Санкт-Петербургский государственный университет

Высшая школа менеджмента

**КОНКУРЕНЦИЯ МЕЖДУСТРАХОВЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Выпускная квалификационная работа студента 4 курса направление 38.03.04 -

Государственное и муниципальное управление, шифр образовательной программы

СВ.5072.2014.

**Забегаевой Варвары Евгеньевны**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Научный руководитель:

к.э.н., доцент кафедры государственного и муниципального управления

**Скляр Татьяна Моисеевна**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Санкт-Петербург

2018

**ЗАЯВЛЕНИЕ О САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ВЫПОЛНЕНИИ ВЫПУСКНОЙ КВАЛИФИКАЦИОННОЙ РАБОТЫ**

Я, Забегаева Варвара Евгеньевна, студентка 4 курса направления 38.03.04  «Государственное и муниципальное управление», заявляю, что в моей выпускной квалификационной работе на тему «Конкуренция между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации», представленной в службу обеспечения программ бакалавриата для публичной защиты, не содержится элементов плагиата. Все прямые заимствования из печатных и электронных источников, а также из защищённых ранее курсовых и выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций имеют соответствующие ссылки.

Мне известно содержание п. 6.3 Правил обучения по основным образовательным программам высшего и среднего профессионального образования в СПбГУ о том, что «Требования к выполнению курсовой работы устанавливаются рабочей программой учебных занятий», п. 3.1.4 Рабочей программы учебной дисциплины «Выпускная квалификационная работа по менеджменту» о том, что «Обнаружение в ВКР студента плагиата (прямое или контекстуальное заимствование текста из печатных и электронных источников, а также и защищенных ранее выпускных квалификационных работ, кандидатских и докторских диссертаций без соответствующих ссылок) является основанием для выставления комиссией по защите курсовых работ оценки «незачтено (F)», и п. 51 Устава федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный университет» о том, что «студент подлежит отчислению из Санкт-Петербургского университета за представление курсовой или выпускной квалификационной работы, выполненной другим лицом (лицами)».

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Подпись студента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Дата)

Оглавление

[Введение 5](#_Toc514665751)

[Глава 1.Роль государства и рынка в системе медицинского страхования 7](#_Toc514665752)

[1.1 Проявления несостоятельности рынка в здравоохранении 7](#_Toc514665753)

[1.2 Модели организации медицинской помощи 11](#_Toc514665754)

[1.3 Анализ международного опыта организации системы обязательного медицинского страхования 15](#_Toc514665755)

[Глава 2. Роль Страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации 19](#_Toc514665756)

[2.1 Анализ нормативно-правовой базы системы обязательного медицинского страхования 19](#_Toc514665757)

[2.2 Анализ текущего состояния конкуренции между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации 31](#_Toc514665758)

[2.2.1 Государственное регулирование системы обязательного медицинского страхования 33](#_Toc514665759)

[2.2.2 Структура рынка обязательного медицинского страхования 33](#_Toc514665760)

[2.2.3 Анализ поведения субъектов рынка обязательного медицинского страхования 40](#_Toc514665761)

[2.2.4 Результативность текущего состояния рынка обязательного медицинского страхования 44](#_Toc514665762)

[Глава 3. Рекомендации по развитию конкуренции между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования 45](#_Toc514665763)

[3.1 Преимущество существования конкуренции между страховыми медицинскими организациями 45](#_Toc514665764)

[3.2 Развитие квазирыночных отношений в системе обязательного медицинского страхования в Москве и Санкт-Петербурге 47](#_Toc514665765)

[3.2.1 Обоснование выбора регионов 47](#_Toc514665766)

[3.2.2. Обоснование и предложения по развитию квазирыночных отношений в системе обязательного медицинского страхования 49](#_Toc514665767)

[3.3 Конкуренция по страховому продукту 52](#_Toc514665768)

[3.4 Ценовая конкуренция между страховыми медицинскими организациями 57](#_Toc514665769)

[3.5. Информационное обеспечение конкурентной модели 58](#_Toc514665770)

[3.6. Предложения по реорганизации системы организации медицинского страхования в регионах с одной страховой медицинской организацией 59](#_Toc514665771)

[Заключение 62](#_Toc514665772)

[Приложение 65](#_Toc514665773)

[Список источников 69](#_Toc514665774)

# Введение

В настоящее время в Российской Федерации действует бюджетно-страховая модель финансирования государственной системы здравоохранения, необходимые средства которой привлекаются из государственного бюджета и средств обязательного медицинского страхования (далее – ОМС).

Страховые медицинские организации (СМО), входящие в систему ОМС РФ, играют ключевую роль по информированию и защите прав застрахованных лиц, осуществляют финансирование медицинских организаций и контроль качества оказания медицинских услуг и медицинской помощи. С другой стороны, их существование вызывает большое количество споров среди основных участников системы обязательного медицинского страхования - органов исполнительной власти, а также медицинских работников и экспертов системы ОМС. Например, Счётная Палата РФ предлагает упразднить СМО в виду их экономической неэффективности, а Центральный Банк России и Министерство Финансов - внести существенные изменения в функционирование системы. [1],[2] Помимо этого, необходимость повышения функций СМО в последние несколько лет стала предметом внимания Президента РФ. [3] Таким образом, на данный момент не существует единого мнения о необходимости существования и целесообразности деятельности СМО в системе ОМС Российской Федерации.

Объектом исследования данной выпускной квалификационной работы являются страховые медицинские организации (далее - СМО). Предметом исследования работы выступает конкуренция страховых медицинских организаций в системе здравоохранения Российской Федерации.

Международные эксперты считают, что наличие конкуренции между страховыми медицинскими организациями приводит к повышению качества оказания медицинской помощи, однако её текущее состояние в Российской Федерации и воздействие на систему здравоохранения является неоднозначным.[4] Неспособность СМО в Российской Федерации выступать в качестве рациональных и информированных покупателей медицинской помощи многократно отмечалась в научной литературе и в выступлениях представителей общественности.[1],[2] Таким образом, недостаточная степень проработанности указанных проблем подтверждает актуальность темы исследования и необходимость их решения, что предопределило цель и задачи работы.

Следовательно, целью данной выпускной квалификационной работы является определение направлений развития конкуренции между страховыми медицинскими организациями с целью повышения качества услуг системы здравоохранения РФ. Основными задачами работы являются анализ проблем и тенденций развития системы ОМС, определение роли СМО в системе ОМС, выявление структуры рынка ОМС, анализ международного опыта организации системы социального медицинского страхования, рассмотрение особенностей взаимодействия субъектов системы ОМС, а также разработка рекомендаций по развитию конкуренции между СМО в системе обязательного медицинского страхований Российской Федерации.

Основными методами исследования являются анализ нормативно-правовой базы, исследований в данной сфере, микроэкономический анализ, проведение анкетирования и глубинных интервью. Также в качестве одного из источников исследования выступала курсовая работа «Роль страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации», которая была выполнена в 2017 году.

В качестве практического применения результаты исследования могут быть использованы в целях развития конкуренции страховых медицинских организаций и совершенствования системы обязательного медицинского страхования в целом.

# Глава 1.Роль государства и рынка в системе медицинского страхования

## 1.1 Проявления несостоятельности рынка в здравоохранении

Задачей государства является защита прав производителей и потребителей, действующих на рынке. Однако в сфере здравоохранения возникают провалы рынка - ситуации, в связи с которыми не достигается Парето-оптимальная аллокация ограниченных ресурсов. Наличие таких несовершенств препятствует возможности эффективного функционирования рынка медицинских услуг и требует государственного вмешательства, что в свою очередь сужает потенциал использования конкурентных механизмов в здравоохранении.

Далее будут рассмотрены провалы рынка, которые относятся к взаимоотношениям между поставщиком медицинских услуг (медицинскими учреждениями и врачами) и их потребителями.

1. **Внешние эффекты**

Одним из самых очевидных провалов рынка в сфере здравоохранения являются **внешние эффекты**. Внешний эффект (экстерналии) — ситуация, при которой издержки или выгоды от рыночных сделок не учитываются в ценах в их полном объеме. При отрицательных (положительных) внешних эффектах деятельность одного лица вызывает издержки (выгоды) других лиц.

Ряд услуг здравоохранения (например, вакцинация и некоторые другие услуги профилактической медицины) относятся к категории общественных благ по причине существенных положительных внешних эффектов, которые создают основу для появления свойств несоперничества и неисключаемости в потреблении. При наличии внешних эффектов часть выгод или издержек, связанных с вакцинацией/отказом от нее, достается всему обществу. Например, прививка от гриппа снижает вероятность заболевания человека, прошедшего вакцинацию, и вероятность заражения данным вирусом окружающих его людей.

Государству принадлежит существенная роль в компенсации экстерналий. Во-первых, оно должно обеспечивать оптимальный для общества «выпуск» медицинских услуг. Для снижения отрицательных и стимулирования положительных внешних эффектов в сфере здравоохранения политика государства должна быть направлена на создание общественных медицинских услуг, а также на предоставление населению полной и обширной информации об их значимости и необходимости. Кроме того, государству необходимо обеспечивать и контролировать высокое качество их исполнения. В настоящее время в РФ основные функции по контролю предоставления медицинских услуг и информированию граждан выполняют страховые медицинские организации. Например, вовремя предоставленная информация от страховых поверенных, которые были введены в систему ОМС в 2016 году, о бесплатной вакцинации от гриппа повышает вероятность снижения отрицательного внешнего эффекта от последствий данного вида инфекции и за счет положительного эффекта от вакцинации.

