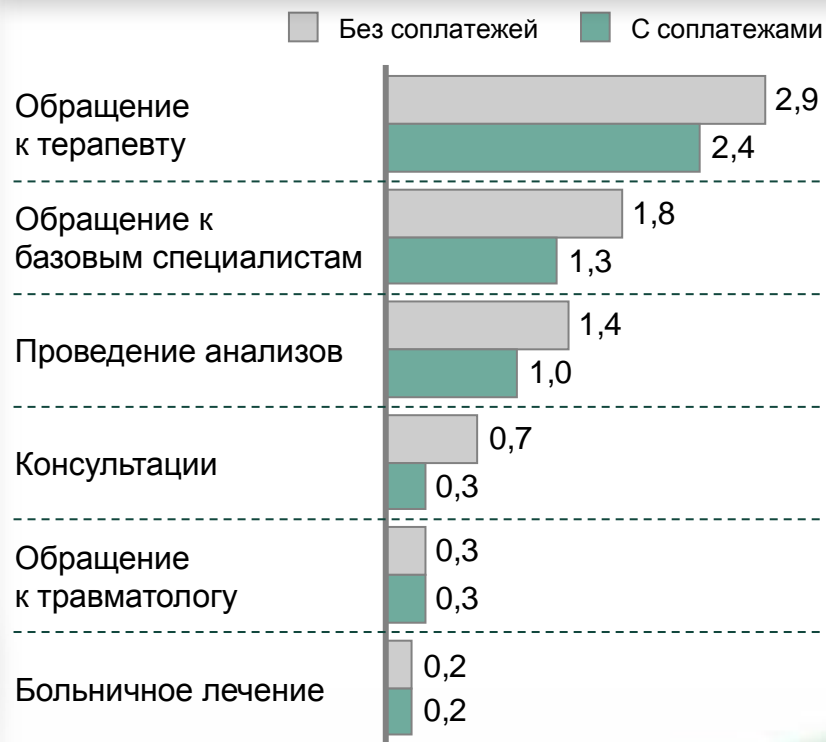


ЛПУ отправляет подписанный счет на оплату в СМО



## Результаты введения соплатежей в Германии

Частота использования медицинских услуг, проценты





## Привлечение частных инвестиций в здравоохранение увеличит возможности выбора для пациентов и сократит потребность в государственном финансировании

### Формы привлечения частных инвестиций

#### Описание

##### Гос.-частное партнерство (ГЧП)

- **Аутсорсинг ряда медицинских услуг** государственными ЛПУ частным медицинским центрам
- **Привлечение частных компаний для управления** государственными медицинскими учреждениями
- **Концессия отдельных государственных ЛПУ** на длительный срок на условиях государства (может включать строительство / капремонт зданий, эксплуатацию и управление ЛПУ)
- **Полная ответственность компании за организацию медицинского обслуживания** в определенном регионе

##### Строительство частной мед. инфраструктуры

- Централизованное планирование медицинской инфраструктуры и определение приоритетных направлений развития
- Строительство независимых частных медицинских организаций

### Предлагаемые меры

- Постепенное **введение полного тарифа ОМС**, покрывающего капитальные затраты
- **Прозрачные принципы установления тарифов на долгосрочной основе** (не менее года)
- Дальнейшее **развитие законодательной базы в области ГЧП**
- **Повышение инвестиционной привлекательности отрасли** - предоставление налоговых льгот или земельных участков на льготных условиях для частных медицинских учреждений
- **Разработка закона о добровольном и дополнительном медицинском страховании**
- **Расширение налоговых льгот** для работодателей и физических лиц при покупке полисов ДМС



## Завершение перехода на оплату по КСГ и развитие ИТ будет способствовать подготовке медицинских организаций к деятельности в новых условиях

### Существующая система

- Низкая мотивация медицинских организаций на повышение качества обслуживания
- Медицинские организации обладают слабыми навыками в области управления расходами и эффективностью деятельности
- ИТ-инфраструктура недостаточно развита и препятствует повышению эффективности ЛПУ
- ЛПУ предоставляют базовый уровень услуг для всех типов клиентов, без дифференциации

