

ВЫСШАЯ ШКОЛА ЭКОНОМИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

С.В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В. Селезнева

**СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ
В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ: ЧТО ИЗМЕНИЛОСЬ
ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ЕЕ РЕФОРМЫ?**

Препринт WP8/2015/04

Серия WP8

Государственное
и муниципальное управление

Москва
2015

Редакторы серии WP8
«Государственное и муниципальное управление»
А.Г. Барабашев, А.В. Клименко

Шишкин, С. В., Сажина, С. В., Селезнева, Е. В.

Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы? [Электронный ресурс]: препринт WP8/2015/04 / С. В. Шишкин, С. В. Сажина, Е. В. Селезнева ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». – Электрон. текст. дан. (1 Мб). – М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. – (Серия WP8 «Государственное и муниципальное управление»). – 34 с.

В работе представлены результаты исследования деятельности страховых медицинских организаций (СМО) после принятия Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ. Источником информации являются данные двух анкетных опросов руководителей страховых медицинских организаций, проведенных в 2012 и 2014 г. Исследование выполнено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

Полученные результаты свидетельствуют об усилении конкуренции между СМО за застрахованных. Значительную часть СМО уже неправомерно считать пассивными посредниками в движении финансовых потоков. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи и активизировались попытки влиять на его улучшение. Но влияние СМО на планирование объемов медицинской помощи, на улучшение ее качества остается небольшим.

Условия финансирования СМО продолжают оставаться нестабильными, и усиливается роль «ручного управления» финансовыми потоками в системе обязательного медицинского страхования. Введенные механизмы экономического стимулирования более эффективной работы СМО подталкивают их к увеличению объема проверок медицинских организаций, но не к оптимизации затрат на оказание медицинской помощи.

JEL Classification: I10, I11

Ключевые слова: обязательное медицинское страхование, страховые медицинские организации, методы оплаты медицинской помощи, контроль качества медицинской помощи

Шишкин Сергей Владимирович – д.э.н., директор Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

Сажина Светлана Владимировна – аналитик Центра политики в сфере здравоохранения НИУ ВШЭ.

Селезнева Елена Владимировна – к.э.н., старший научный сотрудник Центра анализа доходов и уровня жизни Института управления социальными процессами НИУ ВШЭ.

**Препринты Высшей школы экономики
размещаются по адресу: <http://new.hse.ru/org/hse/wp>**

© Шишкин С. В., 2015
© Сажина С. В., 2015
© Селезнева Е. В., 2015
© Оформление. Изд. дом
Высшей школы экономики, 2015

1. Введение

Роль страховых медицинских организаций (СМО) в российской системе обязательного медицинского страхования (ОМС) с момента ее создания выступает предметом большого общественного внимания и горячих дискуссий¹. В системе ОМС, действовавшей до 2011 г., эта роль справедливо квалифицировалась как роль пассивного финансового посредника в движении финансовых средств от территориального фонда ОМС к медицинским организациям. У СМО практически не было возможностей влиять на распределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями, участвующими в ОМС, на эффективность использования ресурсов в системе ОМС [Шейман, 1997; Шишкин, 2000].

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ, вступивший в силу с 1 января 2011 г., внес ряд существенных изменений в условия деятельности страховых медицинских организаций, направленных на повышение их роли в системе ОМС: гражданам предоставлено право самостоятельного выбора СМО без посредников в лице работодателей и органов власти, повышены требования к уставному капиталу СМО, расширены возможности их участия в планировании объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС, введены механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению возложенных на них функций и др.

Какое влияние эти институциональные изменения оказали на деятельность СМО? Поиск ответа на этот вопрос стал предметом исследования, выполненного в 2012 г. в рамках программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ². Источником данных послужили результаты социологического опроса руководителей страховых медицинских организаций и их филиалов, работающих в системе ОМС. Опрос был проведен НИУ ВШЭ в сотрудничестве с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования. Заполненные анкеты были получены от всех 70 страховых медицинских организаций, участвующих в ОМС, и от всех их 219 филиалов в субъектах РФ. Общее число респондентов составило 289.

Это исследование показало, что предоставление гражданам права на самостоятельный, без посредников, выбор страховых медицинских организаций, повлекло сокращение средней численности застрахованных, меняющих страховую организацию. При этом сохранялись в видоизмененных формах практики коллективного страхования по ОМС.

¹ Ср.: [Гришин, 1997; Шейман, 2007; Власов, 2013; Межрегиональный союз медицинских страховщиков, 2013].

² [НИУ ВШЭ, 2012].

Право на участие страховых медицинских организаций в планировании объемов медицинской помощи реализовывалось не в полной мере – лишь около половины СМО принимали участие в работе комиссий по разработке территориальной программы ОМС.

Первыми результатами введения нового закона об ОМС стали увеличение объемов проведения экспертиз (медико-экономических, качества медицинской помощи), привлечение к проведению экспертиз более квалифицированных экспертов, усиление конкуренции между страховыми организациями, рост расходов страховых медицинских организаций на ведение ОМС. Страховые медицинские организации не оказывали существенного влияния на повышение качества предоставляемой медицинской помощи [Карчевская и др., 2013].

Нормы нового закона вводились в действие поэтапно, и, в частности, новые правила формирования собственных средств СМО вступили в силу только спустя год после принятия закона, т.е. с 1 января 2012 г. Опрос руководителей СМО проводился в сентябре 2012 г., и опыт их работы в новых условиях был еще очень мал.

По прошествии еще двух лет изменения в деятельности СМО стали уже вполне отчетливыми. Информация о деятельности СМО, получаемая из качественных интервью с руководителями органов управления здравоохранением, главными врачами медицинских учреждений, менеджерами страховых компаний, дает основания для заключения, что мотивация СМО в отношении оптимизации расходов на медицинскую помощь и поиска более рациональных форм ее организации все еще остается недостаточной, что в значительной мере связано с невысоким уровнем финансовых рисков для страховых компаний. Они не отвечают за отклонения фактических расходов на здравоохранение от плановых (расчитанных на основе дифференцированного подушевого норматива финансирования СМО территориальным фондом ОМС).

Вопрос же о том, какую роль должны выполнять страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования, по-прежнему привлекает большое общественное внимание.

Учитывая отмеченные обстоятельства, в 2014 г. исследование деятельности СМО, начатое в 2012 г., было продолжено³. Его задачами выступали:

- анализ реализации права выбора гражданами СМО и деятельности СМО по привлечению застрахованных;
- оценка уровня конкуренции между СМО за привлечение застрахованных;
- анализ применяемых практик информирования застрахованных;

³ Исследование выполнено в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ.

- оценка распространенности практик участия СМО в планировании объемов предоставляемой медицинской помощи в территориальной системе ОМС и результативности такого участия;
- выявление роли СМО в контроле качества медицинской помощи, предоставляемой застрахованным;
- анализ реальных практик финансирования СМО из территориальных фондов ОМС и действенности механизмов дополнительного экономического стимулирования СМО;
- выявление изменений в отношении руководителей СМО к методам оплаты медицинской помощи в системе ОМС.

2. Эмпирическая база исследования

В качестве источника данных для проведения исследования были использованы материалы анкетных опросов руководителей страховых медицинских организаций и их филиалов, участвующих в системе ОМС, проведенных в 2012 и 2014 г.

В 2012 г. рассылку анкеты в СМО произвел Федеральный фонд ОМС. Это предопределило полный охват опросом всех СМО и их филиалов, участвующих в ОМС. Но «платой» за это стало исключение из анкеты части вопросов, разработанных НИУ ВШЭ, но расцененных Федеральным фондом ОМС как неприемлемые для рассылки в СМО от его имени. В 2014 г. анкеты были разосланы НИУ ВШЭ самостоятельно. Это обусловило существенно меньшую долю возврата заполненных анкет: они были получены от 95 страховых медицинских организаций и филиалов СМО, участвующих в ОМС.

При сравнении полученных данных в 2014 и 2012 г. далее используются ответы тех СМО, которые приняли участие в обоих обследованиях. Всего эта выборка включает 78 страховых медицинских организаций и филиалов СМО, работающих в 50 субъектах РФ. Перечень таких СМО приведен в Приложении.

3. Реализация права выбора гражданами СМО и деятельность СМО по привлечению застрахованных

В 2011–2012 гг. численность граждан, меняющих СМО, резко уменьшилась по сравнению с 2010 г., до введения в действие нового закона. Но в 2013 г. активность населения по смене СМО заметно возросла, и ее рост продолжился в 2014 г. (рис. 1). Таким образом, можно сделать вывод, что по прошествии двух лет с момента предоставления застрахованным права самостоятельной смены СМО граждане стали в растущей степени использовать это право. И если обратиться к показателям медианной численности вновь

застрахованных в каждой СМО и выбывших из них (рис. 2), то правомерно заключение, что смена гражданами СМО стала более активной, чем до принятия нового закона.

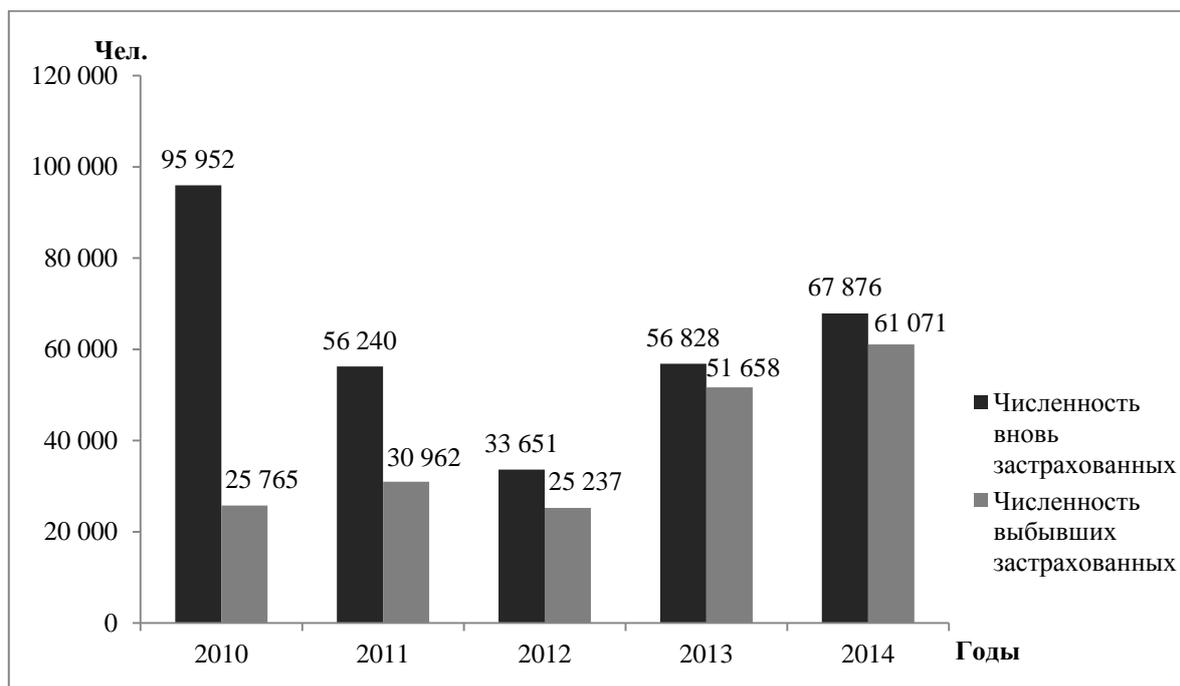


Рис. 1. Численность вновь застрахованных и выбывших застрахованных, рассчитанная в среднем на одну СМО