Вследствие того, что для потребителя страхового полиса цена медицинских услуг равняется нулю, у него может появиться стимул к посещению медицинских учреждений без определенной необходимости, что является проявлением такого внешнего эффекта в сфере здравоохранения как **необязательный спрос.** [5]Это приводит к неэффективному распределению ресурсов: предельные общественные затраты будут выше, чем предельная общественная выгода. Кроме того, в виду коммерческих соображений наличие необязательного спроса может привести к закрытию медицинского учреждения или его отделений. В целях достижения социального оптимума государство обеспечивает финансирование медицинских учреждений за счет средств государственного бюджета и средств фонда обязательного медицинского страхования через страховые медицинские организации.

**2.** **Асимметрия информации и неблагоприятный отбор**

Следующим провалом рынка является **асимметрия информации –** ситуация, при которой информация между врачами и пациентами о виде и качестве медицинских услуг распределяется неравномерно. На рынке медицинских услуг асимметрия информации проявляется как при выборе пациентом врача/медицинской организации, так и при определении врачом курса и методов лечения. Следствиями данного провала рынка являются, как известно, неблагоприятный отбор и агентская проблема, включая ситуацию морального риска.

В связи с тем, что врач принимает решение о необходимости лечения и объемах медицинских услуг, у него может возникнуть мотивация прописывать те медицинские услуги, которые будут приносить выгоду ему, а не пациенту. Таким образом, взаимоотношения между врачами и пациентами могут рассматриваться как явный пример существования проблемы «принципал-агента».

Также, вследствие того, что поиск необходимой информации о враче и/или медицинской организации занимает у пациентов, которые, как правило, не являются специалистами в данной области, большое количество времени, данная ситуация сопряжена с наличием высоких транзакционных издержек.

В свою очередь, врачи заинтересованы в существовании пациентов, которые не обладают достаточной информацией о своем состоянии здоровья, готовы безоговорочно выполнять их предписания и осуществлять плату за выписанные услуги. Например, при материальной заинтересованности, врачи способны прописать пациенту избыточные и более дорогостоящие медицинские услуги, а также скрыть важную для него информацию. Следовательно, медицинские работники имеют личную заинтересованность в росте объемов и понижении качества предоставляемых услуг.

Данная проблема существенно препятствует эффективному взаимодействию сторон в области здравоохранения и требует вмешательства государственного регулирования.[6] Для устранения асимметрии информации государство должно предоставить гражданам как можно больше открытой и доступной информации о рынке здравоохранения, более того, возможно наложение определенных административных взысканий врачам за сокрытие или предоставление некачественной информации.

Следовательно, основной задачей государства в отношении данного провала рынка является контроль за деятельностью медицинских субъектов, который на данный момент осуществляется за счет функционирования страховых медицинских организаций. Так, при возникновении недобросовестного поведения со стороны врача, представитель страховой медицинской организации обязуется защитить права пациента.

Помимо этого, вследствие существования асимметрии информации рынку здравоохранения также свойственна тенденция к монополизации, которая приводит к подрыву основ свободной конкуренции и диктату производителей над потребителями. Проведение антимонопольной политики, защита принципов свободной конкуренции в процессе создания медицинских услуг могут быть выполнены только государством. Таким примером является развитие условий рыночных отношений между продавцом и покупателем медицинских услуг, которые будут описаны далее.

В связи с тем, что спрос на медицинские услуги является непредсказуемым и нерегулярным, члены общества, объединяя свои денежные средства путем страхования, обеспечивают себе гарантированную защиту при наступлении страхового случая. Однако в сфере медицинского страхования возникает проблема **неблагоприятного отбора,** которая возникает вследствие информационной асимметрии**.** [5]

Гетерогенность индивидов с точки зрения рисков здоровью создает различный спрос на услуги медицинского страхования со стороны разных групп индивидов. В связи с тем, что индивиды обладают большей информацией о своем состоянии здоровья у них могут возникнуть стимулы к скрытию информации о высоком риске возникновения того или иного заболевания. Кроме того, индивиды, обладающие наибольшей вероятностью возникновения неблагоприятного события, в большей степени склонны к приобретению страхового полиса. Как правило, страховщикам крайне трудно провести дифференциацию страхователей по уровню возникновения неблагоприятного события, что может привести к высокому содержанию в страховом портфеле людей с высоким риском возникновения болезни и к малому - с низким. Это, в свою очередь, приводит к росту необходимости возмещения страхового случая и побуждает страховщиков поднимать стоимость страхового полиса, тем самым, вытесняя с рынка индивидов, которые не имеют ощутимых проблем со своим здоровьем. Именно этот феномен исследовал экономист Джордж Акерлоф в своей работе «Рынок «лимонов»: неопределенность качества и рыночный механизм» (1970), за которую он получил Нобелевскую премию. Ситуация, при которой только продавцы (в рассматриваемом случае покупатели страхового полиса) знают истинное качество своих продуктов (состояния здоровья), приводит к несостоятельности рынка страхования, вследствие того, что доля индивидов с невысокой вероятностью возникновения страхового события снижается, и возникновение страховых случаев будет выше среднего.[7]

Данный изъян рынка препятствует эффективному развитию системы частного страхования, так как он приводит к финансовой неустойчивости страховых компаний. Это, в свою очередь, вызывает недоверие со стороны населения к данному типу фондов. Частное страхование по отношению к государственному можно условно разделить на дополняющее, замещающее и дублирующее. Идеальной моделью страховой системы является дополняющая функция частного страхования по отношению к государственному. Однако она трудноосуществима на практике, так как страховщики не готовы брать на себя высокие риски, от которых отказывается государство. Поэтому во многих странах, в том числе и в РФ частное и государственное страхование имеют дублирующий характер. Более того, зачастую частные страховые компании отказывают в предоставлении страховых полисов гражданам, которые занесены в высокую группу риска, т.е. они неспособны обеспечить общедоступный минимум медицинской помощи. В свою очередь, государственная система ОМС обеспечивает бесплатной медицинской помощью всех граждан без исключения, тем самым гарантируя выполнение принципа социальной справедливости с соблюдением необходимых стандартов качества, которые проверяются страховыми медицинскими организациями.

Кроме того, одной из отличительных особенностей сферы здравоохранения является **нерегулярность и неравномерность спроса** на медицинские услуги, в связи с тем, что люди зачастую не имеют возможности предугадать возникновение той или иной болезни, которая, в особых случаях, может привести к летальному исходу или потери трудоспособности. Таким образом, чтобы обезопасить себя люди приобретают страховые полисы, которые в случае возникновения страхового случая, предоставляют застрахованному лицу право на бесплатное обращение в медицинское учреждение или на компенсацию по договору.[5]

Также одним из провалов на рынке медицинского страхования и услуг здравоохранения является **моральный риск**. В сфере здравоохранения под моральным риском понимается представление о том, что потребитель медицинских услуг, защищённый от определенных рисков, будет действовать иначе, нежели при отсутствии данной защиты. Он заключается в том, что при условии покрытия затрат на медицинские услуги за счет страховки, потребители не сопоставляют прирост выгоды от потребления с увеличением собственных расходов, что может привести к потреблению медицинских услуг сверх эффективного объема. Еще одной формой морального риска является отсутствие у индивидов стимулов к поиску поставщиков услуг, которые предлагают минимальную стоимость услуг при сопоставимом уровне качества.[6]

## 1.2 Модели организации медицинской помощи

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) отмечает ведущую роль инвестиций в сферу здравоохранения, в связи с тем, что её уровень развития решает не только социальные, но и экономические задачи государства, такие как повышение качества жизни населения и темпов экономического роста, а так же формирование трудового потенциала страны.[8] Как правило, именно от финансового обеспечения отрасли здравоохранения зависит возможность выполнения задач, которые возложены на неё.

Источники финансирования, которые поступают в систему охраны здоровья, носят частный и государственный характер. Политические, экономические взаимоотношения, а также историческая траектория развития определяют специфику финансирования здравоохранения страны. На текущий момент выделяют три основных системы финансирования здравоохранения:[9]

* бюджетная, финансируемая в основном из бюджетных источников (модель Бевериджа);
* бюджетно-страховая, финансируемая за счет целевых взносов трудящихся, работодателей и субсидий государства (модель Бисмарка);
* рыночная или частная модель.

Тип системы финансирования определяется в зависимости от преобладающей модели.

**1. Бесплатная модель**

Бесплатная модель является моделью предоставления медицинских услуг, при которой спрос на услуги не является функцией цены. Модель предполагает всеобщий охват населения услугами здравоохранения, финансирование из средств общего налогообложения, контроль со стороны парламента и управление правительственными органами. Основным поставщиком медицинских услуг как общественных благ является государство. Приходя в медицинское учреждение, пациент не платит за предоставленные ему услуги. В рамках бесплатной модели осуществляется прямое финансирование медицинские организаций, минуя при этом государственные страховые фонды.

