

*Стратегический поворот системы ОМС – к пациентоориентированности и персонализированному подходу.*

Главными задачами внедрения системы обязательного медицинского страхования (ОМС) двадцать с лишним лет назад было сохранение сектора бесплатной медицины в экономически сложный период, а также создание условий повышения эффективности и качества медицинской помощи населению. Проводимые реформы изменили приоритеты в отрасли: ранее, при сметной схеме финансирования, лечебные учреждения получали деньги за койко-места и кабинеты. Экономических стимулов к повышению качества и эффективности услуг такой порядок не предусматривал, что тормозило развитие отрасли. Страховая система реализовала принцип «деньги следуют за пациентом», поэтому сегодня реальный доход медицинских организаций зависит от количества пациентов, которым была оказана конкретная помощь, а пациент вправе сам выбирать, в какую медицинскую организацию и к какому врачу обратиться за лечением или консультацией. В результате профессионализм и технологический уровень медицинской помощи приобрели экономический смысл.

Воплощение принципов страховой медицины долгое время сдерживалось неразвитостью правовых механизмов их реализации. Поэтому в 2011 году был введен в действие Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в рамках которого стали поэтапно обеспечиваться глобальные изменения. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) стала работать по единым принципам, появились единые для всех правила, единый полис, начал формироваться единый регистр застрахованных лиц, который является одной из основ планирования и расчета необходимого объема средств в системе. Появились также жесткие законодательные нормы к обеспечению страховых платежей в определенном размере, консолидация финансовых средств ОМС на уровне ФОМС и выравнивание финансирования регионов, переход на одноканальное финансирование медорганизаций через систему ОМС.

Сейчас, когда экономика страны переживает не лучшее время, перед системой ОМС стоит задача сохранить достигнутый уровень обеспечения медицинской сферы. Повышается важность эффективного использования средств ОМС, что вполне достижимо, так как в основу системы обязательного медицинского страхования изначально заложены принципы, стимулирующие экономическую эффективность.

ОМС переходит на новые экономически эффективные способы оплаты медицинской помощи, в частности внедряется и совершенствуется методика клинико-статистических групп. Параллельно происходит реструктуризация ресурсов медицинских организаций: не формальное сокращение лишних коек (так называемая оптимизация), а их перепрофилирование с учетом реальных потребностей, чтобы и медиков не оставить без работы, и доступность медпомощи повысить. Поставлена задача добиться обеспечения принципа этапности оказания медицинских услуг, в соответствии с которым пациенты с более сложными формами заболевания, требующими высокотехнологичного лечения, должны получать медицинскую помощь в специализированных клиниках более высокого уровня («этапа»), обладающих соответствующими оборудованием и медицинскими кадрами. В целях реализации этого принципа для каждого медицинского учреждения необходимо составить перечень заболеваний и состояний, при которых его специалисты могут оказать пациенту эффективную помощь. Также должны быть прописаны правила поэтапного направления больных с конкретными заболеваниями для консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из одной медицинской организации в другую с учетом оптимизации временного, пространственного и транспортного факторов оказания медпомощи.

Несколько лет назад началось внедрение диспансеризации, которая предоставляет возможность каждому гражданину проходить регулярные медицинские обследования, позволяющие предупреждать развитие заболеваний, выявлять патологии на ранних стадиях и, как следствие, экономить средства и системы здравоохранения, и самих пациентов, которые пришлось бы затратить на лечение осложнений и запущенных состояний.

В настоящее время идет активная работа по развитию информационно-консультативных и экспертных функций в системе ОМС. Расширение хозяйственной самостоятельности и учет результатов экспертизы дает медорганизациям инструменты для объективной оценки труда и справедливой материальной мотивации медицинских работников.

Ближайшее будущее системы ОМС – развитие «пациентоориентированных» функций, таких как: индивидуальное сопровождение граждан, обращающихся за медицинскими услугами, инициирование профилактических мероприятий и индивидуально показанного лечения. С этой целью в июле 2016 года начинает работу институт страховых представителей. Его формирование закончится к 2018 году. В обязанности сотрудников этой службы, которых министр здравоохранения Вероника Скворцова назвала «менеджерами здоровья», будет входить информационно-консультационная, административная, экспертная и правовая индивидуальная поддержка пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи.

Источник: [Известия](#) , 09.06.16