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

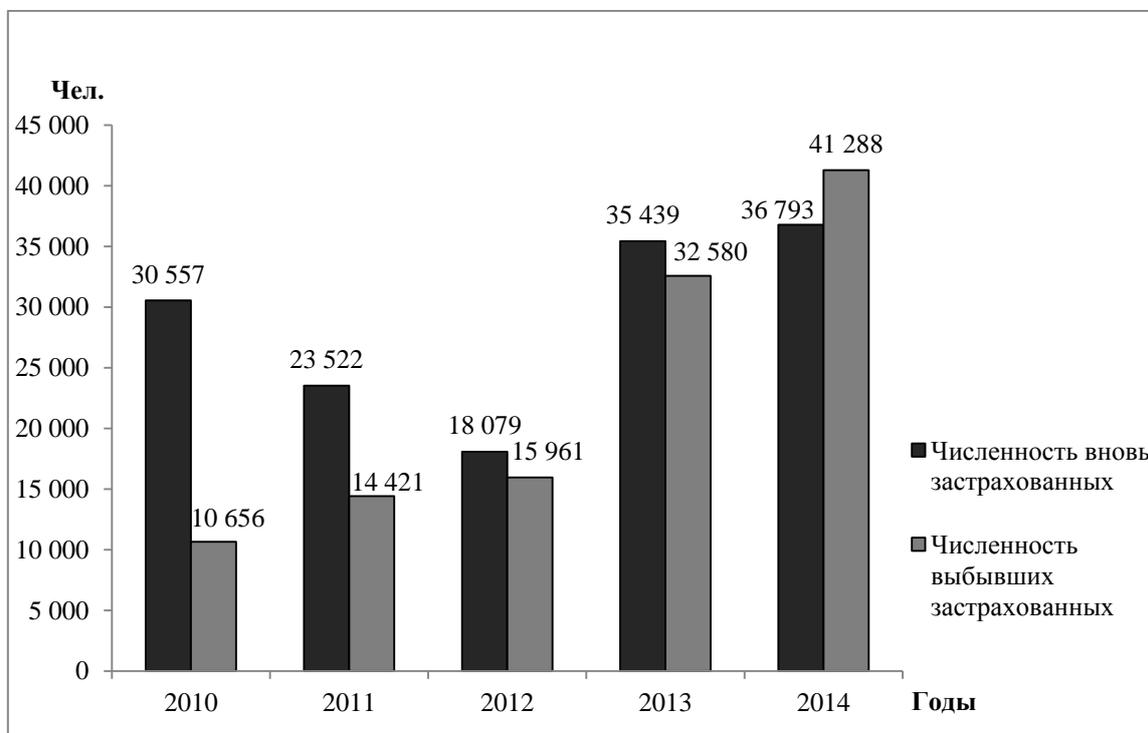


Рис. 2. Медианная численность вновь застрахованных и выбывших застрахованных, рассчитанная на одну СМО

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

До 2011 г. выбор страховой организации от имени застрахованных совершали их работодатели (для работающих) и органы власти (для неработающих). Закон № 326-ФЗ предоставил гражданам право самостоятельно выбирать СМО. Сохранение прежних посредников не предусмотрено. Чтобы выяснить, каким же образом на практике происходит такой выбор, респондентам задавался вопрос «Существует ли в настоящее время практика страхования по ОМС граждан по их заявлениям, собранным через их представителей?». Результаты опроса показали, что в 57,9% опрошенных СМО и их филиалов такая практика существует при страховании работающего населения, и в 50,9% – при страховании неработающего населения (ряд СМО выбрали оба ответа). 26,3% опрошенных отметили, что такой практики не существует (рис. 3). Таким образом, более чем половина СМО продолжает использовать прежние способы взаимодействия с застрахованными гражданами, не предусмотренные действующим законодательством.

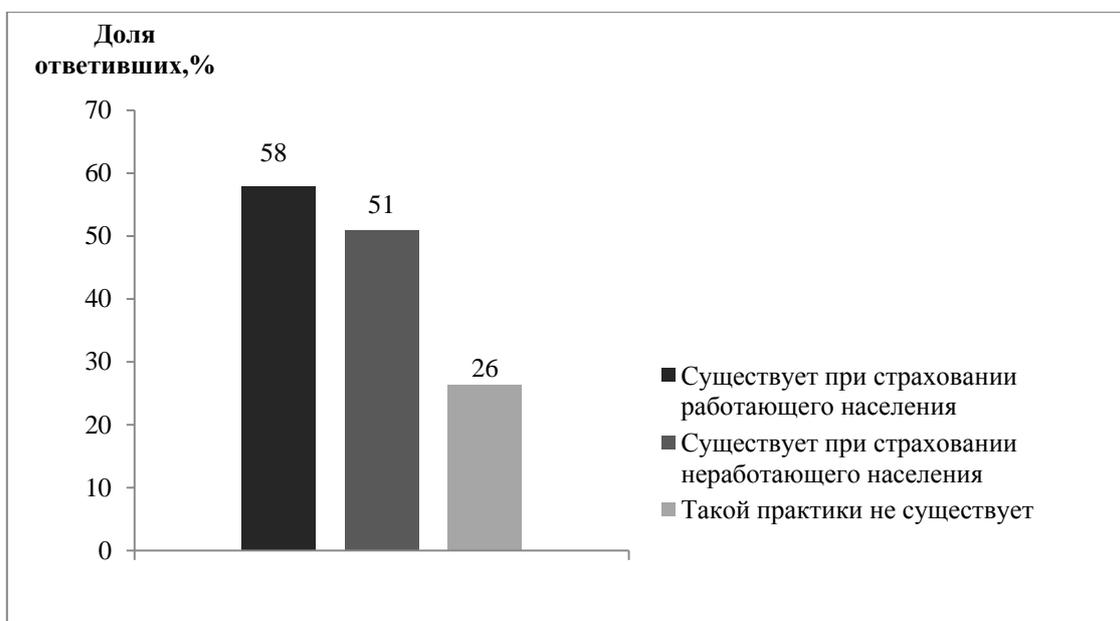


Рис. 3. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Существует ли в настоящее время практика страхования по ОМС граждан по их заявлениям, собранным через их представителей?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Уровень конкуренции СМО за застрахованных за последние два года вырос: в 2014 г. на 20,8 п.п. (с 66,7 до 87,5%) увеличилась доля тех, кто считает уровень существующей конкуренции высоким (рис. 4).

Согласно ответам респондентов, полученным в 2014 г., политика СМО по привлечению застрахованных несущественно изменилась в сравнении с 2012 г., хотя доля ответов по лидирующим мероприятиям сократилась (рис. 5). Популярность ряда мероприятий несколько снизилась: создание/развитие интернет-сайта организации – на 10,2 п.п., создание

комфортных условий для граждан в организации – на 6,5 п.п., использование средств массовой информации – на 2,5 п.п., использование других информационных мероприятий – на 2,6 п.п. На 11,5 п.п. чаще (доля в 2013–2014 гг. составила 69,2%) СМО стали использовать мобильные бригады для выдачи страховых полисов сельскому населению и населению малых населенных пунктов. В трети случаев респонденты указывали на использование «прочих мероприятий» (29,5% в 2011–2012 гг., 33,3% в 2013–2014 гг.).

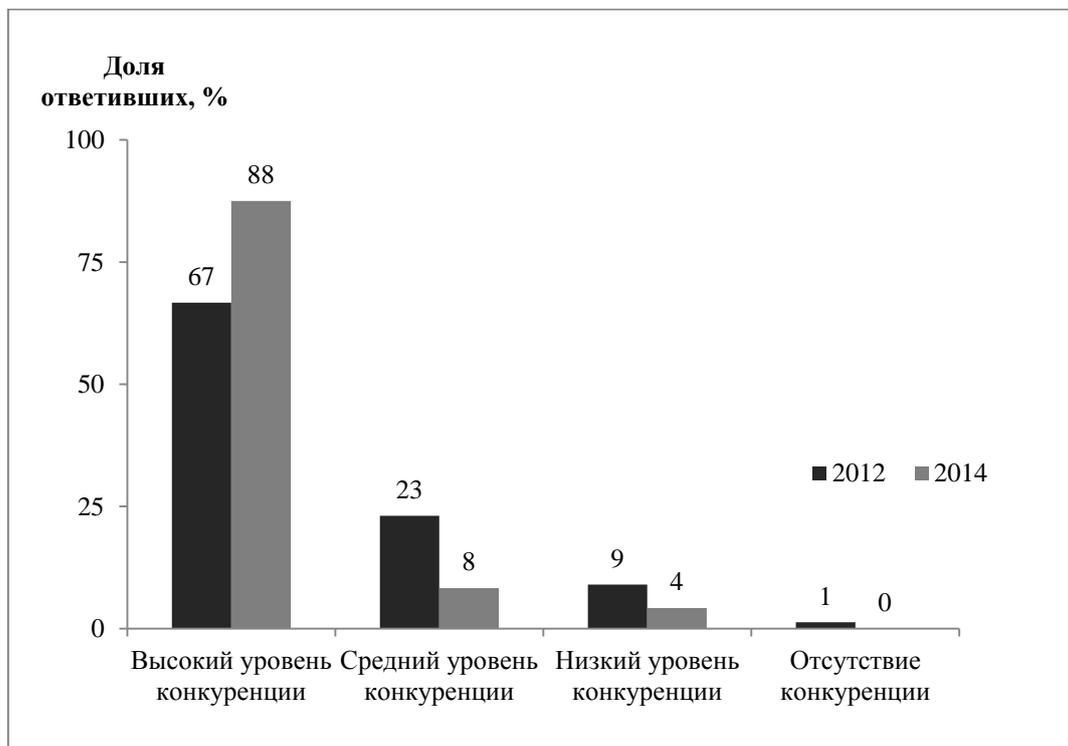


Рис. 4. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете существующий уровень конкуренции с другими страховыми медицинскими организациями за привлечение застрахованных лиц по ОМС?»

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.



Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какие мероприятия проводила Ваша организация (филиал), чтобы привлечь застрахованных? (Можно выбрать несколько вариантов ответа)»

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

С 2012 г. изменились оценки респондентами результативности мероприятий, проводимых для привлечения застрахованных (рис. 6). Наиболее результативными считаются создание в СМО комфортных условий для граждан (71,8% в 2014 г., что на 9 п.п. выше, чем в 2012 г.) и информирование граждан и преимуществ организации через средства массовой информации (60,3% в 2014 г., что на 17,9 п.п. ниже, чем в 2012 г.). Результативность других информационных мероприятий (помимо использования средств массовой информации) стали оценивать немного выше (33,3% в 2014 г., что на 6,4 п.п. выше, чем в 2012 г.). В 2014 г. респонденты в 2 раза ниже стали оценивать эффективность такого мероприятия, как развитие интернет-сайта организации. На 11,6 п.п. повысилась оценка «прочих мероприятий».