Преимуществом данной модели является, то, что она характеризуется достаточно высокой экономичностью, что находит свое проявление, прежде всего, в низком уровне административных издержек. Кроме того, государство обладает большим количеством возможностей по сдерживанию расходов на медицинское обслуживание с помощью управлением макроэкономическими инструментами.

Тем не менее, к минусам данной модели можно отнести отсутствие конкуренции на рынке медицинских услуг, что ведет к недостаточному качеству медицинских услуг и замедлению развития медицинских технологий за счет большей инертности к восприятию инноваций. Также отрицательной чертой бесплатной модели выступает меньшая ответственность перед пациентом.

Кроме этого, «остаточный» принцип финансирования, применяющийся в бюджетной модели, как правило, характеризуется возникновением дефицита финансовых ресурсов, выделенных на здравоохранение. Это приводит к тому, что у медицинских учреждений не хватает денежных средств на обслуживание пациента, следовательно, его спрос на высококачественные и дорогостоящие услуги будет являться неудовлетворенным.

**2. Платная модель**

В отличие от бесплатной модели, платная модель основывается на наличии конкуренции на рынке здравоохранения. Платная модель предполагает, что государство предоставляет медицинские услуги только в объеме, который предусмотрен государственными программами. В модели частного финансирования источниками средств для оплаты медицинской помощи выступают индивидуальные доходы граждан и средства работодателей. Как правило, эти программы обеспечивают медицинской помощью незащищенные слои общества. Остальная часть населения получает медицинскую помощь через систему ДМС.

Плюсы данной модели заключаются в том, что поставщики медицинских услуг имеют возможность конкурировать между собой путем предоставления потребителям широкого выбора медицинских услуг, а также за счет поиска новых инновационных продуктов и технологий для повышения качества медицинских услуг. С другой стороны, основными минусами будут являться:

* отсутствие возможности обеспечить социальными гарантиями в получении медицинских услуг всего населения
* невозможность обеспечения контроля со стороны государства;
* принцип социальной справедливости не соблюдается – качество и количество медицинских услуг зависят от платежеспособности пациента.

В настоящее время США являются единственной страной, где медицинское обслуживание предоставляется преимущественно на платной основе, т.е. основой американской модели финансирования здравоохранения является частное страхование.

Основное обоснование необходимости государственного обеспечения медицинскими услугами осуществляется не с позиций экономической эффективности, а с позиций социальной справедливости. Это, прежде всего, необходимость обеспечения услугами здравоохранения групп населения с низкими доходами, престарелых и инвалидов. С другой стороны, возможность получения платной медицинской помощи предоставляет населению больше самостоятельности в выборе врача и лечебного учреждения, что способствует созданию конкуренции между производителями медицинских услуг и, в конечном счете, повышает их качество.

**3. Страховая модель**

Система обязательного медицинского страхования является основой бюджетно-страховой (модель Бисмарка) модели финансирования здравоохранения (Австрия, Бельгия, Германия, Голландия, Франция, Швейцария, Япония, Россия и др.). Общественные фонды системы здравоохранения большинства данных стран формируются в основном за счет страховых взносов при относительно незначительном финансовом участии государства. Государственные расходы в основном складываются из платежей на неработающее население, а также финансирование социально значимых видов помощи и целевых программ. Как правило, в большинстве стран с данной моделью финансирования, медицинским страхованием большая часть населения.

В странах со страховой моделью финансирования существует два вида медицинского страхования: добровольное и обязательное.

Данная модель обеспечивает всех граждан возможностью получения бесплатной медицинской помощи, а деятельность страховых медицинских организаций позволяет обеспечить ей соответствующее качество и частично преодолеть провалы рынка, которые были описаны ранее. Более того, страховая модель обеспечивает более устойчивый приток средств на здравоохранение по сравнению с бесплатной моделью. В обязательном медицинском страховании (ОМС) финансовыми источниками медицинской помощи населению являются страховые взносы, которые в обязательном порядке уплачивают определенные категории страхователей. В системе ОМС базовые размеры взносов не связаны напрямую с оценкой индивидуального риска заболеваемости и с объемом медицинской помощи, которую застрахованный может получить.

Системой ОМС обеспечивается более точная увязка гарантий медицинского обслуживания застрахованных с размерами финансовых поступлений. Но вместе с тем в определенных случаях это может стать недостатком. Поскольку ОМС основывается на страховых взносах, зависящих от фонда оплаты труда наемных работников, то существует риск сокращения размеров собираемых взносов, в результате чего и в системе ОМС будет аккумулироваться недостаточно средств для оплаты медицинской помощи, гарантируемой программой ОМС. А увеличение тарифов страховых взносов или сокращение программы ОМС может оказаться политически неприемлемым. Способами разрешения данной проблемы могут быть государственные субсидии, либо рационирование потребления медицинских услуг, что ограничит их доступность.

Также к достоинствам данной модели можно отнести:

* существование возможности осуществления контроля за использованием страховых средств;
* мониторинг качества медицинской помощи;
* предоставляется свобода выбора страховщика и медицинской организации.

Аккумулирование денежных средств осуществляется в некоммерческих фондах (в России эту функцию выполняет Федеральный фонд обязательного медицинского страхования ФФОМС), которые выступают в роли посредника между застрахованными лицами и поставщиками медицинских услуг.

Несмотря на недостатки и преимущества всех вышеописанных моделей, для большинства стран, в том числе и России, характерно расширение и развитие страхового сектора медицины как наиболее эффективной и социально справедливой модели финансирования. [5]

## 1.3 Анализ международного опыта организации системы обязательного медицинского страхования

Ввиду того, что в Российской Федерации законом от 1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» была введена страховая медицина, следующим аспектом исследования будет являться рассмотрение вопроса о том, каким образом устроена система обязательного медицинского страхования в зарубежных странах. Характерной чертой большинства национальных систем здравоохранения развитых западных стран является сочетание государственного регулирования деятельности медицинских организаций и страховых компаний с конкуренцией за потребителя, ведущей к росту эффективности и равенства доступа к медицинскому облуживанию. По существу, в европейских странах в последние два десятилетия предпринимаются попытки активизации рыночных механизмов в здравоохранении с сохранением госрегулирования - ввиду специфики данной сферы и степени её социальной значимости полностью рыночные отношения здесь не допустимы.

Система Бисмарка, основанная на страховой модели финансирования, распространена во многих странах мира. В Европейском союзе она представлена в Германии, Австрии, Бельгии, Нидерландах и Франции. Для дальнейшего анализа были выбраны Германия и Нидерланды.

*Основной причиной выбора данных стран являлось, то, что:*

* процесс построения системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации является наиболее приближенным к организации обязательного медицинского страхования данных стран. [10]

*Общие черты организации систем здравоохранения Германии и Нидерландов*

* деление системы здравоохранения разделяется на обязательное государственное медицинское страхование и дополнительное медицинское страхование;
* практически все граждане обеих стран обязаны иметь обязательную медицинскую страховку;
* наличие страховых медицинских организаций (больничных касс\*), в которых осуществляется аккумулирование финансовых, исполняющие роль посредника между застрахованными и поставщиками медицинских услуг.
* существование квазирыночной модели здравоохранения;
* Больничные кассы являются финансово независимыми, самоокупаемыми и полностью самоуправляемыми.

*\*больничные кассы - некоммерческие организации, ведущие страховую деятельность*

Далее в отдельности будут рассмотрены особенности организации системы обязательного медицинского страхования каждой из стран. [11], [12]

**Нидерланды**

В Нидерландах национальное правительство несет общую ответственность за установление приоритетов в области здравоохранения и внесение, при необходимости, законодательных изменений, а также контроль за доступом, качеством и расходами на здравоохранение. Оно также частично финансирует социальное медицинское страхование (комплексная система с всеобщим охватом) для базового пакета пособий (за счет субсидий из общего налогообложения и перераспределения сборов с заработной платы между страховщиками через систему корректировки рисков) и систему обязательного социального медицинского страхования для долгосрочного обеспечения. Профилактика и социальная поддержка не являются частью социального медицинского страхования, а финансируются за счет общего налогообложения. Муниципалитеты и страховщики несут ответственность за предоставление большинства амбулаторных долгосрочных услуг. Помимо этого существуют следующие особенности: [11]

* всеобщее обязательное медицинское страхование, основанное на принципе взаимной солидарности – единая стоимость минимального пакета медицинских услуг для всех застрахованных;
* конкуренция между больничными кассами является основным приоритетом развития здравоохранения;
* самостоятельный выбор и существование возможности смены страховщика 1 раз в год;
* больничная касса самостоятельно определяет размер страхового тарифа. При этом единый размер тарифа для всех категорий застрахованных, выбравших определенную больничную кассу;
* страховые компании, содержащие в своем страховом портфеле большую долю застрахованных лиц с высокой степенью риска, финансируются выше (система оценки рисков несовершенна и постоянно дорабатывается);
* врачи общей практики (ВОП) имеют право выставлять счета в больничные кассы за оказанные услуги их застрахованным гражданам, даже при отсутствии договора между врачом и больничной кассой;
* в дополнение к основному (единому) пакету медицинских услуг страховщики могут предлагать дополнительные;
* возможность выбора страховщиком медицинской организации и врача общей практики (однако, граждане не доверяют больничным кассам, которые направляют их в определенные медицинские организации, в виду опасения существования между ними взаимовыгодного сотрудничества в корыстных целях);
* возможность за счет информирования застрахованного лица направлять его в определённую медицинскую организацию, отвечающую интересам потребителя.

