

Конкурентная модель участия страховых медицинских организаций в системе ОМС¹

Ключевые слова

ОМС, страховые планы, финансовые риски страховых компаний

И.М. Шейман, проф.
кафедры управле-
ния и экономики
здравоохранения,

НИУ “Высшая школа
экономики”



Написать автору
WWW.ZDRAV.RU

В СВОЕМ ВЫСТУПЛЕНИИ НА ГАЙДАРОВСКОМ ФОРУМЕ В ЯНВАРЕ 2011 Г. МИНИСТР ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИИ Т.А. ГОЛИКОВА СООБЩИЛА, ЧТО СИСТЕМА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДАЛЕЕ – ОМС) НЕ СБАЛАНСИРОВАНА ПОЧТИ НА 100 МЛРД РУБ.² ЭТО ДЕЛАЕТ АКТУАЛЬНОЙ РАЗРАБОТКУ НОВЫХ МОДЕЛЕЙ ОМС, НАЦЕЛЕННЫХ НА БОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНУЮ ОРГАНИЗАЦИЮ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ И СНИЖЕНИЕ ИЗДЕРЖЕК.

Одна из таких моделей – конкурентная – предполагает повышение рисковой составляющей в деятельности страховых медицинских организаций (далее – СМО), а также значительное повышение их роли в системе ОМС. Вместе с тем увеличение рисков СМО может привести не только к их активному участию в управлении лечебно-диагностическим процессом, но и к конкуренции за более здоровых пациентов.

Вариация страховых программ в рамках рисковой модели ОМС

Существенный аргумент в пользу рисковой (конкурентной) модели ОМС – стимулирование СМО на создание различных программ страхования. Это возможно, поскольку в зависимости от размера страховой премии (дополнительно к установленному подушевому нормативу) можно дифференцировать условия реализации базовой программы ОМС.

В тех европейских странах, где используются конкурентные модели, дифференциация условий реализации программы ОМС осуществляется по следующим основаниям³:

- по набору услуг;
- по размеру страховой премии;
- по размеру соплатежа застрахованных (если он существует);
- по перечню поставщиков медицинских услуг (самый дорогой страховой план предполагает возможность выбора застрахованным любого ЛПУ, более дешевые – только тех ЛПУ,

¹ Окончание. Начало см. “Здравоохранение”, 2012, № 3.

² <http://ria.ru/society/20120120/544265128.html>

³ Van de Van et al., 2003.

НЕОБХОДИМО ИЗМЕНИТЬ МОТИВАЦИЮ СМО – НАДЕЛИТЬ СМО ФУНКЦИЯМИ СТРАХОВЩИКА И ПРЕДОСТАВИТЬ ИМ ПРАВО УЧАСТВОВАТЬ В УПРАВЛЕНИИ ФИНАНСОВЫМИ РИСКАМИ – УПРАВЛЯТЬ УБЫТКАМИ В СИСТЕМЕ ОМС И ПОЛУЧАТЬ ДОХОД ОТ ЭФФЕКТИВНОГО УПРАВЛЕНИЯ.

Д. Кузнецов, генеральный директор
Межрегионального союза медицинских страховщиков

которые включены в определенный перечень).

Вариации страховых планов присутствуют во всех европейских странах с конкурентной моделью ОМС.

Важно ➤ В России страховые медицинские организации действуют в “закрытой сверху” системе финансирования и не имеют средств на оказание дополнительных услуг ■

Маловероятно, что необходимые средства появятся при реализации третьего варианта рискованной модели⁴, но они вполне могут быть сформированы при первых двух вариантах.

При этом возможны страховые планы, предусматривающие:

- использование отдельных медицинских технологий, которые не указаны в базовой программе ОМС (в этом отношении особенно интересен опыт больничных касс в Германии);

- программы ведения больных с хроническими заболеваниями (например, астмой, диабетом, гипертонической болезнью и т. д.) (СМО, участвующие в реализации таких программ, получают более высокий размер подушевого финансирования. Такие программы широко распространены в Германии и Нидерландах);
- программы с акцентом на работу первичного звена здравоохранения (например, программы обслуживания врачами общей практики);
- программы с акцентом на формирование здорового образа жизни;
- оказание содействия выбору пациентом медицинской организации и врача (предоставление дополнительной информации о результатах работы, квалификации кадров, оборудовании и т. п. в различных медицинских организациях);
- предоставление медицинской помощи только в медицинских организациях, входящих в определенный перечень (без права расширения перечня, но при более низком размере вариативной части страхового взноса);

⁴ Первый вариант – разделение страхового взноса страхователей на рисковую и нерисковую составляющие, второй – введение страховых взносов населения в качестве рискованной составляющей, третий – разделение действующего подушевого норматива финансирования СМО на рисковую и нерисковую составляющие.