Рис. 6. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, какие мероприятия позволяют привлечь больше застрахованных (Отметьте, пожалуйста, два или три наиболее результативных мероприятия)»

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

4. Информирование населения

Согласно ответам респондентов, в 2014 г. сохраняется практика информирования населения, отмеченная в 2012 г.: основной акцент делается на информировании населения о своей деятельности, а не о работе медицинских организаций (рис. 7). На лидирующих позициях остаются такие мероприятия, как совершенствование интернет-сайта (84,6% в 2014 г., 96,2% в 2012 г.), предоставление возможности обращаться с жалобами, предложениями и вопросами в электронной форме (83,3% в 2014 г., 87,2% в 2012 г.), работа «горячей линии» с застрахованными (74,4% в 2014 г., 84,6% в 2012 г.), рост публикаций в СМИ (78,2% в 2014 г., 65,4% в 2012 г.), размещение информации о масштабах и результатах проводимых экспертиз (62,8% в 2014 г., 59,0% в 2012 г.). В качестве положительной динамики можно рассматривать рост в 1,7 раза доли ответов респондентов о публикации информации о работе конкретных медицинских учреждений (с 35,9 до 61,5%).

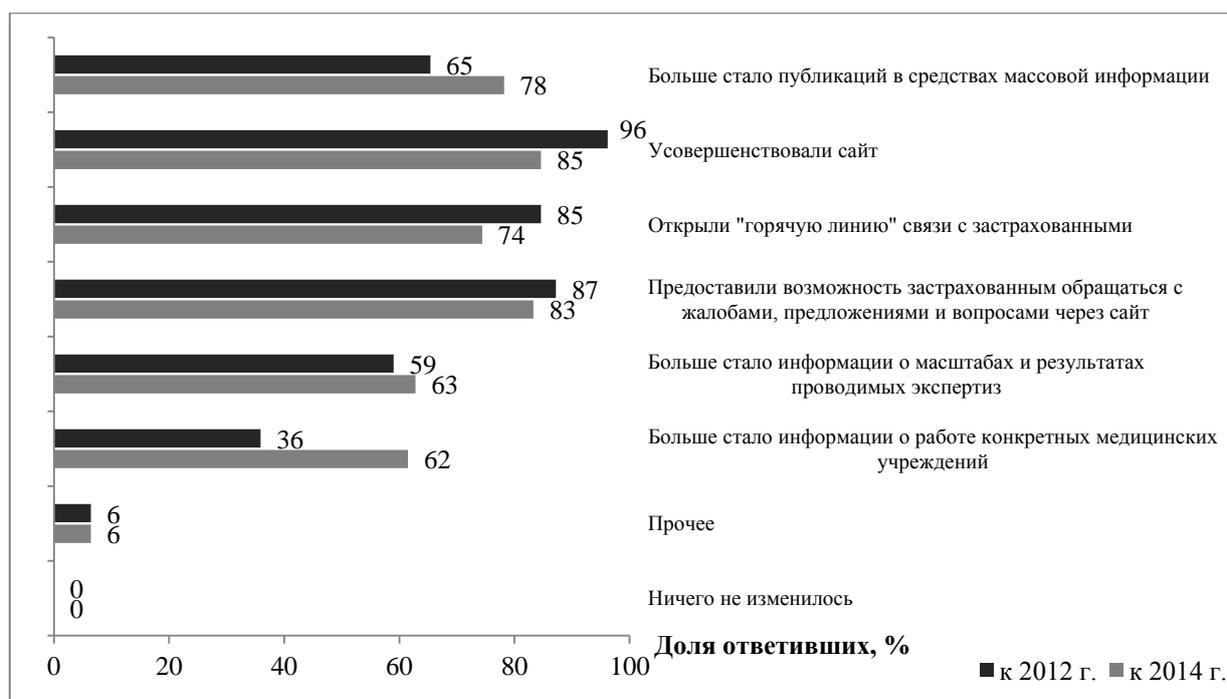


Рис. 7. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что изменилось в деятельности Вашей организации (филиале) по информированию населения после принятия Федерального закона? (Можно выбрать несколько вариантов ответа)»

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

5. Участие СМО в планировании объемов медицинской помощи

Закон № 326-ФЗ предусматривает право СМО принимать участие в планировании объемов медицинской помощи, предоставляемой в рамках территориальных программ ОМС, посредством участия в работе комиссий по разработке территориальной программы ОМС. Результаты опросов 2012 и 2014 г. показывают рост вовлеченности СМО в работу этих комиссий. Если в первом опросе об этом сообщила половина респондентов (51%), то по данным второго опроса их доля достигла 93% (рис. 8).

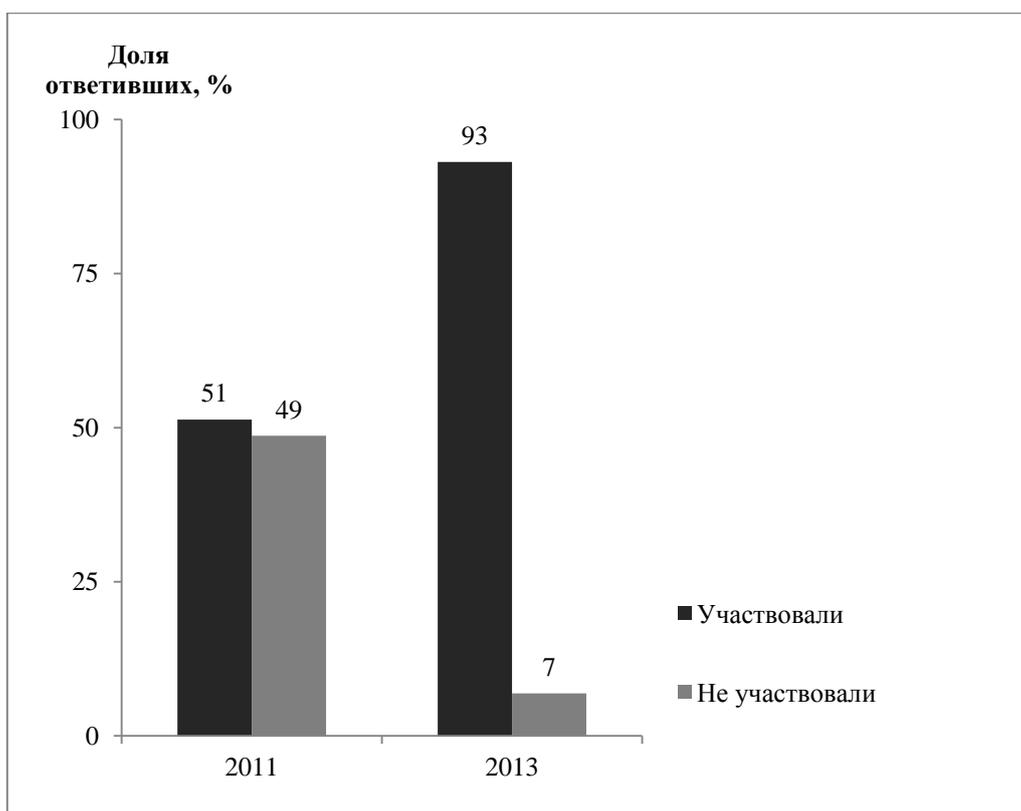


Рис. 8. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Участвовала ли Ваша организация (филиал) в 2011 г. (2013 г.) в работе Комиссии по разработке территориальной программы ОМС?»

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

В чем состояло это участие? В опросе 2014 г. выяснялось, какова была роль СМО в 2013 и 2014 г.:

- а) в определении плановых объемов медицинской помощи застрахованным в территориальной программе ОМС;
- б) в определении объемов медицинской помощи, оплачиваемых из средств ОМС, для конкретных медицинских организаций.

Полученные ответы показали, что более чем две трети СМО участвовали в определении плановых объемов медицинской помощи застрахованным (рис. 9). Половина СМО участвовали в этом непосредственно и около пятой части – через представителей ассоциации страховых медицинских организаций. Стоит отметить, что в 2014 г. доля непосредственных участников этого процесса планирования несколько выросла по сравнению с 2013 г.

Однако эти оптимистические данные сочетаются с невысокими оценками респондентов результативности их участия в определении объемов медицинской помощи в территориальной программе ОМС. Более половины уверены в том, что их участие не повлияло на установленные плановые показатели (рис. 10).

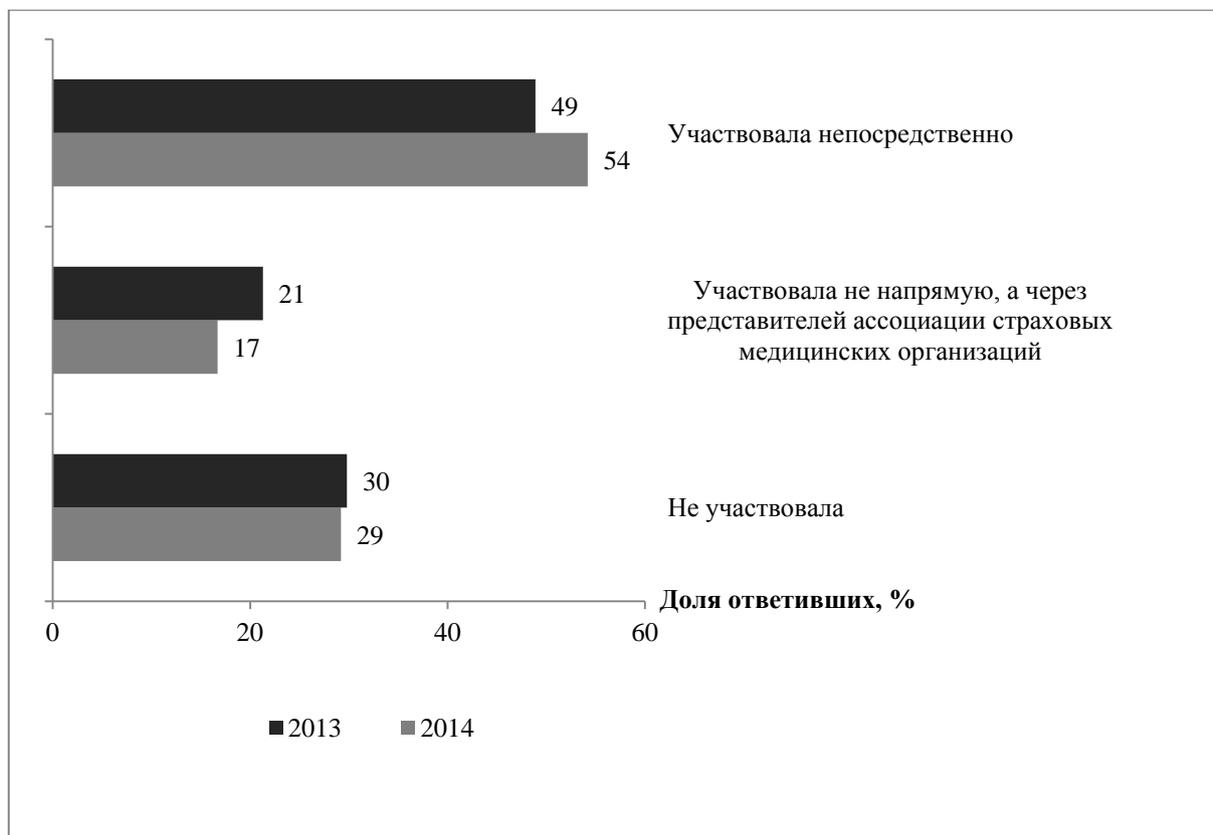


Рис. 9. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Принимала ли Ваша организация (филиал) участие в определении объемов медицинской помощи, которые устанавливаются в территориальной программе ОМС?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