**Германия**

Обязательность медицинского страхования в Германии предписана законом, кроме того при обязательном страховании все члены семьи застрахованного являются совместно застрахованными без внесения дополнительных взносов в случае, если доход каждого не превышает определённого минимума.

Однако в стране установлен верхний предел уровня заработной платы, превышение которого дает возможность индивиду не принимать участие в программах обязательного медицинского страхования и застраховаться в частной компании. Важным источником финансирования системы обязательного медицинского страхования в Германии являются обязательные доплаты со стороны застрахованных лиц.

* 85% процентов населения Германии застрахованы в системе ОМС;
* если гражданин зарабатывает более определенной суммы (более 57 600€), то он может быть застрахован как в системе ОМС, так и добровольно перейти в систему ДМС;
* в дополнение к основному (единому) пакету медицинских услуг страховщики могут предлагать дополнительные услуги за дополнительную плату;
* больничные кассы имеют возможность превышать определенный государством минимум предоставления услуг - при повышении объема предоставления медицинских услуг выше законодательного минимума кассы вправе самостоятельно устанавливать размер страхового взноса; [12]
* больничные кассы заключают договоры на оплату медицинских услуг непосредственно с региональными ассоциациями врачей общей практики (ВОП), которые, в свою очередь, осуществляют контроль за качеством и объемом оказываемых медицинских услуг; [12]
* больничные кассы являются некоммерческими организации, контролируемыми государством – не осуществляют контроль качества медицинской помощи.[12]

Одними из основных особенностей рассматриваемых стран является, то страховщик самостоятельно формулирует существенные условия страхования, например, такие как виды дополнительной медицинской помощи и медицинских услуг, расходы на них, а также устанавливает годовой лимит ответственности по размещению расходов. Механизм соучастия населения в медицинских расходах существует в большинстве стран Европейского Союза, и предназначен в первую очередь для ограничения чрезмерного потребления медицинских услуг и сдерживания роста государственных расходов на здравоохранение.

Кроме того, необходимо отметить, что все страны с высокой эффективностью страховой модели, входящие в топ 30 рейтинга агентства Bloomberg (Швейцария, Япония, Израиль, Нидерланды, Германия, Кипр, Австрия, Франция, Греция, Бельгия, Южная Корея) — характеризуются целым комплексом параметров для развития рыночной конкуренции в сфере здравоохранения: [13]

* высокая плотность населения, с небольшой и достаточно равномерно заселенной территорией;
* страны имеют эффективную транспортную систему и развитую сеть городов;
* высокий показатель валового внутреннего продукта.

# Глава 2. Роль Страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации

## 2.1 Анализ нормативно-правовой базы системы обязательного медицинского страхования

Начало реформированию системы здравоохранения в России положил принятый в 1991 г. Закон «О медицинском страховании граждан», в соответствии с которым в стране была введена система обязательного медицинского страхования. С ее созданием в финансировании государственного заказа на здравоохранение появился дополнительный источник – средства внебюджетного государственного Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, была утверждена «Программа государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью. Кроме того, были установлены показатели размеров медицинских услуг, которые в форме государственных закупок товаров, работ и услуг, финансируются государством.

***Субъекты системы и участники обязательного медицинского страхования, их взаимодействие в системе*** [14]

Согласно ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" основными *субъектами* системы ОМС являются:

1) застрахованные лица;

2) страхователи;

3) Федеральный фонд.

Для неработающего населения в качестве страхователей выступают органы исполнительной власти субъектов РФ. Также страхователями являются организации, физические лица, которые зарегистрированы в качестве ИП, частные нотариусы и адвокаты. Для работающих граждан страхователями являются физические/юридические лица, заключившие с ними трудовые договоры и выплачивающие им заработную плату/другие вознаграждения, на которые, согласно законодательству РФ, начисляются страховые взносы в бюджет фондов ОМС. Все платежи как за работающее, так и неработающее население отчисляются в Федеральные фонды обязательного медицинского страхования, являющимися специализированными финансово-кредитными учреждениями.

В качестве страховщика по программе ОМС выступает **Федеральный фонд медицинского страхования**. Основными функциями ФОМС являются: [14]

* обеспечение прав граждан в системе обязательного медицинского страхования;
* за счет принципа неисключаемости - обеспечение равенства всех участников в системе ОМС и достижение принципа социальной справедливости;
* создание условий, позволяющих выравнивать объем и качество медицинских услуг, которые предоставляются гражданам РФ.

*Участниками* обязательного медицинского страхования являются:

1) территориальные фонды (ТФМС);

2) страховые медицинские организации (СМО);

3) медицинские организации.

**Территориальный фонд** - это некоммерческая организация, основной целью которой является обеспечение реализации политики государства в сфере ОМС на территориях субъектов РФ.

В отношении страховых медицинских организаций территориальный фонд выполняет следующие функции:

* осуществляет финансирование обязательного медицинского страхования, проводимого страховыми медицинскими организациями;
* осуществляет финансово-кредитную деятельность по обеспечению системы обязательного медицинского страхования;
* разрабатывает правила обязательного медицинского страхования граждан на соответствующей территории;
* осуществляет контроль за рациональным использованием финансовых средств, направляемых на обязательное медицинское страхование граждан
* *если территориальным фондом будет выявлено, что страховая медицинская организация нецелесообразно расходует средства территориального фонда и некачественно исполняют свою деятельность, то она обязуется выплатить штраф в размере 10% от средств фонда в соответствующий период;*
* согласовывает совместно с органами исполнительной власти, профессиональными медицинскими ассоциациями тарификацию стоимости медицинской помощи, территориальную программу обязательного медицинского страхования населения и вносит предложения о финансовых ресурсах, необходимых для ее осуществления;
* вносит предложения о страховом тарифе взносов на обязательное медицинское страхование.

Основной функцией территориальных фондов по отношению к СМО является проверка деятельности страховых медицинских организаций в отношении финансовой деятельности и обеспечении ими функций, направленных на защиту прав застрахованных граждан. Предметом проверок ТФОМС являются:

* оформление и выполнение договоров ОМС и их наличие со страхователями;
* предмет наличия реестра застрахованных граждан, соответствующий реестру, который передается в региональный реестр застрахованных;
* ведение учета выданных полисов, их соответствие общему числу застрахованных;
* наличие договоров с лечебно-профилактическими учреждениями;
* организация защиты прав застрахованных пациентов путем принятия поступающих жалоб или заявлений на СМО;
* контроль за финансовой деятельностью страховщиков, бухгалтерской отчетностью;
* выявление наличия фактов нецелевого расходования средств ОМС;
* обоснованное формирование и использование СМО резервных средств;
* обоснованность и своевременность оплаты счетов лечебно-профилактических учреждений.

Важно отметить, что исходя из практической точки зрения, конкретным и однозначным образом можно проверить только финансовую деятельность СМО. Остальные предметы планирования, такие как рассмотрение жалоб и т.д. не имеют четко проработанных требований, то есть напрямую зависят от наличия и степени детализации стандартов и нормативов.

**Медицинские организации** - это организации, оказывающие медицинскую помощь и имеющие любую организационно-правовую форму, которая предусмотрена законодательством РФ, а также ИП, которые занимаются медицинской практикой.

Права и обязанности медицинских организаций, относящиеся непосредственно к деятельности СМО заключаются в следующем:[14]

1. *Медицинские организации имеют право:*
   1. получать средства за оказанную медицинскую помощь на основании заключенных договоров на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в соответствии с установленными тарифами на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию и в иных случаях, предусмотренных Федеральным законом

* *после оказания медицинской помощи медицинские организации выставляют СМО счет для оплаты услуг.*
  1. обжаловать заключения страховой медицинской организации и территориального фонда по оценке объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

1. *Медицинские организации обязаны:*
   1. бесплатно оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования;
   2. вести в соответствии с Федеральным законом персонифицированный учет сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам;
   3. предоставлять страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи;
   4. предоставлять отчетность о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования в порядке и по формам, которые установлены Федеральным фондом;
   5. использовать средства обязательного медицинского страхования, полученные за оказанную медицинскую помощь, в соответствии с программами обязательного медицинского страхования;
   6. предоставлять застрахованным лицам, страховым медицинским организациям и территориальному фонду сведения о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи, а также показателях доступности и качества медицинской помощи, перечень которых устанавливается в территориальной программе обязательного медицинского страхования;
   7. выполнять иные обязанности в соответствии с Федеральным законом

* *если медицинская организация нарушила условия договора со страхователем, то страховая медицинская организация имеет право частично или полностью отказать в возмещении затрат по оказанию медицинских услуг. Более того, при нарушении договора или нецелевого использования средств медицинские организации обязуются выплатить штраф страховым медицинским организациям*.