Оценка рисков



ОТСУТСТВИЕ У РОССИЙСКИХ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, РАБОТАЮЩИХ В СИСТЕМЕ ОМС, СРЕДСТВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ УСЛУГ ЗАСТРАХОВАННЫМ



ВЕРОЯТНОСТЬ СЕЛЕКЦИИ СТРАХОВЫХ РИСКОВ – ПРОЩЕ ОБСЛУЖИВАТЬ БОЛЕЕ ЗДОРОВЫХ ЗАСТРАХОВАННЫХ, ЧЕМ АКТИВНО РАБОТАТЬ С ЛПУ



НЕРАВЕНСТВО ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОТРЕБЛЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СВЯЗИ С ИХ РАЗНОЙ ПЛАТЕЖЕСПОСОБНОСТЬЮ

- дополнительную информационную поддержку застрахованных (услуги “колл-центра”);
- предоставление дополнительного сервиса в медицинских организациях;
- возмещение части соплатежей пациентов в случаях, предусмотренных программой государственных гарантий (например, в части лекарственного страхования).

Теоретически возможно в рамках ОМС выделить отдельную программу по “катастрофическим” рискам (по примеру Нидерландов). Это позволит сконцентрировать ресурсы для лечения наиболее сложных заболеваний. Однако на практике создать такую программу без существенного повышения размера страхового взноса на ОМС нереально.

Размер рисков составляющей деятельности СМО

Превращение СМО в носителей финансовых рисков может существенно повысить их активность как покупателей медицинской помощи, стремящихся оптимизировать свои затраты. В то же время появляется мотивация СМО на селекцию рисков в виде отбора более здоровых контингентов населения. Это подрывает принцип общественной солидарности, на котором основана система ОМС.

Ключевой вопрос рыночных реформ в здравоохранении – как совместить принцип конкуренции СМО с принципом общественной солидарности при ОМС?

Существует прямая зависимость между уровнем рисков СМО в системе ОМС и уровнем отбора здоровых контингентов населения: чем больше рисковая составляющая, тем значительнее селекция рисков.

Важно ➤ В какой-то момент затраты, связанные с селекцией рисков, становятся более оправданными, чем те, которые

связаны с управлением медицинской помощью, – СМО проще обслуживать более здоровых застрахованных, чем активно работать с медицинскими организациями. ■

Европейские страны, в которых используется рисковая модель, начинали с невысокой доли финансовой ответственности страховщиков за отклонения фактических расходов от плановых. Так, в Нидерландах в 1993 г. эта доля поначалу составляла 3% от суммы отклонения и только постепенно была доведена до 63%.

Другая проблема – взаимосвязь размеров финансовых рисков СМО и выравнивания условий финансирования страховщиков по дифференцированному подушевому нормативу.

Общее правило таково: повышение финансовой ответственности страховщиков тем более возможно, чем более корректна формула выравнивания условий финансирования (чем лучше учитываются различия потребностей в медицинской помощи у разных групп населения и чем точнее прогнозируются затраты). Если предстоящие затраты страховщиков планируются достаточно точно, то высокий размер финансовых рисков для них менее опасен, и наоборот: при некорректной формуле выравнивания опасно перекладывать на страховщиков ответственность за возможное превышение фактических расходов над плановыми. Поиск наиболее точной формулы выравнивания рисков – условие построения рациональной системы разделения рисков.

Опасность селекции рисков будет намного выше при третьем варианте рисковей модели (при разделении подушевого норматива финансирования на рисковую и нерисковую части). В этом случае возможности привлечения дополнительных средств отсутствуют, а страховщики не смогут переложить растущие риски на

страхователей (как в первой и второй моделях).

С учетом того, что третий вариант более реалистичен, мы рекомендуем начать с невысокой доли ответственности СМО за сверхнормативные расходы – на уровне примерно 3–5% от суммы отклонения. Большую часть отклонений должны покрывать фонды ОМС.

По мере повышения размера страховой премии и применения более точной формулы выравнивания рисков можно повышать и долю рискованной части. Считаем, что в ближайшем будущем будет трудно выйти на уровень выше 30–35% от суммы отклонения, поскольку более высокие риски могут усилить селекцию рисков со стороны СМО. Это отрицательно скажется на доступности медицинской помощи для пациентов, относящихся к категории “плохих” рисков; понадобится организация, которая возьмет на себя их страхование и будет действовать на безрисковой основе.