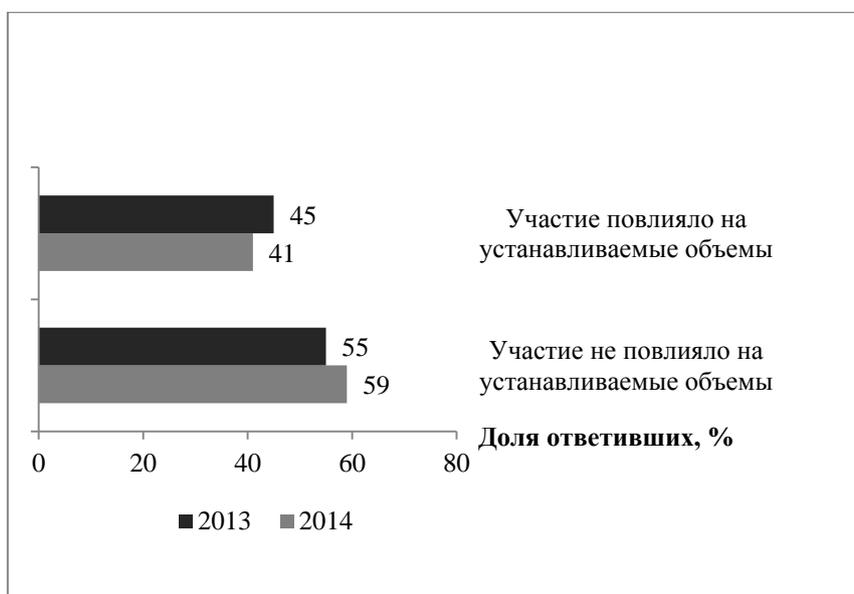


Рис. 10. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете результаты Вашего участия в определении объемов медицинской помощи, которые устанавливаются в территориальной программе ОМС?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Несколько более результативным является участие СМО в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций. Доля СМО, которые непосредственно участвовали в этом процессе, выросла с 53% в 2013 г. до 62% в 2014 г. (рис. 11). О своем неучастии в такой деятельности в 2013 г. заявили 27% ответивших, в 2014 г. – 24%. Остальные СМО участвовали через представителей ассоциации страховых медицинских организаций. Почти две трети респондентов считают, что их участие повлияло на устанавливаемые объемы (рис. 12).

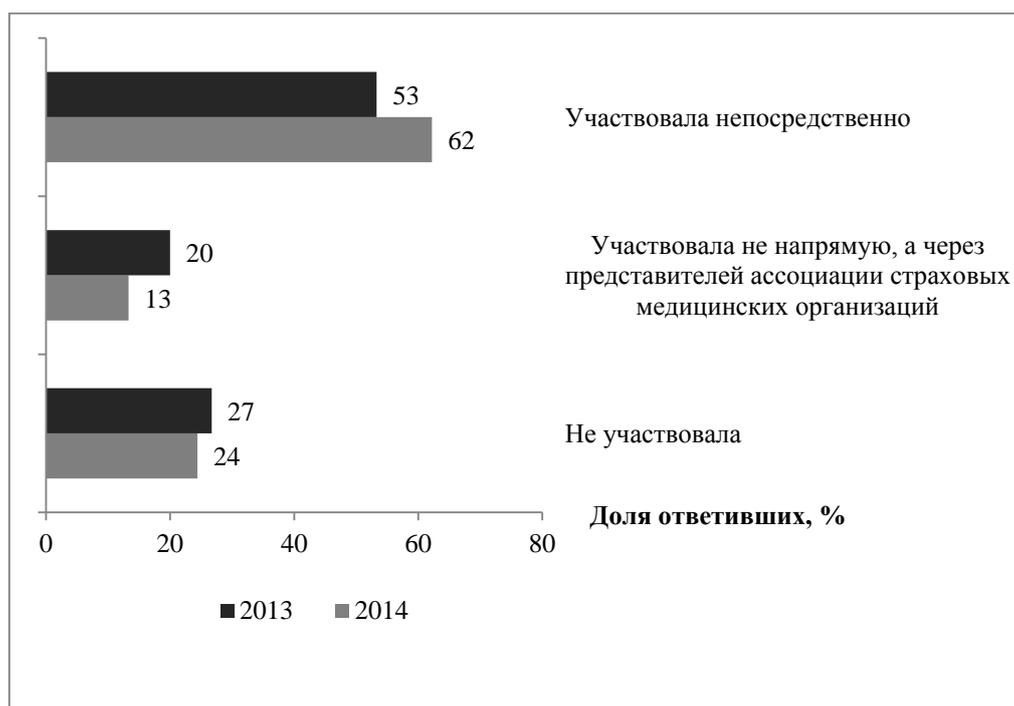


Рис. 11. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Принимала ли Ваша организация (филиал) участие в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

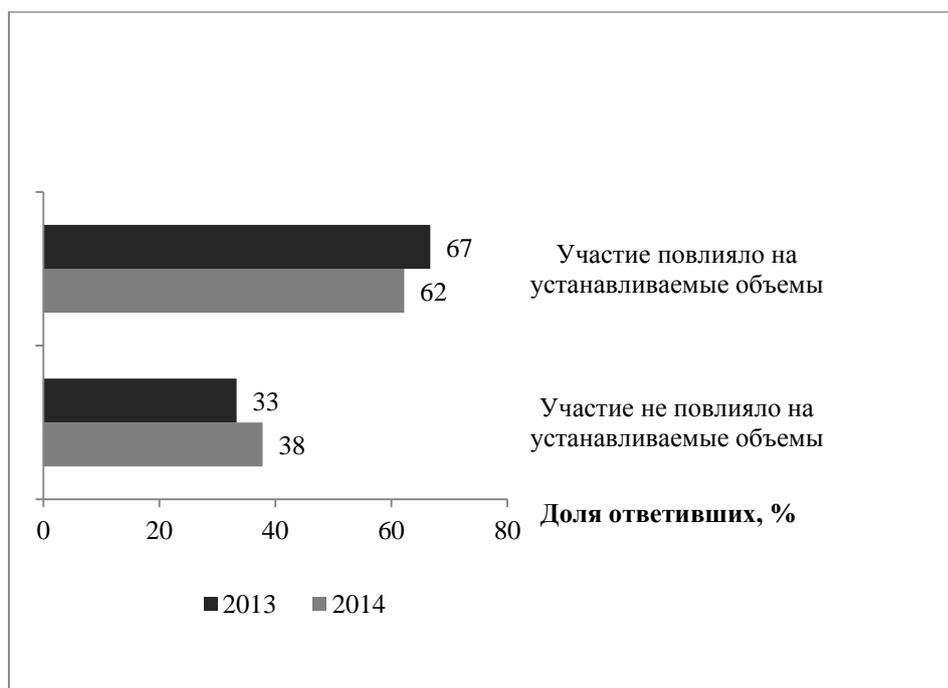


Рис. 12. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете результаты Вашего участия в определении плановых объемов медицинской помощи для конкретных медицинских организаций?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Данные проведенного опроса показывают, что представления о пассивности СМО в улучшении организации ОМС и оказания медицинской помощи застрахованным далеки от действительности. От четверти до половины СМО направляют различные предложения по этим вопросам в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС (рис. 13).



Рис. 13. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Направляла ли Ваша организация (филиал) в 2013 г. в Комиссию по разработке территориальной программы ОМС предложения следующего характера»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

6. Участие СМО в контроле качества медицинской помощи

Одной из основных функций СМО является контроль объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Среди инструментов контроля качества медицинской помощи, доступных для СМО в российской системе ОМС, потенциально наиболее результативной по возможностям влияния на качество является тематическая экспертиза, которая решает следующие задачи:

- выявление, установление характера и причин типичных (повторяющихся, систематических) ошибок в лечебно-диагностическом процессе;
- сравнение качества медицинской помощи, предоставленной группам застрахованных лиц, разделенным по возрасту, полу и другим признакам.

В рамках проведенного исследования была предпринята попытка оценить результативность проводимых тематических экспертиз, задавая вопросы респондентам о том, кому направляются предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, выявленных в ходе тематических экспертиз, и о результативности этих предложений. Сравнение ответов респондентов в 2014 и 2012 г. показывает, что СМО стали активнее взаимодействовать с медицинскими организациями, органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС по вопросам оценки и повышения

качества медицинской помощи (рис. 14). Если в 2012 г. 17% респондентов не направляли результаты проведенных тематических экспертиз ни в одну из указанных организаций, то в 2014 г. таких СМО уже не было.

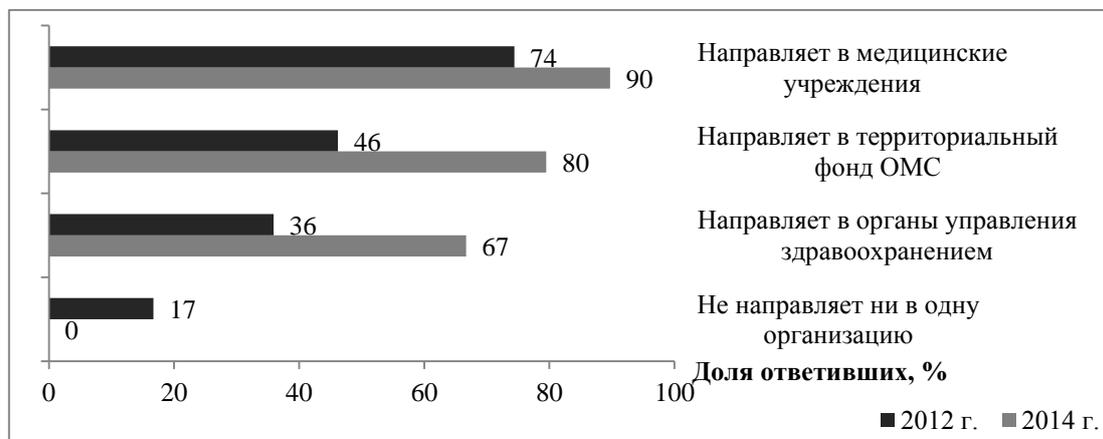


Рис. 14. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Направляет ли Ваша организация (филиал) и кому именно предложения по снижению дефектов в работе клинических отделений медицинских организаций, которые были выявлены в ходе тематических экспертиз?»

