

качества является обучение медицинских специалистов. Страховые компании могут сами напрямую работать с медицинскими организациями, участвовать в подготовке медицинских кадров.

Для повышения качества помощи страховые организации в некоторых странах в дополнение к базовой программе ОМС предлагают услуги сверх определенного законом минимума. Это могут быть как дополнительные услуги к базовой программе ОМС, так и сервисные услуги, например, информационное сопровождение пациентов.

Среди факторов, оказывающих влияние на снижение стоимости ОМС, следует выделить отбор поставщиков с лучшим соотношением цены и качества услуг, оптимизацию процесса оказания медицинской помощи, а также сокращение административных затрат.

Однако при всех достоинствах конкуренции в системе ОМС могут возникать риски негативного отбора и ухудшения медицинского обслуживания. Для максимизации прибыли страховая организация может начать ориентироваться на более здоровых клиентов и пытаться избавиться от пациентов, которые приносят убытки. Сотрудники страховщика могут получать поощрение за заключение договоров с «правильными» клиентами. Для таких лиц страховые компании могут

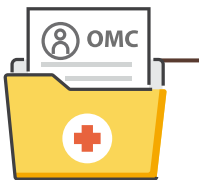


Николай Авксентьев

*Советник директора НИФИ
Минфина России*

предлагать соответствующие дополнительные продукты, интересные нужной целевой аудитории.

Стремление к максимальному снижению издержек может отразиться и на качестве медицинской помощи. Однако любые подобные действия неизбежно приведут к снижению репутации компании и оттоку клиентов. Кроме того, в России и зарубежных странах используются различные инструменты для борьбы с негативными стратегиями: законодательный запрет на осуществление отбора клиентов и перерас-



НЕОБХОДИМЫЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ КОНКУРЕНЦИИ В СФЕРЕ ОМС:

- свободный выбор страховой организации потребителем
- наличие нескольких доступных страховых организаций
- возможность дифференциации страхового продукта
- прямая связь между объемом и качеством деятельности страховой организации и величиной собственного дохода



ПОЗИТИВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОНКУРЕНЦИИ:

- повышение качества медицинской помощи
- снижение стоимости медицинской помощи

пределение страховых премий в зависимости от принятого страховщиком риска.

В целом, практика показывает, что удовлетворенность пациентов страховой системой здравоохранения, где задействованы механизмы конкуренции, выше, чем удовлетворенность классической бюджетной системой. Это позволяет говорить о том, что достоинства конкурентной системы ОМС обычно оказываются более сильными, нежели потенциальные риски.

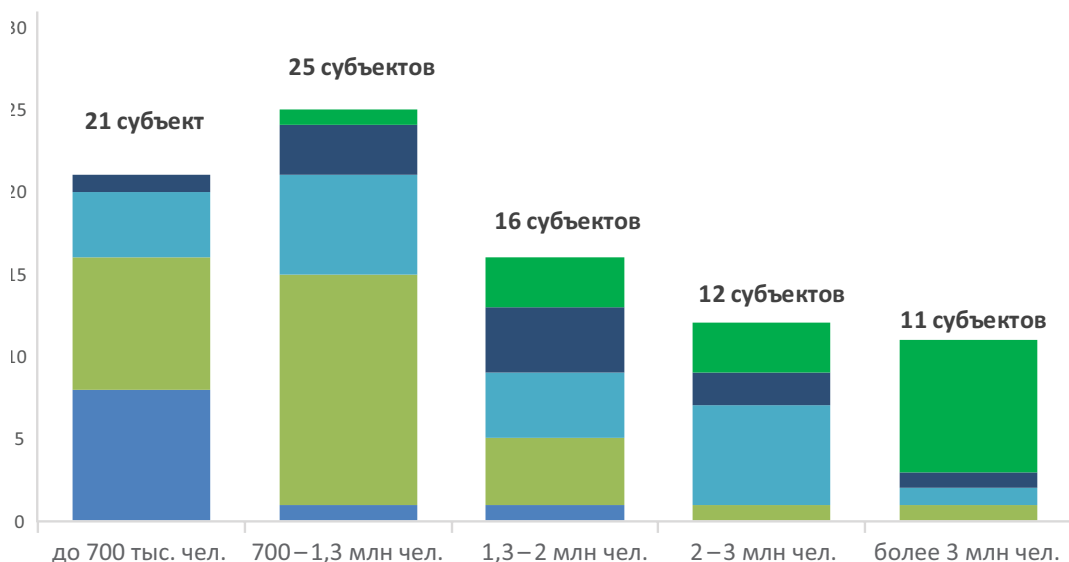
ПРАВО ВЫБОРА

В Российской Федерации застрахованный свободно выбирает страховую компанию. Однако у нас не сформированы условия для дифференциации страхового продукта. Федеральный закон № 326-ФЗ¹ устанавливает жесткие рамки для системы медицинского страхования, определяет базовую программу ОМС, предписывает характер