Функции страховщиков в конкурентной модели ОМС

Государство должно четко определить ожидания от внедрения рискованной модели ОМС. Если ограничиться господствующими сегодня представлениями о задачах СМО (защита прав пациентов и контроль качества), то мы обречены на профанацию страхового принципа.

Необходимо расширить круг задач и функций страховщиков, выделив главную задачу – повышение вклада СМО в эффективность функционирования системы здравоохранения. Только это может оправдать затраты на реализацию конкурентной модели ОМС.

Опыт ряда российских регионов (например, Кемеровской области) свидетельствует о том, что СМО могут быть реальной силой, способной влиять на реструктуризацию здравоохранения и повышение эффективности использова-

ния ресурсов отрасли. Это связано не столько с рыночной конкуренцией, сколько с административным давлением, с установлением нормативных требований к деятельности страховщиков.

Считаем, что помимо “стандартных” функций, выполняемых сегодня, у СМО должны появиться еще две, нацеленные на эффективное использование ресурсов:

- организация предоставления медицинской помощи;
- содействие внедрению и поддержанию инноваций в системе здравоохранения.

Первая функция предусмотрена действующим законодательством, однако приходится констатировать, что выполняется она явно недостаточно. СМО должны не только обеспечить доступность медицинской помощи для застрахованных, но и создать условия для более эффективного использования ресурсов отрасли. Страховщики должны поддерживать распространение института врача общей практики, оказывать содействие в построении системы экономического управления в медицинских организациях и т. д.

Важно ➤ В конкурентной модели ОМС перечисленные функции выполняются СМО не только по требованию государства, но и в силу рыночных условий, – в целях получения доходов и укрепления рыночных позиций ■

Например, участие СМО в администрировании системы оплаты медицинской помощи по принципу “поликлиника-фондодержатель” дает возможность переложить часть финансовых рисков на первичное звено здравоохранения. У поликлиник появляется стимул для оказания части дорогостоящей медицинской помощи в амбулаторных условиях, что снижает затраты СМО. Это, в свою оче-

редь, позволяет установить более низкий размер соплатежа застрахованных и является конкурентным преимуществом для СМО.

Функция организации медицинской помощи означает, что СМО планируют и согласовывают с медицинскими организациями объемы медицинской помощи, управляют этими объемами и контролируют выполнение договорных обязательств со стороны ЛПУ.

При этом страховщики:

- отслеживают появление и анализируют “зоны неэффективности”;
- планируют потоки пациентов на разные уровни оказания медицинской помощи (и в разные ЛПУ);
- участвуют в выборе медицинских технологий, имеющих наибольшую эффективность;
- участвуют в разработке территориальных программ государственных гарантий и планов реструктуризации лечебно-профилактической сети;
- корректируют целевые показатели реструктуризации лечебно-профилактической сети применительно к своим контингентам застрахованных;
- участвуют в формировании заданий ЛПУ по объемам медицинской помощи;
- определяют условия оплаты при отклонениях от согласованных объемов медицинской помощи;
- влияют на экономическую мотивацию ЛПУ для обеспечения целевых показателей реструктуризации.

Важнейшее требование к страховщику – разработка операционного плана, в котором он устанавливает планируемые объемы и структуру медицинских услуг.

При выполнении функции управления объемами медицинской помощи страховщики курируют следующие вопросы:

- проведение организационных мероприятий по оптимизации объемов медицинской помощи;

ПРЕВРАЩЕНИЕ СМО В НОСИТЕЛЕЙ ФИНАНСОВЫХ РИСКОВ МОЖЕТ СУЩЕСТВЕННО ПОВЫСИТЬ ИХ АКТИВНОСТЬ КАК ПОКУПАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, СТРЕМЯЩИХСЯ ОПТИМИЗИРОВАТЬ СВОИ ЗАТРАТЫ.

- санкционирование получения некоторых видов услуг (например, дорогостоящих услуг, оказываемых в плановом порядке);
- внедрение методов стимулирования работы первичного звена здравоохранения;
- создание условий для формирования многоуровневой системы оказания медицинской помощи.

По существу все это содействует выполнению ЛПУ договорных объемов медицинской помощи.

С введением планирования объемов медицинских услуг возникает потребность в мониторинге их оказания. Наличие у страховщиков персонифицированной базы данных о пролеченных больных позволяет провести детальный анализ обоснованности назначений, госпитализаций, консультаций, объемов потребления лекарственных средств и т. д.

До тех пор, пока не сформируется конкурентная среда и рынок не начнет “отбраковывать” СМО, не способные выполнять перечисленные функции, требуется внешняя оценка эффективности деятельности страховых компаний (а возможно, и дифференциация размера норматива на ведение дела). Для этого необходимы четкие критерии оценки деятельности СМО, а также правила лишения их лицензии.