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

Однако уровень результативности разрабатываемых СМО предложений по повышению качества медицинской помощи остается невысоким. В 2012 г. 38% СМО вообще не получали сведений о принятых мерах по итогам проведения ими тематических экспертиз. В 2014 г. ситуация кардинально изменилась, и ни одна СМО не указала на отсутствие у нее таких сведений. Но респонденты отмечают низкую степень реализации предложений. В 58% случаев используется менее 30% направленных предложений (рис. 15).

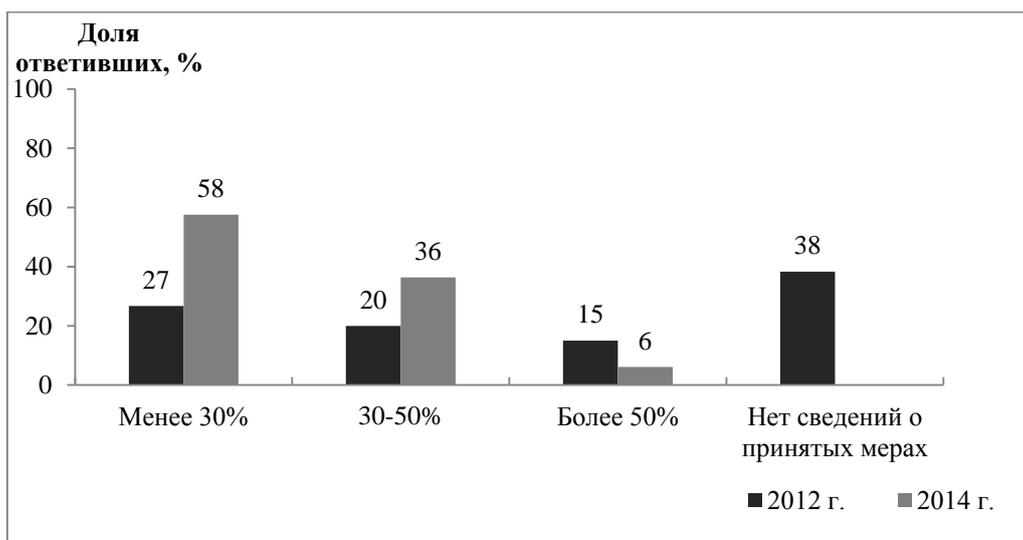


Рис. 15. Распределение ответов респондентов на вопрос:

«Если Ваша организация (филиал) направляла предложения по снижению дефектов, выявляемых на основе тематических экспертиз, то оцените, пожалуйста, долю предложений Вашей организации, по результатам которых были предприняты органами управления здравоохранения, территориальным фондом ОМС или медицинскими организациями какие-либо действия?»

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

7. Финансирование страховых медицинских организаций

В российской системе ОМС страховые медицинские организации финансируются из территориальных фондов обязательного медицинского страхования на основе подушевого норматива финансирования и численности застрахованных у них граждан. Норматив дифференцируется с учетом половозрастной структуры застрахованных.

Значения нормативов финансирования рассчитываются и утверждаются территориальными фондами ОМС ежегодно, при этом территориальные фонды имеют право корректировать установленные показатели в течение финансового года, но не чаще одного раза в месяц. В течение 2013 г. установленные нормативы пересматривались ежемесячно в 54% случаев, в 20% случаев пересмотр проходил 2 раза в год, в 10% – один раз в году, в 8% случаев пересмотр был ежеквартальным (рис. 16). Только лишь в 8% случаев установленные подушевые нормативы ни разу не пересматривались. 38,3% респондентов, предоставивших ответ на данный вопрос, сообщили, что в их практике были случаи снижения подушевого норматива финансирования в связи с ожидаемой возможной экономией первоначально рассчитанного для нее годового объема средств.

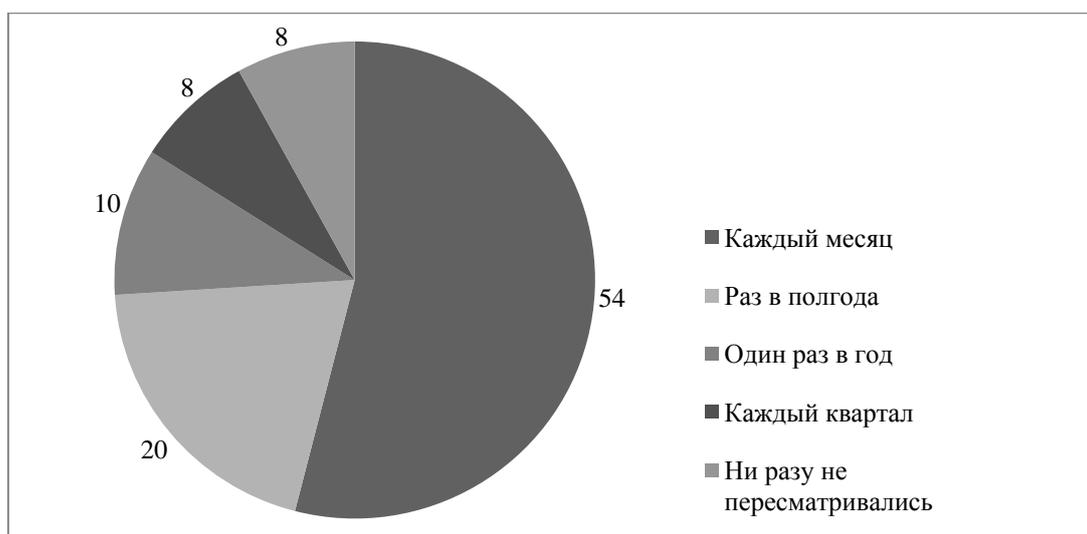


Рис. 16. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как часто в течение 2013 г. пересматривались первоначально установленные подушевые нормативы финансирования»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

В дополнение к финансированию по дифференцированному подушевому нормативу СМО получают субсидии из территориального фонда ОМС – по факту оплачиваемых расходов на медицинскую помощь. При этом условия получения субсидий установлены законом в самой общей форме, в результате чего размер субсидий определяется преимущественно в «ручном режиме». В значительной мере это является результатом нестабильности финансовых параметров системы.

В 2013 г. больше половины (64%) СМО (филиалов) получили дополнительные средства из нормированного страхового запаса (субвенции) из территориального фонда обязательного медицинского страхования. Только одна из опрошенных СМО получила отказ в предоставлении субвенций. Среди респондентов нет единого мнения о справедливости существующего механизма распределения субвенций. 46,8% считают его справедливым, 53,2% не согласны с этим.

64,9% респондентов отметили, что в 2013 г. доля дополнительных средств из нормированного страхового запаса (субвенций) в общем объеме полученных их организацией (филиалом) средств из территориального фонда ОМС выросла по сравнению с 2011–2012 гг. 29,7% считают, что эта доля не изменилась или осталась прежней. О сокращении этой доли сообщили 5,4% респондентов.

Анализ ответов одних и тех же СМО в опросах 2012 и 2014 г. показал, что значительно вырос уровень обращаемости СМО в территориальные фонды за дополнительными средствами из нормированного страхового запаса: доля обратившихся увеличилась в 2,5 раза (с 24,4 до 65,3%). В 2 раза возросла кратность обращений (среднее количество

обращений увеличилось с 1,84 до 3,73 раз). В 2012 г. почти половина опрошенных (47,4%) отметили, что обращались только один раз, треть (31,6%) – два раза, а самое большое число указанных обращений составило 5. В 2014 г. были ответы, в которых содержалась информация даже о 12 обращениях (4,5%), 29,5% вынуждены были воспользоваться таким правом дважды, 20,5% – один раз, по три и четыре обращения были вынуждены сделать 13,8% респондентов (рис. 17).

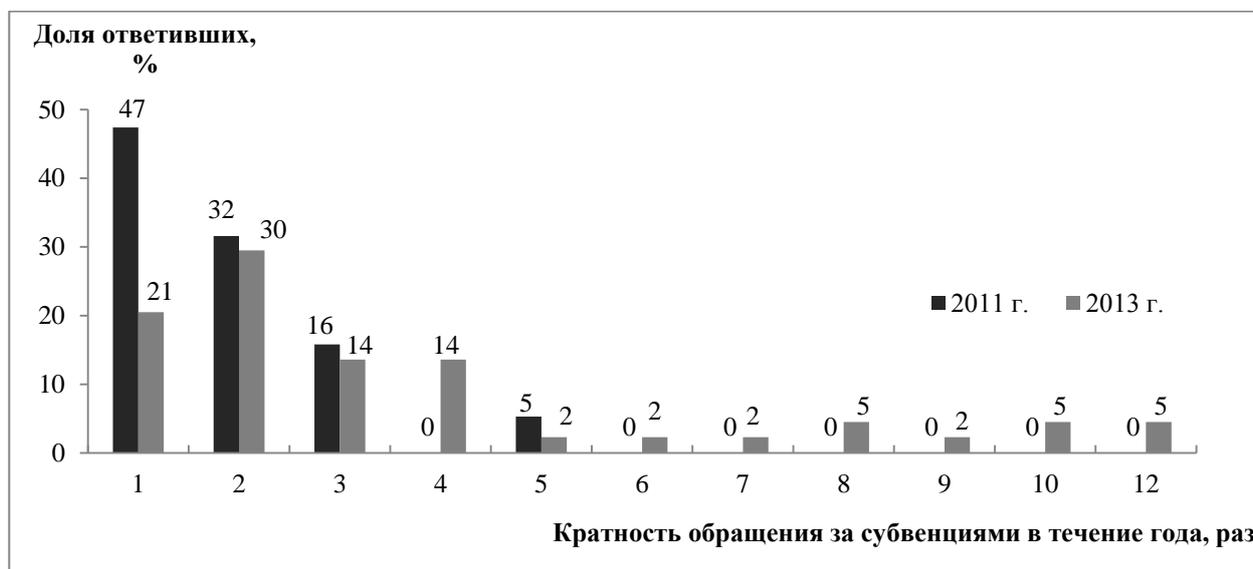


Рис. 17. Распределение ответов респондентов на вопрос о числе обращений в территориальный фонд обязательного медицинского страхования за дополнительными средствами из нормированного страхового запаса

Источник: опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

8. Действенность механизмов дополнительного экономического стимулирования СМО

Основным источником покрытия расходов СМО по осуществлению своей деятельности в ОМС являются затраты на ведение дела. Их размер устанавливается в процентах от норматива подушевого финансирования СМО. Такой порядок стимулирует СМО к увеличению численности застрахованных и соответствующего объема средств, получаемых из территориального фонда ОМС на оказание медицинской помощи этим застрахованным. Но стимулов к более эффективному использованию этих средств у СМО ранее не было. Закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ ввел механизмы дополнительного экономического стимулирования СМО к повышению эффективности выполнения возложенных на них функций и росту эффективности использования средств ОМС.