**Страховая медицинская организация** является юридическим лицом, которое обладает лицензией органа исполнительной власти (Росстрахнадзора) на оказание страховой деятельности населению на территории регионов РФ. Заключая договора с медицинскими организациями и страхователями, она предоставляет необходимое финансирование за оказанные услуги медицинским организациям и обязывается обеспечить гарантированную качественную медицинскую помощь в оговоренные сроки для населения. Согласно ФЗ СМОимеют следующие обязанности перед страхователем[9]:

* страховая медицинская организация обязуется оплатить медицинскую помощь, оказанную в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования;
* получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля за соблюдением требований, к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;
* проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях в соответствии с порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, установленным Федеральным фондом
* *специалисты СМО проводят плановые или внеплановые медико-экономические экспертизы (выявляют причинно-следственные связи) и контроль (оценивает исход), позволяющие провести проверку медицинских организаций на соответствие сроков фактического оказания медицинских услуг и их оплаты записям в реестре, который ведется непосредственно самими врачами;*
* организация оказания медицинской помощи застрахованному лицу в другой медицинской организации в случае утраты медицинской организацией права на осуществление медицинской деятельности;
* создание в установленном порядке страховых резервов
* *СМО обладает возможностью отчислять в резерв 70% от суммы финансовых взысканий на инвестирование в кадровый потенциал или развитие материально-технической базы;*
* проведение защиты интересов застрахованных
* *например, при возникновении обоснованных жалоб от пациентов страховая медицинская организация вправе подать судебный иск на медицинскую организацию и требовать возмещения причинённого им ущерба;*

Также в системе ОМС страховые медицинские организации обладают следующими правами:

* право на участие в аккредитации медицинских организаций;
* право принимать участие в определении тарифов на медицинские услуги
* *тарифы определяются соглашениями между ассоциациями СМО, местными администрациями, медицинскими ассоциациями, а также органами государственного управления субъектов РФ в равных участиях. Принятые тарифы едины для всех медицинских организаций, которые входят в территориальную систему обязательного медицинского страхования. Тем самым, данные соглашения препятствуют СМО влиять на тарифы услуг медицинских организаций, с которыми у них подписаны договоры;*
* право предъявления в судебном порядке иска медицинской организации о возмещении ущерба, причиненного застрахованному по их вине.

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. Также за счет 50-ти% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, от взысканий в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи, 50-ти% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, в результате медико-экономической экспертизы, а также 50-ти% за оказание некачественной медицинской помощи пациенту.

Страховая медицинская организация обязана предоставлять застрахованным гражданам нижеперечисленную информацию в наглядной и доступной для них форме во всех медицинских организациях, с которыми у нее заключены договора:[14]

* о правах граждан в системе обязательного медицинского страхования;
* о правах пациента;
* о местонахождении и номерах телефонов страховой медицинской организации и служб по защите прав застрахованных граждан;
* о порядке организации страховой медицинской организацией приема граждан;
* о порядке приема иногородних граждан;
* о порядке организации и оплаты лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг) гражданам при отсутствии у них регистрации по месту жительства и месту пребывания;
* о порядке организации и оплаты медицинской помощи гражданам при отсутствии у них страхового медицинского полиса.

Согласно последним реформам системы ОМС сегодня на страховые медицинские организации возлагаются дополнительные функции по организации информационного сопровождения застрахованных при оказании медицинской помощи, по участию в формировании здорового образа жизни у застрахованных лиц, по организации проведения профилактических мероприятий, созданию службы качества медицинской помощи, а также новые финансовые санкции за невыполнение этих функций. По словам руководителя ФОМС: «В ключе последних изменений законодательства, наверное, можно рассматривать и варианты дальнейшего постепенного расширения полномочий страховщиков, повышения их финансовой ответственности за ошибки планирования или за недостатки в организации медицинского страхования на своей территории, за которые они будут отвечать собственными средствами».

**Функции страховых медицинских организаций**

Как уже было описано ранее, деятельность СМО направлена на повышение качества предоставления медицинских услуг населению путем проведения контроля за объемом, сроками и качеством оказания медицинской помощи, а также защиты интересов потребителей медицинских услуг. В системе социальной защиты населения деятельность страховых медицинских организаций условно разделяется на прямую и косвенную.

***1. Прямая защита застрахованных лиц***

Во-первых, СМО обеспечивают пациентов информацией об их правах и гарантиях в системе обязательного медицинского страхования, что препятствует развитию агентской проблемы между пациентами и медицинскими работниками, а во-вторых, помогают защитить права граждан в случае возникновения недобросовестной деятельности со стороны медицинской организации. Сейчас каждый владелец полиса ОМС имеет право обратиться в круглосуточную «горячую линию» или контакт-центр своей страховой компании.

Например, при возникновении жалоб от клиента страховая медицинская организация принимает и рассматривает их, а затем проводит проверку медицинской организации на факт наличия нарушений. Далее, в зависимости от содержания жалобы СМО может либо отправить запрос в медицинскую организацию для выявления причин нарушений прав пациента и потребовать их дальнейшего устранения, либо проводит медико-экономическую экспертизу/экспертизу качества медицинской помощи с запросом необходимой документации. После этого, в случае выявления нарушений, страховая медицинская организация предъявляет санкции медицинской организации, финансирование которой, в свою очередь, напрямую зависит от решений СМО: чем больше штрафов было выписано, тем меньше оно будет. После проведения данных мероприятий СМО информирует застрахованного о предпринятых мерах по восстановлению его прав. Однако в том случае, если застрахованный намерен обратиться в суд о взыскании морального и материального ущерба, то СМО с помощью страхового поверенного 2-го уровня выполняет деятельность по содействию, путём формирования исковых требований и написания искового заявления. Также в особых случаях СМО выступает в суде в качестве третьего лица.

Основным содержанием прямого воздействия страховых компаний на застрахованные лица является деятельность по восстановлению нарушенных прав застрахованного и его индивидуальное информирование. Также по результатам жалоб и обращений страховые медицинские организации могут выявить и проанализировать основные проблемы и нарушения прав пациентов, которые возникают у них при взаимодействии с медицинскими организациями, по причине правовой неграмотности населения. Как правило, к основным проблемам можно отнести:

* некачественное оказание медицинской помощи;
* требование оплаты услуг медицинской помощи, которые входят в систему обязательного медицинского страхования;
* отказ в оказании бесплатной медицинской помощи, входящей в Территориальную программу госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи;
* неполное лекарственное обеспечение при оказании медицинской помощи;
* нарушение этических норм и норм деонтологии;
* плохая организация работы медицинской организации.

***2.Косвенная защита застрахованных лиц***

Под косвенной защитой понимается массовый контроль за деятельностью медицинских организаций, который заключается в регулировании мероприятий, направленных на реализацию прав застрахованных лиц на получении бесплатной медицинской помощи в рамках Территориальных программ ОМС. В состав таких мероприятий входит:

* экспертиза качества оказания медицинской помощи (плановая и внеплановая);
* медико-экономическая экспертиза;
* медико-экономический контроль.

Если в ходе данных экспертиз страховыми медицинскими организациями были выявлены нарушения, то санкции взимаются в гораздо большем объеме, в связи с тем, что происходит проверка не единичного случая, а выборка оплаченных страховых случаев из финансовых средств ОМС.

Данный вид защиты является крайне важным, так как путём данных проверок страховые медицинские организации выявляют определенные упущения в деятельности медицинских организаций и побуждают к их исправлению.

**Застрахованными лицами** (непосредственными потребителями медицинских услуг) являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей, а также иностранных граждан, осуществляющих в Российской Федерации трудовую деятельность). Страхование в РФ обязаны предоставить как работающему, так и неработающему населению.

В рамках рыночных отношений гражданам предоставляется возможность самостоятельного выбора медицинской организации и лечащего врача. Кроме того, раз в год/ при смене места жительства застрахованным лицам предоставляется возможность по смене страховой медицинской организации. Кроме того, если пациенту в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи был оказан ущерб от медицинской организации, то он вправе потребовать возмещение, однако для этого ему необходимо обратиться в суд, что сопровождается с высокими транзакционными издержками.

**Результаты реформы системы ОМС: реализация права выбора гражданами СМО и деятельность СМО по привлечению застрахованных**

Необходимость реформирования системы обязательного медицинского страхования являлась крайне актуальной в период 90-х годов, который характеризовался снижением уровня жизни населения и нехваткой бюджетного финансирования медицинских организаций. Для того чтобы предотвратить данные проблемы Правительством в 1991 году был введен Закон РФ «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» вступивший в силу 1 января 2011 года, который определил основные положения медицинского страхования в России и положил начало развитию отечественного здравоохранения на рыночный путь развития.

Однако система обязательного медицинского страхования, которая действовала до 2011 года, накопила ряд существенных недостатков и противоречий. Страховые медицинские организации позиционировались как пассивные финансовые посредники, которые производили перевод денежных средств от ТФОМС к непосредственно медицинским организациям, и были не способны повлиять на осуществление распределения объемов медицинской помощи между различными медицинскими организациями. Тем самым, финансовые ресурсы в системе ОМС использовались неэффективно.