взаимодействия между основными участниками. Здесь страховая компания ничего менять не может. Выбор вариантов действий, по сути, возможен только в системе информационного сопровождения.

В настоящее время важнейший фактор выбора страховой медицинской организации — ее территориальная доступность. Однако поскольку существует определенная стоимость выхода на рынок (открытие офисов, заключение договоров и т. п.) в том или ином субъекте федерации, данные инвестиции в дальнейшем должны быть компенсированы. А это зависит от количества клиентов. Получается, что в субъектах Федерации с численностью населения до 800 тыс. человек действуют одна или две страховые медицинские организации, а в субъектах с населением более 3 млн человек работают уже 5 организаций и более. Там, где больше организаций, конкуренция, естественно, выше.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ СУБЪЕКТОВ РФ ПО ЧИСЛУ СМО И ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ



¹ Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 № 326-ФЗ.

В условиях России страховые компании, безусловно, заинтересованы в привлечении новых клиентов. Однако на практике переход застрахованных между ними, в основном, осуществляется при слияниях и поглощениях, а не по решению потребителей. Это происходит в силу того, что население не видит разницы между страховыми компаниями, возможно, за исключением их территориальной доступности. Сами страховые компании не обладают достаточными рычагами для повышения качества и, как следствие — дифференциации продукта. Кроме того, страховые организации не в полной мере видят экономические выгоды от таких действий. В результате конкуренция между страховыми организациями в системе ОМС в России остается низкой.

ВЫСОКОКОНКУРЕНТНАЯ МОДЕЛЬ

В качестве примера высококонкурентной модели ОМС можно привести Нидерланды, где доступны совершенно разные типы страховых планов. Это дает возможность людям выбирать наиболее подходящий вариант страховки исходя из личных целей и приоритетов. Например, в одних вариантах застрахованные могут получать медицинскую помощь в любых медицинских организациях, однако они вначале должны оплатить ее из своего кармана — страховая компания впоследствии компенсирует им расходы в соответствии с рыночной ценой на аналогичные услуги. Это один из наиболее дорогих вариантов ОМС. В других, более экономных для населения вариантах, страховая компания проводит предварительный отбор медицинских организаций, в которых можно получить помощь бесплатно. При обращении в иные организации предусмотрена значительная сооплата со стороны застрахованного.

То, что у нас предлагалось как ОМС+ или дополнение к базовой программе страхования, очень распространено в Нидерландах, так как покрывает те расходы, которые не включены в базовую программу страхова-

В субъектах Федерации с численностью населения до 800 тыс. человек действуют одна или две страховые медицинские организации, а в субъектах с населением более 3 млн человек работают уже 5 организаций и более. Там, где больше организаций, конкуренция, естественно, выше.

ния — стоматология, физиотерапия. Выбирая для дополнения базовой программы те расходы, которые интересны потребителю, страховые организации могут конкурировать по составу страхового продукта.

В итоге, в Нидерландах меняют своего страховщика в течение года от 4 до 7 % застрахованных, что даже выше, чем на рынке автострахования, и является показателем высокого уровня конкуренции на рынке медицинских услуг. Четыре объединения страховых медицинских организаций обслуживают 90 % клиентов.

Нам представляется, что в условиях России для развития конкуренции можно подумать о переходе к медицинским округам с населением до 5–7 млн человек, объединяющим 2–3 субъекта Федерации, где будет достаточно места для конкуренции между 5 и более страховыми организациями.

Кроме того, имеет смысл увеличить возможности страховых организаций по дифференциации продукта, предоставить им дополнительные полномочия по организации маршрутизации пациентов и управления качеством в системе ОМС.

И последнее: нужно усилить мотивацию страховых организаций, повысить их финансовую ответственность за результаты собственной деятельности.