Частью 5 статьи 28 установлены источники собственных средств страховой медицинской организации. Среди них:

- 10% средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации и дифференцированных подушевых нормативов (п. 5);
- 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической экспертизы (п. 3);
- 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи (п. 2);
- 50% сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества (п. 4).

Опрос 2014 г. показал, что больше половины (54%) СМО, предоставивших ответ на соответствующий вопрос⁴, не сумели реализовать право на использование 10% средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации (филиала) годового объема средств на основе подушевых нормативов, на оптимизацию затрат на оказание медицинской помощи.

Ответ на вопрос «Имели ли место случаи снижения подушевого норматива финансирования Вашей организации (филиала) в связи с ожидаемой возможной экономией первоначально рассчитанного для нее годового объема средств?» предоставили 82,5% респондентов. Из них 38,3% признали, что в их практике были такие случаи.

Чтобы оценить влияние нормы об оставлении СМО 10% от экономии средств, предназначенных для оплаты медицинской помощи, на мотивацию к повышению эффективности использования средств ОМС, респондентам был задан вопрос о том, какая доля такой экономии может активизировать деятельность СМО по оптимизации затрат на оказание медицинской помощи застрахованным. В обоих опросах половина респондентов считают, что 10% – это достаточная сумма для стимулирования СМО к активным действиям по оптимизации затрат на оказание медицинской помощи (55,3% в 2012 г., 50,8% в 2014 г.), немногим более десятой части опрошенных (11,8% в 2012 г., 13,8% в 2014 г.) считают, что необходимая доля должна составлять 20% (рис. 18).

⁴ Ответ на этот вопрос был предоставлен 87,8% респондентов.

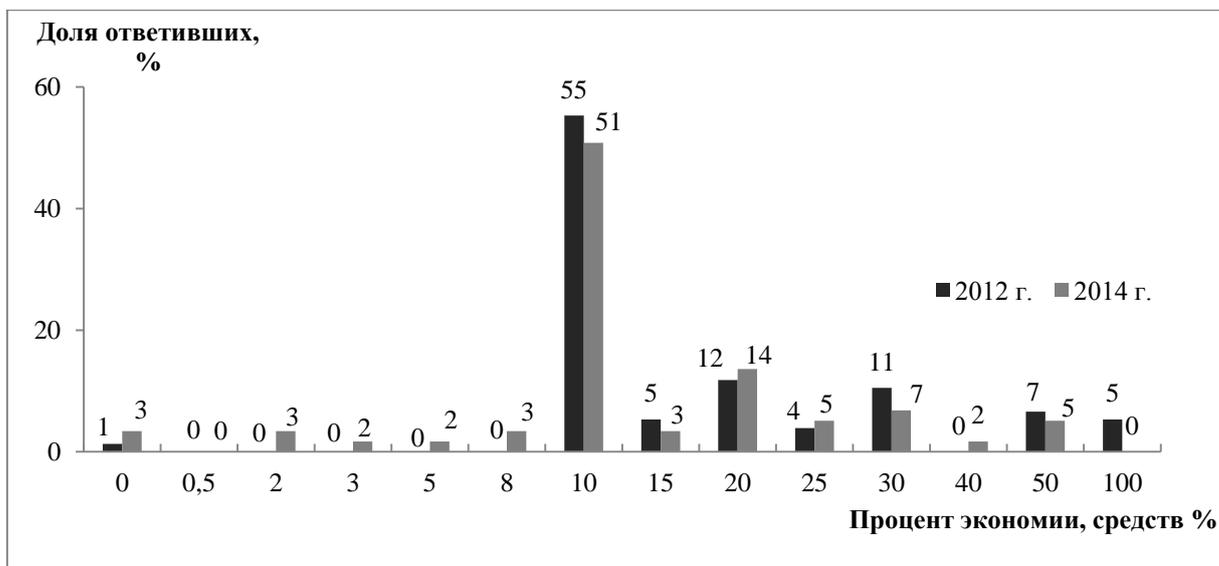


Рис. 18. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, какой процент средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для страховой медицинской организации годового объема средств, мог бы стимулировать Вашу организацию (филиал) к активным действиям, направленным на оптимизацию затрат на оказание медицинской помощи?»

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

Участникам опроса предложили оценить влияние на деятельность их организации нормы закона, предусматривающей зачисление установленного процента штрафов и необоснованных счетов медицинских организаций, выявленных в результате медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в собственные средства страховой медицинской организации (респонденты могли указывать несколько вариантов ответов). Согласно предоставленным данным, в 71,9% СМО к проведению экспертиз стали привлекать специалистов более высокой квалификации, в 45,6% СМО увеличили объемы проводимой медико-экономической экспертизы, в 40,4% организаций увеличили объемы проведения экспертизы качества медицинской помощи. О том, что указанная норма не привела ни к одному из перечисленных результатов, сообщили 7% респондентов (рис. 19).



Рис. 19. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Законодательство об ОМС предусматривает зачисление установленного процента штрафов и необоснованных счетов медицинских организаций, выявленных в результате медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в собственные средства страховой медицинской организации (филиала) к следующим действиям в интересах застрахованных граждан?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

9. Практики оплаты медицинской помощи в системе ОМС

Ответ на вопрос «Какова сложившаяся в Вашем регионе практика оплаты объемов стационарной помощи?» предоставили 86% респондентов. 61,5% из них сообщили, что превышение фактических объемов оказанной стационарной медицинской помощи над плановыми ее объемами не оплачивается (рис. 20). О том, что превышение фактических объемов над плановыми оплачивается по одинаковым тарифам с плановыми объемами, ответили 16,3% респондентов, о практике оплаты внеплановых объемов по более низким тарифам сообщили 14,3% респондентов. 2,0% ответивших указали, что превышение фактических объемов над плановыми оплачивается по одинаковым тарифам, но оплате подлежит только часть внеплановых объемов. В 6,1% случаев респонденты выбрали вариант ответа «Другая практика».

52,6% респондентов предоставили ответы на вопрос: «Если в Вашем регионе оплачивается превышение фактических объемов стационарной помощи над плановыми, то каковы основания для принятия решений?». В подавляющем большинстве случаев (86,7%) по каждому случаю превышения принимается решение Комиссии по разработке территориальной программы ОМС, только 13,3% указали на существование нормативного акта, устанавливающего допустимое превышение, подлежащее оплате.

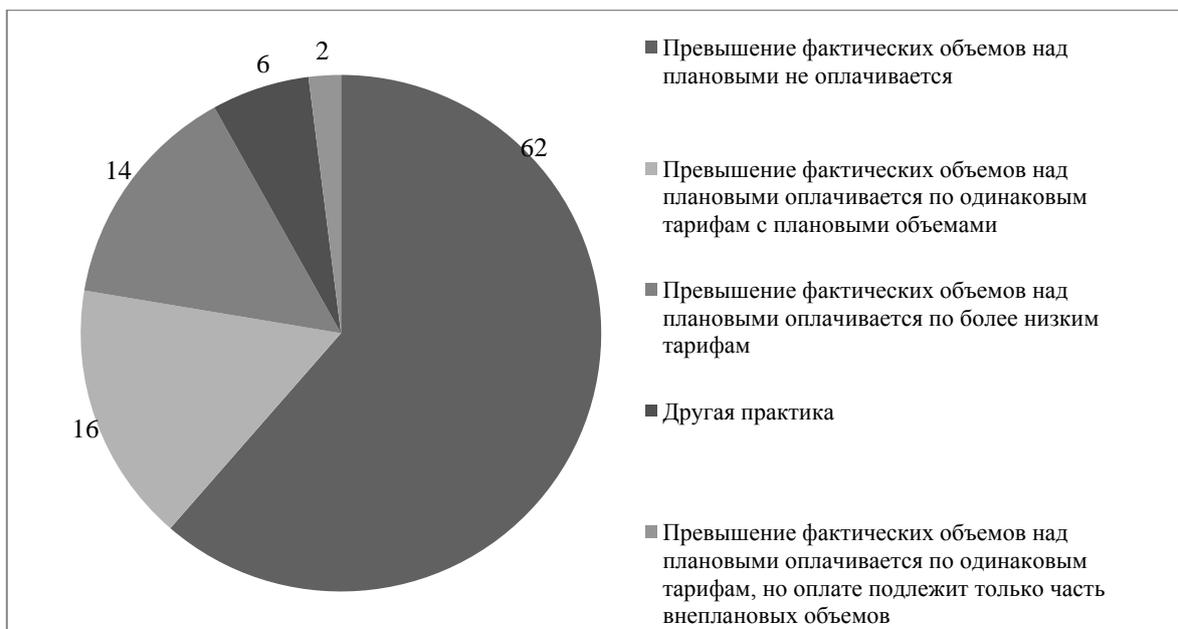


Рис. 20. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какова сложившаяся в Вашем регионе практика оплаты объемов стационарной помощи?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

85,9% респондентов предоставили ответ на вопрос «Каково состояние дел в регионе, в котором работает Ваша организация (филиал), с использованием метода оплаты стационарной помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний». О том, что КСГ уже используется в регионе, указали 69,3% от предоставивших ответ на этот вопрос: их них 36,7% сообщили, что использование этого метода оплаты началось в первой половине 2014 г., 20,4% – о том, что его использование началось в 2013 г., и 12,2% – о том, что его использование началось до 2013 г. 14,3% респондентов ответили, что планируемое начало использования этого метода оплаты – конец 2014 г., а 16,3% – в качестве планируемого срока начала его использования указали 2015 г. или последующие годы (рис. 21). При этом 60% опрошенных СМО находятся в регионах, которые к моменту опроса начали использовать КСГ.