До 2011 года в системе ОМС накопилось большое количество различных недостатков, часть из которых нашла свое разрешение путем модернизации существующего закона. Основным постулатом ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», вступивший в силу с начала 2011 года (предусмотренные мероприятия были распланированы до 2015 года) являлось максимальное выравнивание возможностей гражданина РФ к получению качественной бесплатной медицинской помощи на всей территории России. По отношению к страховым медицинским организациям данный закон внес существенные изменения, которые были направлены на повышение роли СМО в системе ОМС. Гражданам стала предоставляться возможность самостоятельного выбора и смены страховой медицинской организации (1 раз в год), расположенной на территории его проживания (ранее это выполнялось только посредником-работодателем), расширены возможности участия СМО в планировании объемов медицинской помощи, оплачиваемой из средств ОМС, введены механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению возложенных на них функций.

Исследователи ВШЭ в своей работе «Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения реформы?», сравнивая опросы респондентов по оценке и повышению качества медицинской помощи 2012 и 2015 годов, отметили, что страховые медицинские организации стали чаще взаимодействовать с медицинскими организациями, ТОФМС и органами управления здравоохранением. Более того, по итогам проведенных экспертиз к 2014 году каждая СМО стала получать обратную связь о принятых медицинскими организациями мерах, но с другой стороны существует проблема низкой реализации предложений, выдвинутых СМО. Также граждане стали активно пользоваться правом возможности смены страховой медицинской организации. Однако сама политика по привлечению новых клиентов не изменила основные мероприятия у СМО: лидирующие позиции занимают такие мероприятия как модернизация интернет-сайта, обеспечение возможности по обращению с жалобами в электронной форме и предоставление консультаций по горячей линии.[15]

Также с 1 июля 2016 года системой обязательного медицинского страхования был введен институт страховых поверенных. Тем самым СМО на законодательном уровне обязуются осуществлять информационное сопровождение, защиту и индивидуальное информирование всех владельцев полиса ОМС. Страховые представители поделены на три уровня:[16]

1. Первый уровень составляют специалисты контакт-центров. Они обязуются предоставлять обратившимся в call-центр застрахованным гражданам консультации по получению медицинских услуг: как прикрепиться к медицинской организации, где получить полис ОМС, о возможности и порядке проведения диспансеризации и просмотров, ведут прием обращений - введены с 2016 года.

2. Работники второго уровня являются непосредственно специалистами СМО (страховые поверенные), деятельность которых направлена на рассмотрение обращений, полученных от работников 1-го уровня или от других каналов обращения. Они ведут организацию работы с застрахованными лицами по информированию и сопровождению их при организации оказания медпомощи, в том числе мероприятий по профилактике (диспансеризация, профосмотры), а также защите прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования – функционируют с 1 января 2017 года.

3. Специалисты третьего уровня ведут администрирование письменных обращений по вопросам качества оказания медпомощи, обеспечивают персональное информирование и сопровождение застрахованных лиц при организации оказания медицинской помощи по результатам пройденной диспансеризации – функционирование вводится уже в 2018 году.

Недавно введенный институт страховых представителей уже показал свои результаты. По данным МСМС (межрегиональный союз медицинских страховщиков), благодаря работникам 1-го уровня, увеличилось количество обращений в страховые медицинские организации:

* по вопросам медицинской организации - на 25% больше по сравнению с 2015 годом (1,4 млн. обращений);
* по вопросам предоставления и качества медицинской помощи на 40% выше обращений соответственно;
* количество консультаций относительно организации работы медучреждений возросло на 16%;
* количество жалоб, которые были рассмотрены сотрудниками СМО - на 60%.

Еще одним немаловажным аспектом реформы является то, что каждый застрахованный имеет право получить необходимый оптимальный объем медицинской помощи вне зависимости от текущего территориального положения, т.е. не только в том субъекте, где он получил свой страховой полис. Однако помощь будет оказана только в рамках базовой программы ОМС, а не территориальной, которая зачастую является шире.

Для того чтобы повысить эффективность организации предоставления медицинской помощи в субъектах РФ была предусмотрена передача полномочий по организации оказания медицинской помощи с уровня местного самоуправления органам власти субъектов РФ, а для выравнивания финансового обеспечения базовой программы в субъектах был создан единый тариф страхования. Также начиная с 2013 года был произведен переход от двухканальной системы финансирования медицинский учреждений к одноканальной, т.е. только из средств фонда ОМС.

Согласно ФЗ об ОМС частные клиники, которые оказывают услуги по системе обязательного медицинского страхования, не вправе требовать доплаты за предоставленные услуги, если этого не захочет сам пациент для улучшения условий своего размещения. Также в систему ОМС были включены скорая медицинская и высокотехнологическая помощь.

В 2017 году требования к уставному капиталу СМО, возможности их участия в планировании распределения объемов медицинской помощи были повышены по причине внедрения новых функциональных обязанностей. Это повлекло за собой уход многих региональных игроков, а также дальнейшую капитализацию и централизацию крупнейших игроков на рынке ОМС. Также новый ФЗ ввел механизмы, которые были направлены на эффективное выполнение функций, возложенных на СМО. Согласно исследованию экспертов ВШЭ, результаты реализации данного закона показали, что после нововведений объемы количества экспертиз, проведенных СМО, были увеличены, также страховые медицинские организации стали привлекать для экспертиз специалистов с более высокой квалификацией.

## 2.2 Анализ текущего состояния конкуренции между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования Российской Федерации

За основу оценки текущего состояния конкуренции между страховыми медицинскими организациями в Российской Федерации была взята модель SCP (Structure-Conduct-Performance) или «структура рынка — поведение — результативность».[17] Данная модель предполагает причинно-следственные связи между различными аспектами рынка, которые в совокупности дают общее представление об уровне конкуренции на рынке. Данными аспектами являются:

*1.Государственная политика и регулирование*

Государственные органы имеют возможность воздействовать непосредственно на результативность рынка, путем создания и регулирования правил игры для поставщиков медицинских услуг.

*2.Структура рынка*

Структура рынка, в свою очередь, зависит от множества базовых условий, которыми располагают рассматриваемые субъекты, со стороны, как спроса, так и предложения. Рынки, в конечном счете, рассматриваются с точки зрения экономической результативности функционирования, т.е. их вклада в достижение максимальной экономической эффективности в различных формах ее проявления.

*3.Поведение участников рынка*

Поведение продавцов и покупателей в определенной мере зависит от сложившейся структуры соответствующих отраслевых рынков - то есть от количества продавцов и покупателей, наличия разного уровня барьеров для входа на конкретный отраслевой рынок новых производителей, степени дифференциации продукта, развитости сети институтов рыночной инфраструктуры.

*4.Результативность (работа рынка)*

Результативность (performance) функционирования отраслевых рынков в значительной мере зависит от поведения продавцов и покупателей. Основная идея данной парадигмы заключается в том, что результативность (общественная эффективность) функционирования отрасли определяется поведением продавцов и покупателей, зависящее от структуры рынка

Благодаря сбору и анализу информации об этих четырех аспектах рынка можно получить необходимое представление об уровне конкуренции на рынке медицинского страхования *(см. рис.1)*. Одна из ключевых гипотез данной модели заключается в том, что чем более концентрированным является рынок, тем менее фирмы склонны к конкуренции.

Преимущество использования модели SCP для измерения уровня конкуренции заключается в том, что по сравнению с другими методиками, она требует меньшего количества количественных данных. Также данная модель полезна для лиц, которые являются ответственными за проведение государственной политики при разработке мер, направленных на повышение результативности функционирования отраслевых рынков. С помощью подобных мер можно оказывать постоянное или фрагментарное воздействие на структуру рынка, например, при запрещении слияний, приводящих к росту рыночной концентрации, или при поощрении слияний в отраслях с избыточными мощностями.

* Обязательное страхование всех граждан
* Заключение договоров со всеми медицинскими организациями
* Тарифы устанавливаются государством
* Единая стоимость пакета услуг
* Информирование и защита прав застрахованных
* Требования к УК
* Количество застрахованных лиц
* Уровень концентрации на рынке
* Доли рынка
* Барьеры входа и выхода
* Ориентация на качественную защиту прав и интересов застрахованных лиц
* Клиентоориентированность
* Количество и территориальная доступность филиалов
* Штаб профессионалов
* Кросс-маркетинг
* Экспертиза качества медицинской помощи
* Защита застрахованных лиц
* Стимулирование медицинских учреждений на качественное предоставление медицинских услуг

**1. Государственное регулирование**

**4. Результативность**

**3.Поведение**

**2. Структура**

**₁₁₁**

*Государственное регулирование*

## 2.2.1 Государственное регулирование системы обязательного медицинского страхования

В российской системе обязательного медицинского страхования страховые медицинские организации обязаны заключать договоры со всеми медицинскими организациями, которые принимают участие в реализации территориальной программы ОМС. По мнению эксперта Высшей школы экономики И.М. Шеймана, сложившаяся в РФ ситуация, при которой СМО законодательно обязуется заключать договор со всеми ЛПУ, препятствует развитию конкуренции, в связи с тем, что застрахованному лицу сложно самостоятельно определить, чем в таком случае страховые организации отличаются друг от друга. Кроме того, данная обязанность автоматически блокирует для СМО возможность отбирать те медицинские организации, которые предоставляют услуги наилучшего качества. Следовательно, у страховых медицинских организаций отсутствует возможность конкурировать между собой за привлечение граждан по уровню качества медицинских услуг.