Изменение задач и функций СМО, установление новых требований к ним – необходимые, но не достаточные условия построения конкурентной модели ОМС. Предстоит большая работа по созданию институциональных условий для эффективной конкуренции.

Риски реализации конкурентной модели ОМС

Первый риск реализации конкурентной модели ОМС – вероятность финансовой неустойчивости части страховых компаний в связи с увеличением рисков составляющей при их деятельности. Необходимо провести предварительную “очистительную работу” – убрать из системы ОМС мелкие страховые компании. Вот почему новые требования к размеру страхового капитала СМО являются своевременной мерой (не исключено, что эти требования придется повышать). Кроме того, необходимо предусмотреть механизм оперативной передачи застрахованных в более устойчивые страховые компании.

Второй риск – опасность усиления неравенства пациентов в отношении доступности определенных видов медицинской помощи при реализации первого и второго вариантов моделей ОМС. При существенной вариативности страхового взноса возможна ситуация, когда для части населения некоторые эффективные страховые планы (например, программы ведения больных с хроническими заболеваниями) будут недоступны (правда, значение этого риска преувеличивать не стоит).

Важно ➤ Платежеспособность обращающегося за помощью давно определяет объем и качество услуг, доступных для пациента. Неравенство при потреблении медицинской помощи стало реальностью ■

Третий риск – возможность СМО отбирать более здоровые контингенты населения, используя механизмы расширения пакета услуг. Даже в странах с развитой системой выравнивания условий финансирования страховщиков сохраняется заинтересованность СМО в том, чтобы страховать более здоровых пациентов.

Например, предлагая дополнительные услуги, которые привлекательны для молодых (и в среднем более здоровых) людей и менее актуальны для пожилых (и менее здоровых), страховщики могут влиять на соотношение разных контингентов застрахованных в своем страховом портфеле.

Чтобы уменьшить этот риск, необходимо совершенствовать формулу выравнивания финансового обеспечения страховщиков. Для этого требуется накапливать информацию о ранее произведенных затратах на лечение застрахованных – иначе невозможно создать равные условия для конкуренции СМО и для их мотивации на повышение эффективности системы оказания медицинской помощи, а не на селекцию рисков (подробнее см.: *Шейман И.М.*, 2007, гл. 9).

Считаем целесообразным апробировать рисковую модель ОМС в двух-трех регионах страны, создав для этого все необходимые правовые основания. Реализация пилотного проекта позволит конкретизировать условия для успешного внедрения новой модели ОМС и оценить целесообразность ее масштабного применения.

Обсудите на сайте
WWW.ZDRAV.RU

Список использованной литературы

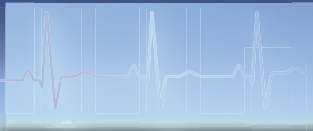
1. *Зеленский В.А.* Пресс-конференция в ИА “Интерфакс” // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, 2011, № 4. С. 7.
2. *Шейман И.М.* Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2007.
3. *Юрин А.В.* Обязательное медицинское страхование в 2010 г. // Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации, 2011, № 4. С. 15.
4. *Van de Ven W.* Regulated Competition in Health Care: Lessons for Europe From the Dutch “Demonstration Project” //

Annual Conference "Managing Healthcare Markets" of the European Healthcare Management Association. – Warsaw, June, 1993.

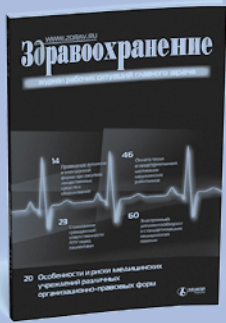
5. Van de ven W., Beck K., Bucher F., Chernichovsky D., Gardial J., Holl A., Laber L., Schokkaer E., Wassem J., Zmora J. Risk adjustment and risk selection on the sickness

fund insurance market in five European countries // Health Policy, 65 (2003), p. 75–98.

6. Van de Ven W. Risk adjustment and risk equalization: what needs to be done? // Health Economics, Policy and Law. 2011, № 6, p. 147–156.



Читайте в мае в журнале
«Здравоохранение»



- Закупка продуктов питания для ЛПУ
- Приобретение ЛПУ оборудования в ЛИЗИНГ

Выгодная подписка в редакции по телефону:
(495) 937-9082 или на сайте **www.shop.mcfr.ru**

На почте по каталогам (полугодовые индексы): «Роспечать» – 72715, «Почта России» – 99732, «Пресса России» – 40533