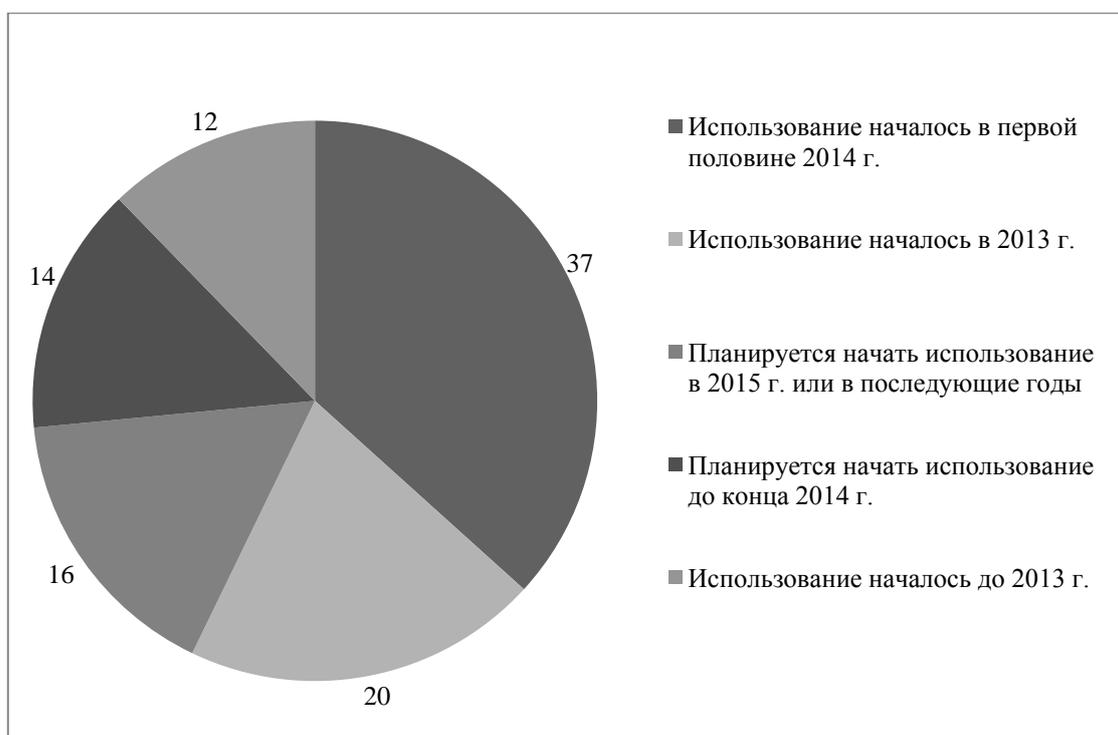


Рис. 21. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Каково состояние дел в регионе, в котором работает Ваша организация (филиал), с использованием метода оплаты стационарной помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Респондентов просили указать, какой перечень клинико-статистических групп (КСГ) используется в их регионе. В большинстве регионов (81,4%) основой для этого метода оплаты является федеральный перечень (рис. 22). Из них в 37,2% ответов указано, что в федеральный перечень включены дополнительные группы, в 7,0% – ряд групп исключен. 23,3% респондентов ответили, что в их регионе используют перечень, разработанный субъектом самостоятельно. Две СМО одновременно выбрали два варианта ответа: об использовании в их регионе федерального перечня и перечня, разработанного самостоятельно.

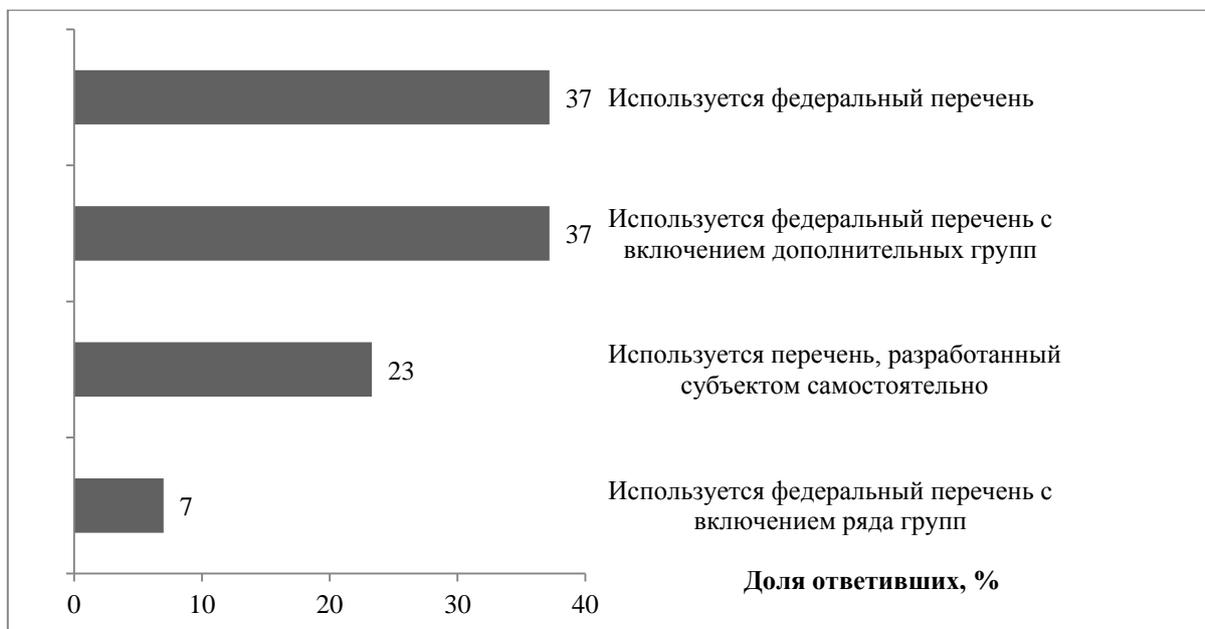


Рис. 22. Распределение ответов респондентов на вопрос: «В какой мере в регионе, в котором работает Ваша организация (филиал), используется федеральный перечень КСГ заболеваний»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

56,8% респондентов ответили, что их организация всю стационарную помощь оплачивает на основе КСГ заболеваний (рис. 23). 29,7% участников опроса указали, что доля стационарной помощи, которую их организация оплачивает на основе КСГ, составляет более 50%.

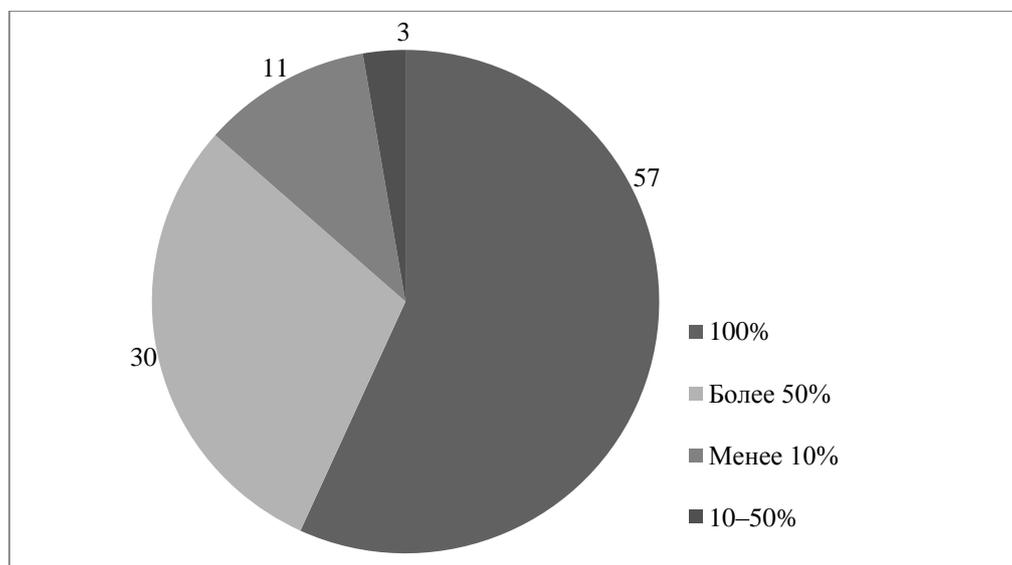


Рис. 23. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какова доля стоимости стационарной помощи, оплачиваемой Вашей организацией (филиалом) на основе КСГ заболеваний?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

Респондентам, имеющим опыт оплаты стационарной помощи по КСГ заболеваний более двух лет, предложили оценить изменение заинтересованности больниц в лечении более сложных пациентов. Мнения разделились: 53,8% отмечают повышение заинтересованности, 46,2% не согласны с этим.

Далее респондентам предложили оценить перспективы непосредственного взаимодействия СМО и медицинских организаций с правом СМО заключать договоры с wybranными ею самой медицинскими организациями из числа участвующих в ОМС и самостоятельно согласовывать с ними объемы медицинской помощи (рис. 25). В качестве возможных перспектив респонденты указали повышение качества первичной медико-санитарной помощи (59,6%), повышение качества (49,1%) и сокращение объемов (45,6%) стационарной помощи, рост объемов стационарозамещающей помощи (43,9%), сокращение объемов скорой медицинской помощи (10,5%).



Рис. 24. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Ваша организация (филиал) получит право заключать договоры с выбранными ею самой медицинскими организациями из числа участвующих в ОМС и самостоятельно согласовывать с ними объемы медицинской помощи, то можно ли ожидать, что это приведет к следующим последствиям?»

Источник: Опрос СМО в 2014 г.

10. Отношение к методам оплаты медицинской помощи в системе ОМС

В период с 2012 по 2014 г. респонденты изменили предпочтения в отношении методов оплаты медицинской помощи в системе ОМС (рис. 25). В 2012 г. почти половина опрошенных (43,5%) в качестве предпочтительного метода оплаты амбулаторно-поликлинической помощи указывали метод подушевого финансирования в сочетании с

дополнительной оплатой по результатам деятельности, в 2014 г. его выбрали только 15,4%. Наиболее предпочтительным в 2014 г. был назван метод фондодержания, когда поликлиника контролирует часть средств, расходуемых на оплату стационарной медицинской помощи, его выбрали 34,5% респондентов, что на 25,5 п.п. выше, чем в 2012 г. Вторым по популярности в 2014 г., как и в 2012 г., стал метод оплаты за законченный случай амбулаторно-поликлинической помощи (с нормированным числом посещений и диагностических исследований), при этом его популярность снизилась: с 37,2 до 24,4%. В обоих опросах такие методы, как оплата за посещение, за каждую детальную услугу по подушевому нормативу, продемонстрировали низкую популярность среди респондентов.

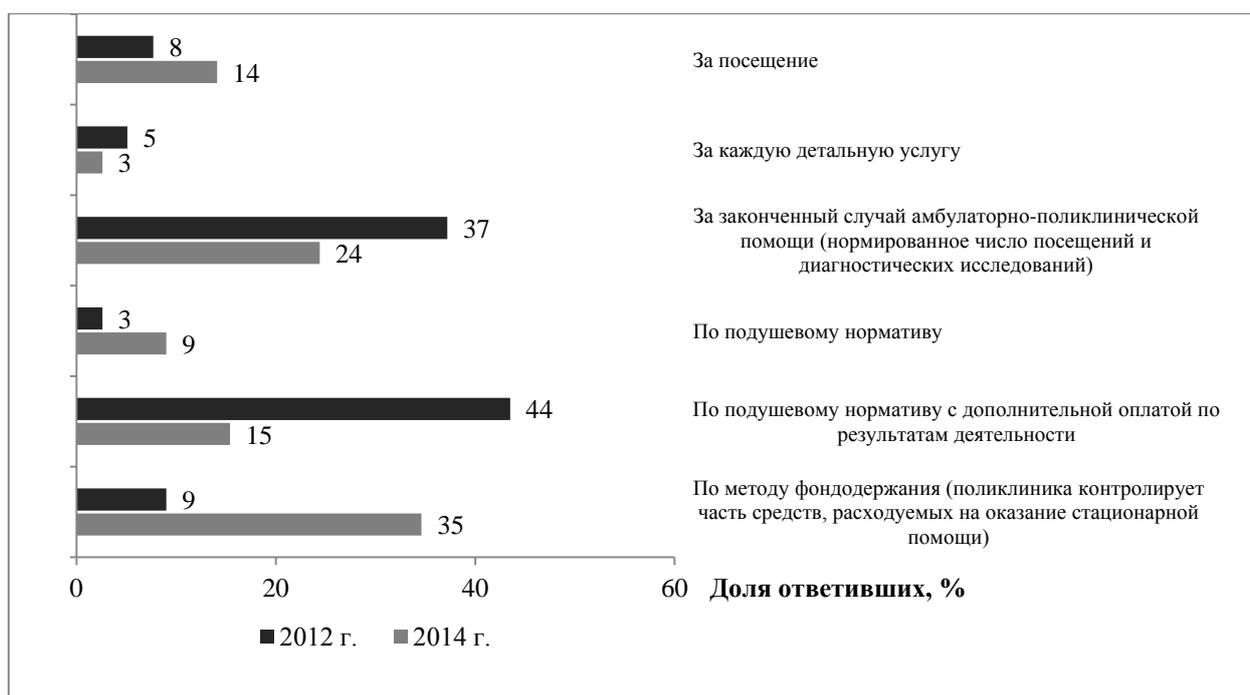


Рис. 25. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какой метод оплаты амбулаторно-поликлинической помощи Вы считаете предпочтительным для использования в системе ОМС?»