Также согласно законодательству СМО не имеют возможности осуществлять дифференциацию по пакету предоставляемых услуг, в связи с тем, что страховой пакет услуг является единым, исходя из территориальной программы ОМС региона. Кроме того, в России страховые медицинские организации действуют в “закрытой сверху” системе финансирования и не имеют средств на оказание дополнительных услуг. Ценовая конкуренция страховщиков в системе ОМС также не предусмотрена законом.

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что ввиду законодательных ограничений страховые медицинские организации на данный момент не являются рациональными и информированными покупателями медицинской помощи. По мнению исследователя ВШЭ И. Шеймана сегодня в России присутствует псевдоконкурентная модель обязательного медицинского страхования*: «либо мы действительно строим конкурентную модель, способную приносить пользу населению, либо существенно меняем организацию системы ОМС, отказываясь от рыночной риторики и возвращаясь к здравому смыслу»* [4]

## 2.2.2 Структура рынка обязательного медицинского страхования

Далее необходимо рассмотреть структуру рынка обязательного медицинского страхования основными игроками, которого являются страховые медицинские организации.[16]

1. Распределение долей застрахованных лиц по СМО,% ,2018 год.

Источник: [Федеральный фонд обязательного медицинского страхования]

Вышепредставленная диаграмма наглядно показывает, что 5 страховых компаний имеют наибольшую долю застрахованных лиц. Кроме того, около 32 компаний имеют долю рынка, равную меньше 1-му проценту. Таким образом, из 48 страховых медицинских организаций 5 компаний контролируют примерно половину всего рынка ОМС.

**Уровень концентрации**

Степень концентрации отражает уровень конкуренции рынка обязательного медицинского страхования. Для определения структуры рынка и развитости конкурентной среди страховых медицинских организаций были рассчитаны коэффициенты Херфиндаля-Хиршмана (HHI) и индексы концентрации CR для всех субъектов Российской Федерации по отдельности, в связи с тем, что количество СМО и их доли существенно разнятся при рассмотрении различных регионов.[16]

*Центральный федеральный округ*

Из **18** входящих в центральный федеральный округ регионов только город **Москва** обладает умеренной концентрацией на рынке (CR=74,7, HHI=1688,5). В Московской и Тверской областях уровень концентрации находится в пределах границы умеренной и высокой концентрации. Остальные 15 регионов Центрального федерального округа обладают ярко выраженной высокой степенью концентрации, которая объясняется в виду малого количества СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Центральному федеральному округу CR= 93,7, HHI= 4393. Таким образом, можно сделать вывод, что конкуренция в рассматриваемом округе практически отсутствует.

*Северо-западный федеральный округ*

Из 11 входящих в Центральный федеральный округ регионов только в городе Санкт-Петербурге сформирована умеренная концентрация на рынке услуг страховых медицинских организаций (CR=74,7, HHI=1688,5). Остальные 10 регионов округа обладают ярко выраженной высокой степенью концентрации, которая так же объясняется в виду малого количества СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Северо-западному федеральному округу CR=92,4 HHI= 6030,21. Таким образом, можно сделать вывод о том, что уровень конкуренции в данном округе является очень низким.

*Северокавказский федеральный округ*

Все **7** входящих в рассматриваемый федеральный округ регионов обладают высокой концентрацией на рынке услуг страховых медицинских организаций. Данная ситуация на рынке также объясняется малым количеством СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов в данном округе CR=96,5 HHI=8093 - конкуренция в рассматриваемом округе практически отсутствует.

*Южный федеральный округ*

Из 8 входящих в центральный федеральный округ регионов только город Ростов-на-Дону обладает близкой к умеренной концентрацией на рынке услуг страховых медицинских организаций (CR=75,4, HHI=2222,5). Остальные 7 регионов округа обладают ярко выраженной высокой степенью концентрации, которая объясняется в виду малого количества СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Южному федеральному округу равняется CR=93,3 HHI=5091. Таким образом, можно сделать вывод, что конкуренция в данном округе также практически отсутствует.

*Приволжский федеральный округ*

Из 14 входящих в приволжский федеральный округ регионов только Республика Башкортостан (CR=76,6, HHI=2322,1) и Оренбургская область (CR=76,7, HHI=2279,3) обладают близко к умеренной концентрацией на рынке услуг страховых медицинских организаций. Остальные 12 регионов округа обладают ярко выраженной высокой степенью концентрации, которая, так же как и в других округах объясняется в виду малого количества СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Приволжскому федеральному округу равняется CR= 90,7 HHI=4460. Таким образом, можно сделать вывод, что уровень конкуренции в данном округе является низким.

*Уральский федеральный округ*

Все 6 округов Уральского федерального округа обладают ярко выраженной высокой концентрацией на рынке услуг страховых медицинских организаций. Данная ситуация объясняется малым количеством СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Уральскому федеральному округу равняется CR=89,8, HHI=4340. Таким образом, можно сделать вывод, что конкуренция в данном округе также является высокой.

*Дальневосточный федеральный округ*

Все 9 округов Дальневосточного федерального округа обладают ярко выраженной высокой концентрацией на рынке услуг страховых медицинских организаций. Данная ситуация объясняется малым количеством СМО в регионах и/ или высокой доли одного или двух игроков на рынке. Среднее значение коэффициентов по Дальневосточному федеральному округу равняется CR= 95,4, HHI=5800,6. Таким образом, можно сделать вывод, что конкуренция между страховыми медицинскими организациями практически не наблюдается.

Кроме того необходимо отметить, что в таких регионах как Тамбовская область, Ненецкий автономный округ, Псковская область, Республика Адыгея, Карачаево-Черкесская Республика, Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Республика Тыва, Чукотский автономный округ, Байконур представлена только одна страховая организация. В Белгородской области, Вологодской области, Кабардино-Балкарской Республике, Забайкальском крае, Республике Алтай, Амурской области представлены две страховые медицинские организации, однако в каждом из регионов только одна из двух компаний занимает доминирующую позицию - доля доминирующих компаний варьируется от 93% до 99%.

Согласно законодательству каждый гражданин РФ обладает правом на смену страховой медицинской организации, однако на территориях, где представлена 1 страховая медицинская организация, осуществление данного права невозможно.

Исходя из того, что во всех округах средние значения CR, HHI являются высокими, можно сделать вывод о том, что рынок страховых медицинских организаций обладает низкой степенью конкуренции и рыночная структура является олигополией ввиду того, что предоставление страховых услуг в регионах осуществляется небольшим числом сравнительно крупных компаний.

Более того, уровень концентрации на рынке ОМС ежегодно растет. Высокий уровень концентрации на рынке является первым показателем возможного еще большего снижения конкурентоспособности рынка ОМС. Например, с 2016 года согласно постановлению Правительства размер уставного капитала страховых компаний был увеличен с 60 млн. руб. до 120 млн. руб., что, в свою очередь, привело к уходу с рынка некоторых игроков. Также на рынке появилась тенденция к слиянию и поглощению страховых медицинских организаций. Например, в 2016 году на рынке состоялась крупнейшая сделка по присоединению «РОСНО-МС» к «ВТБ Страхование». В свою очередь, страховая группа ВТБ не отрицает о дальнейшем расширении за счёт новых поглощений до 2019 года. Таким образом, в ближайшем будущем концентрация на рынке медицинского страхования будет только увеличиваться. Предполагается, что рост группы ВТБ может привести к тому, что одна треть граждан будут застрахованы в данной компании.[18]

***Свобода входа страховых медицинских организаций***

Как уже было отмечено ранее, с 2016 года требование к размеру уставного капитала было увеличено до 120 млн руб., кроме того, в ближайшем будущем ЦБ России для дальнейшего обеспечения устойчивости страховой деятельности рассматривает повышение требований к СМО, что приведет к еще большему количеству их слияний и поглощений. С другой стороны, государство одновременно оказывает поддержку СМО, путем взятия на себя части их страховых рисков. Однако в связи с высоким значением УК и уже со сформировавшимся составом наиболее крупных игроков новичку будет сложно войти на данный рынок. Кроме того, СМО должны получить необходимую лицензию, которая сопровождается с большим количеством необходимых требований, для возможности осуществления их деятельности.

***Оптимизация здравоохранения***

Одним из центральных процессов в российском здравоохранении в период с 2000 года по настоящий момент стала так называемая «оптимизация здравоохранения», которая предполагает установление оптимальной структуры системы здравоохранения путем сокращения и реорганизации неэффективных медицинских организаций. Согласно официальным документам Правительства РФ, ключевой целью оптимизации является повышение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и работы медицинского персонала. Реформа оптимизации здравоохранения была начата в 2010 году и заключалась в закрытии больниц/их объединения, расширения использования высокотехнологичных медицинских организаций. Одной из основных задач данной реформы являлось сокращение административного персонала, доля заработной платы которых составляла 40% от общего фонда оплаты труда. Однако согласно анализу Центра политических и экономических реформ (ЦЭПР) и статистическим данным под нейтральным термином «оптимизация» в России происходит массовая ликвидация и укрупнение медицинских учреждений, а также постоянное сокращение медицинского персонала, что ограничивает доступность медицинской помощи населению.