### Предлагаемые меры

- Полный переход на оплату по КСГ и введение других финансовых стимулов к повышению качества предоставляемых услуг
- Введение курсов в области менеджмента в медицинских ВУЗах и программах повышения квалификации
- Завершение работы по созданию единой ИТ-системы для организации взаиморасчетов ЛПУ и СМО
- Разработка единого формата электронной медицинской карты пациентов для облегчения перехода пациентов между медицинскими учреждениями
- Дифференциация услуг по уровню комфорта и удобства для удовлетворения потребностей различных категорий клиентов

# Для унификации регулирования и тарифообразования целесообразна централизация некоторых полномочий ТФОМС



Ключевые изменения

	<b>Функции фондов в сфере финансирования системы здравоохранения</b>	<b>Ответственный сегодня</b>	<b>Предлагаемый ответственный</b>
<b>Управление финансовыми потоками</b>	• Сбор взносов с работодателей	• ФФОМС	• ФФОМС
	• Получение средств региональных бюджетов	• ФФОМС	• ФФОМС
	• Распределение средств между СМО	• ТФОМС	• ФФОМС
<b>Регулирование деятельности СМО</b>	• Определение стандартов работы страховых организаций	• Регулятор рынка страхования • Минздрав РФ	• Регулятор рынка страхования • Минздрав РФ
	• Уточнение требований на региональном уровне	• ТФОМС	• -
	• Осуществление контроля за соблюдением СМО требований	• ТФОМС, ФФОМС • Регулятор рынка страхования • Минздрав РФ	• ФФОМС • Регулятор рынка страхования • Минздрав РФ
	• Проведение повторной экспертизы	• ТФОМС	• Согласительные комиссии
	• Определение тарифов и подушевых нормативов	• Тарифная комиссия по формированию программы ОМС	• Минздрав и/или профессиональные ассоциации





## Система тарификации должна обеспечить прогнозируемость тарифов не менее чем на один год и покрытие затрат всех участников системы

### Основные принципы тарифообразования в целевой системе

- ➔ Определение подушевых нормативов, тарифов на услуги ЛПУ и региональных коэффициентов **централизованно комиссией при Минздраве** с участием ассоциаций СМО и ЛПУ (по мере их появления)
- ➔ **Фиксация** подушевых нормативов, тарифов на услуги ЛПУ и региональных коэффициентов **на длительный период** (минимум, 1 год), недопустимость изменений в течение года
- ➔ **Эффективный механизм выравнивания рисков** с учетом истории болезни пациентов и других факторов
- ➔ Определение подушевых нормативов и тарифов на услуги ЛПУ с учетом **норматива доходности СМО**, который должен обеспечиваться по системе в целом (при этом отдельные СМО могут получать как прибыль, так и убыток)

### Распределение финансовых ресурсов в системе ОМС

Дифференцированный подушевой норматив<sup>1</sup>



Количество застрахованных



Тарифы на услуги ЛПУ



Количество оказанных услуг



Норматив доходности СМО на уровне всей системы

Определяется комиссией при Минздраве

<sup>1</sup> С учетом пола, возраста, заболеваний застрахованного лица и т.п.





# Переход к целевой модели медицинского страхования может быть осуществлен в три этапа

## Подготовительный этап 2014-15 гг.

- Разработка и принятие необходимых нормативных документов
- Установка тарифов и подушевых нормативов на 1 год вперед с постепенным переходом к установке на 3 года
- Постепенный переход к полному тарифу и оплате по КСГ
- Введение дополнительных параметров выравнивания риска и отработка расчета подушевого норматива<sup>1</sup>
- Завершение разработки медицинских стандартов
- Демаркация ОМС и развитие дополнительного страхования
- Завершение работы по созданию единой государственной системы информатизации здравоохранения
- Увеличение требований по капитализации СМО и разработка требований к объему резервов
- Создание резервов непосредственно перед началом 2го этапа

## Переход к принятию рисков 2015-20 гг.

- Принятие СМО 3-5% риска (с последующим увеличением) по прибыли или убытку от оказания медицинской помощи
- Активное участие ассоциаций ЛПУ и СМО в определении тарифов и подушевого норматива
- Постепенное введение участия СМО в маршрутизации пациентов по определенным видам мед. помощи
- Введение механизмов мотивации застрахованных к рациональному потреблению медицинских услуг

## Полное принятие рисков

По достижении готовности к переходу

- Полное принятие СМО риска превышения фактического объема медицинской помощи над плановым
- Активное внедрение программ управления хроническими заболеваниями
- Дифференциация СМО по объему и качеству оказываемых услуг