Источник: Опросы СМО в 2012 и 2014 г.

Респондентам был также задан отдельный вопрос о прогрессивности такого метода оплаты амбулаторной помощи, как фондодержание. Среди опрашиваемых СМО доля тех, кто считает метод фондодержания прогрессивным, увеличилась на 6,1 п.п.

В рамках проведения опроса вновь была предпринята попытка определить наиболее предпочтительный уровень сосредоточения в руках поликлинического звена средств, предназначенных на оплату стационарной помощи, оказанной прикрепленному населению. Если в 2012 г. большинство респондентов склонялись к тому, что поликлиники должны контролировать 30–50% расходов, такое мнение высказывали 38,5% участников опроса, то в 2014 г. почти половина опрошенных (44,1%) считали, что включение в поду-

шевой норматив более 50% расходов на оказание стационарной помощи более предпочтительно (рис. 26).

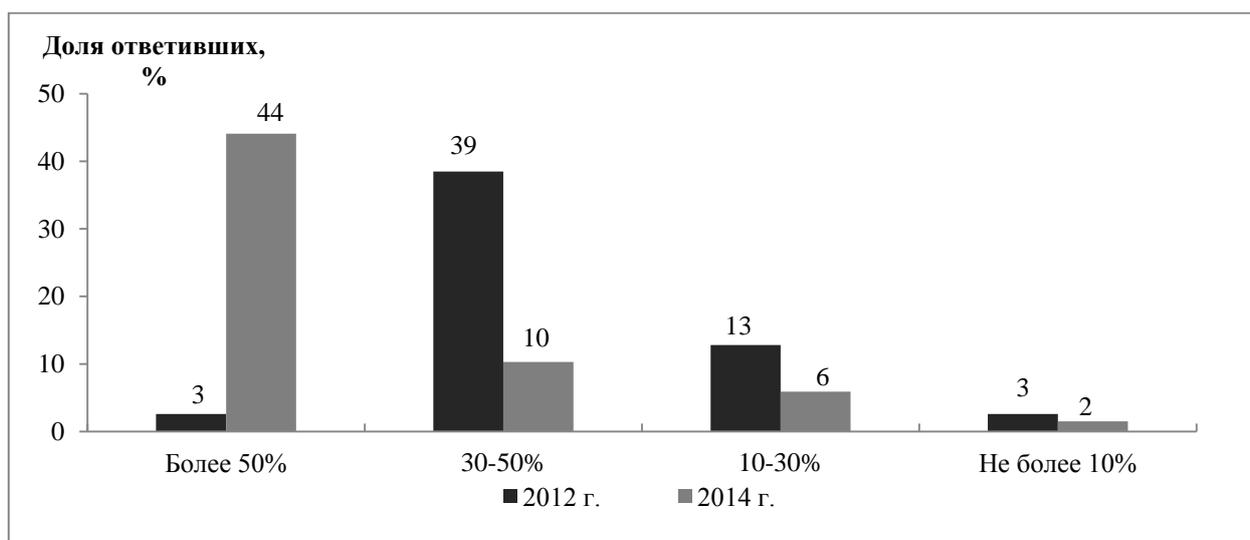


Рис. 26. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Вы считаете метод фондодержания поликлиник прогрессивным, то какую долю расходов на стационарную помощь, на Ваш взгляд, должна контролировать поликлиника?»

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

При изучении мнения СМО о предпочтительных методах оплаты стационарной помощи в 2014 г. респонденты полностью отвергли такие методы оплаты стационарной помощи, как финансирование по смете (в 2012 г. его также не выбрал ни один из опрошенных) и оплату по нормированному для каждого заболевания числу койко-дней (в 2012 г. его в качестве возможного указали 2,6% опрошенных). В обоих опросах крайне низкую популярность показал такой метод, как оплата по числу проведенных койко-дней (3,8% в 2012 г. и 2,4% в 2014 г.).

Как и в случае амбулаторно-поликлинической помощи, у респондентов в период с 2012 по 2014 г. изменились предпочтения относительно метода оплаты стационарной помощи в системе ОМС (рис. 27). В 2014 г. почти половина опрошенных (46,0%) указали в качестве предпочтительного метод оплаты за законченный случай лечения по группам заболеваний (метод клинико-статистических групп), в то время как в 2012 г. его выбрали только 16,7%. Также около половины респондентов (44,9%) в 2014 г. сохранили приверженность методу оплаты за законченный случай лечения по конкретным заболеваниям на основе медико-экономических стандартов. Именно он был безоговорочным лидером (74,4%) в 2012 г.



Рис. 27. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какой метод оплаты стационарной помощи из перечисленных ниже Вы считаете предпочтительным для использования в системе ОМС?» (некоторые СМО указали 2 метода, некоторые не дали никакого ответа на вопрос)

Источник: Опросы СМО в 2012 г. и 2014 г.

11. Заключение

Исследование роли страховых медицинских организаций в модернизированной российской системе ОМС показывает, что граждане стали в растущей степени использовать предоставленное им право прямой, без посредников, смены страховой медицинской организации. При этом уровень конкуренции между СМО за застрахованных значительно вырос в 2014 г. по сравнению с 2012 г.

СМО активизировали проведение различных мероприятий по информированию населения, но основной акцент по-прежнему делают на информировании населения о своей деятельности, нежели чем о деятельности медицинских организаций и о качестве предоставляемой медицинской помощи.

Полученные результаты свидетельствуют, что значительную часть СМО уже неправомерно считать пассивными посредниками в движении финансовых средств между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями. Расширяется их участие в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи и активизировались попытки влиять на его улучшение. Но влияние СМО на определение плановых объемов медицинской помощи, на улучшение ее качества остается небольшим. Введенные механизмы экономического стимулирования более эффективной работы СМО подталкивают их не к оптимизации затрат на оказание медицинской помощи, а к увеличению объема проверок меди-

цинских организаций и выставленных штрафных санкций. Поэтому вопрос об определении рациональной роли СМО в системе ОМС продолжает оставаться открытым.

Литература

1. *Гришин В.В.* Регулирование процессов становления страховой медицины. М.: Наука, 1997.
2. *Власов В.В., Воробьев П.А., Гонтмахер Е.Ш. и др.* Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2030 гг. М., 2013 <<http://www.nacmedpalata.ru/?action=show&id=12658>>.
3. *Карчевская С.А., Кравчук С.Г., Потапчик Е.Г., Селезнева Е.В., Шишкин С.В.* Влияние нового законодательства об обязательном медицинском страховании на деятельность страховых медицинских организаций // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. 2013. № 4. С. 58–63.
4. Межрегиональный союз медицинских страховщиков. Разработка целевой модели медицинского страхования. М., 2013.
5. НИУ ВШЭ (Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»): отчет о научно-исследовательской работе «Направления и механизмы формирования интегрированной, транспарентной и эффективной системы здравоохранения». Раздел 1.8. Анализ влияния принятия нового закона об обязательном медицинском страховании на функционирование страховых медицинских организаций. М., 2012.
6. *Шейман И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007.
7. *Шишкин С.В.* Реформа финансирования российского здравоохранения. М.: Теис, 2000.

Приложение

Таблица III. Перечень страховых медицинских организаций и их филиалов, принявших участие в опросах 2012 г. и 2014 г.

1	Альфастрахование-МС	2
2	АСК-Мед	2
3	Астрamed-МС	3
4	ГСМК	2
5	Даль-Росмед	1
6	Ингосстрах-М	2
7	Капитал-полис Мед	3
8	МАКС-М	1
9	Медстрах	1
10	Надежда	1
11	Панацея	1
12	РЕСО-Мед	4
13	Росно-МС	2
14	Сахамедстрах	1
15	Сибирский Спас-Мед	3
16	СИМАЗ-МЕД	1
17	СОГАЗ-Мед	34
18	Согласие-М	2
19	Спасение	4
20	Спасские ворота-М	3
21	Страж	1
22	Чувашия-Мед	1
23	Югория-Мед	3
	Итого	78

Таблица П2. Число страховых медицинских организаций и их филиалов, принявших участие в обоих опросах 2012 г. и 2014 г., по субъектам РФ

Субъекты РФ	Число опрошенных СМО
Амурская область	1
Архангельская область	1
Астраханская область	1
Брянская область	1
Владимирская область	1
Волгоградская область	1
Воронежская область	1
г. Москва	3
г. Санкт-Петербург	4
Еврейская автономная область	1
Ивановская область	1
Иркутская область	1
Калининградская область	1
Камчатский край	1
Кемеровская область	1
Красноярский край	3
Курганская область	1
Ленинградская область	2
Московская область	2
Мурманская область	2
Нижегородская область	2
Новосибирская область	1
Оренбургская область	1
Орловская область	2
Пермский край	3
Республика Башкортостан	3
Республика Бурятия	1
Республика Коми	1
Республика Марий Эл	1
Республика Мордовия	1
Республика Саха (Якутия)	1
Республика Татарстан	1
Республика Хакасия	3
Ростовская область	2
Рязанская область	2
Самарская область	1
Саратовская область	1
Сахалинская область	1
Свердловская область	2
Смоленская область	1
Томская область	1
Тюменская область	2
Удмуртская Республика	3
Хабаровский край	2
ХМАО-Югра	2
Челябинская область	2
Чувашская Республика	1
Чукотский автономный округ	1
Ямало-Ненецкий АО	1
Ярославская область	2
Итого	78

Препринт WP8/2015/04
Серия WP8
Государственное и муниципальное управление

Шишкин Сергей Владимирович, Сажина Светлана Владимировна,
Селезнева Елена Владимировна

**Страховые медицинские организации
в системе обязательного медицинского страхования:
что изменилось после проведения ее реформы?**