В период с 2000 по 2016 годы на основании данных Росстата суммарное количество медицинских учреждений в России сократилось с 10,7 тыс. до 5,4 тыс. (в среднем 353 медучреждения в год) (см. рис.2). [19] Согласно реформе по оптимизации часть нагрузки и ресурсов с больниц должна была быть перенаправлена на поликлиники, однако, по мнению авторов доклада, этого так и не произошло и ситуация в областях стационарного и амбулаторного лечения была только осложнена.

Кроме того, согласно опросу фонда «Здоровье» медицинские работники отметили, что в ходе оптимизации их нагрузка была увеличена. Около 65,5% респондентов заявили, что в связи с оптимизацией в государственных медицинских учреждениях, возросло количество случаев взимания с пациентов платы за медицинские услуги.

Уже к моменту начала введения реформы по оптимизации примерно в 17,5 тысяч населенных пунктах Российской Федерации отсутствовала какая-либо медицинская инфраструктура, даже наличие фельдшерских пунктов. Кроме того, 11 тыс. населенных пунктов расположены в 20-ти км от ближайшего врача, а 35% из них не охвачены никаким общественным транспортом. В связи с этим сроки оказания медицинской помощи превышают в 2 и более раза.

1. Суммарное количество больничных организаций

**Источник:** [Федеральная служба государственной статистики][19]

1. Количество врачебных амбулаторно-поликлинических организаций

**Источник:** [Федеральная служба государственной статистики][19]

Председатель Счетной Палаты Российской Федерации Татьяна Голикова в отчете контрольного органа отмечает: *«Из 130 тыс. сельских населенных пунктов, которые находятся на территории Российской Федерации, только 45 тыс. населенных пунктов имеют те или иные формы оказания медицинской помощи, остальные их просто не имеют. Кроме того, сокращается транспортная доступность до этих медицинских организаций, и у нас, к сожалению, год от года идет ухудшение. И я должна сказать, что есть вопиющие факты, когда смертность существенно превышает в результате вот такой недоступности те показатели, которые в среднем сложились по Российской Федерации»*.[20]

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что реформа оптимизации, приводящая к укрупнению медицинских учреждений или даже к локальной монополизации в части регионов РФ, существенно снижает конкуренцию между медицинскими учреждениями и ограничивает их доступность для населения. Это является существенным барьером для развития конкуренции между страховыми медицинскими организациями.

## 2.2.3 Анализ поведения субъектов рынка обязательного медицинского страхования

*Результаты глубинных интервью*

Для оценки поведения основных игроков на рынке обязательного медицинского страхования со стороны деятельности страховщиков было взято два глубинных интервью с руководителями санкт-петербургских филиалов «ВТБ Медицинское страхование» и «СОГАЗ-Мед».

Основным предметом для обсуждения являлся вопрос, каким образом деятельность одной страховой медицинской организации отличается от деятельности другой. Оба руководителя отметили, что в осуществлении основной деятельности принципиальных отличий, как в процессе внутренней работы, так и в отношении с застрахованными лицами – нет. Политика каждой из компаний направлена не на привлечение новых застрахованных, а на удержание уже существующих клиентов. Она осуществляется за счет сервисной составляющей, а также за счет индивидуального подхода к каждому клиенту. Однако руководителями было отмечено, что основным критерием выбора страховой медицинской организации среди потребителей является территориальное расположение филиала: большинство потребителей выбирает СМО исходя из её близости по месту их проживания. Таким образом, одним из основных конкурентных преимуществ является как можно большее количество филиалов в различных районах города (осуществимо только в крупных городах). Кроме того, страховые медицинские организации обладают правом аренды места в медицинской организации, что является прямым доступом к большому потоку привлечения дополнительных клиентов.

Также страховые медицинские организации заключают совместные взаимовыгодные сотрудничества. Например, клиенты «СОГАЗ-Мед» имеют возможность получить 15%-ю скидку при сдаче анализов в диагностических центрах «Хеликс», а клиенты «ВТБ-Медицинское страхование» получают скидку при оформлении заказа в интернет-аптеке «Apteka.ru». Узнаваемость компании на рынке также может быть увеличена за счет маркетинговой политики продвижения других услуг компании, например услуги по оформлению полиса ДМС.

В связи с тем, что страховые медицинские организации получают целевые поступления денежных средств в отдельности за каждого застрахованного, то, отмечает руководитель «ВТБ-Медицинское страхование», чем большим количеством застрахованных обладает организация, тем больше у нее возможностей привлечь и содержать более квалифицированный персонал.

Также в ходе интервью был рассмотрен вопрос о возможности разработки дополнительных программ в рамках обязательного медицинского страхования, которые бы позволили бы застрахованным выбирать СМО, исходя из предлагаемых ею услуг – политика дифференциации. Руководители отметили, что, во-первых, на данный момент это не предусмотрено законодательством, а во-вторых, в связи с тем, что остаточные целевые средства не остаются в распоряжении СМО, у компаний нет дополнительных денежных средств и на разработку данных пакетов услуг.

Кроме этого, в процессе проведения интервью обсуждался вопрос о возможности расширения количества застрахованных лиц за счет открытия новых филиалов в регионах России, где расположена одна или две страховые медицинские организации. Руководитель петербургского филиала «ВТБ-Страхование» отметил ,что уровень проникновения страховых услуг даже крупнейших федеральных страховых компаний ограничен крупными и средними городами. Проникнуть в малые города и сельскую местность новому игроку представляется практически невозможным в виду высоких рыночных инвестиций. Таким образом, на данный момент в связи с нехваткой капитала и ресурсов для развития региональной сети СМО страховой рынок является монополизированным во многих регионах.

*Результаты анкетирования*

Для того чтобы определить, каким образом ведут себя основные потребители услуг страховых медицинских организаций, в ходе исследования был проведен опрос среди населения трех регионов страны – Псков, Санкт-Петербург и Москва. Данные регионы были выбраны по причине различия между количеством страховых медицинских организаций в городах:

* Псков – 1 СМО
* Санкт-Петербург – 7 СМО
* Москва – 9 СМО

Целью проведения опроса являлось сравнение их качества работы в условии наличия конкуренции и при её отсутствии. Было составлено два типа анкет с учетом специфики различия количества страховых медицинских организаций. Параметры распределения квотировались по полу, возрасту, уровню дохода, наличию работы и частоте посещений медицинской организации. Результаты опросов должны были показать, знают ли застрахованные граждане о своих правах в рамках системы ОМС, пользуются ли услугами СМО. Также для жителей Москвы и Санкт-Петербурга были выявлены причины выбора конкретной СМО, а также причину перехода в другую компанию, если такая ситуация была.

Выборка среди жителей Санкт-Петербурга составила 130 респондентов. Опрос показал, что каждый из респондентов имеет полис обязательного медицинского страхования, кроме того большинство опрошенных знают название своей страховой медицинской организации - 76,4%.

Выборка среди жителей Москвы составила 80 респондентов. Результаты опроса показали, что каждый из респондентов также имеет полис ОМС. Название своей СМО смогли указать значительное большинство респондентов -86,8%.

Отличными от Москвы и Санкт-Петербурга оказались результаты опроса среди жителей города Пскова. Несмотря на то, что в регионе функционирует 1 страховая медицинская организация, только чуть больше половины из 106 респондентов знают её название - 61,7% (полис ОМС также имеет каждый из опрошенных).

Часть вопросов анкеты было построено на описании поведения застрахованных граждан посредством применения модели А. Хиршмана, [Hirschman, 1970], в которой потребители имеют три возможности отреагировать на ухудшение качества потребляемых услуг – это право «выхода», «мнения» или сохранения «лояльности».

Правом «выхода» в системе обязательного медицинского страхования по отношению к страховщику является смена страховой медицинской организации, однако необходимо отметить, что в регионах, где представлена одна СМО граждане данного права лишены.

Результаты анкетирования среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга показали, что практически каждый из опрошенных индивидов осведомлен о возможности смены страховой медицинской организации - 84,1% и 77,3% соответственно. Однако данным правом воспользовалось относительно небольшое количество респондентов (27% в Москве и 36,8% в Санкт-Петербурге). Основной причиной перехода к другому страховщику в обоих регионах являлась смена территориального расположения места проживания. Таким образом, можно прийти к выводу, что, в целом, граждан обоих регионов устраивает работа их страховой медицинской организации. или не видит различий в деятельности СМО. В свою очередь, жители псковского региона отметили недовольство работой СМО, и 74% респондентов предпочли бы сменить ее при существовании у них такой возможности. По результатам опроса основными причинами неудовлетворенности работой СМО среди жителей города Пскова оказались:

* длинные очереди;
* трудность дозвониться до «горячей линии»;
* безразличное и порой грубое отношение работников компании к застрахованным;
* низкая компетентность работников.

Можно предположить, что причиной такого уровня качества работы является монопольное положение компании в регионе, а также огромный объем работы, возложенный на нее.

Для того чтобы оценить «мнение» граждан регионов в рамках системы обязательного медицинского страхования, респондентам был задан следующий вопрос:

***Куда Вы обращаетесь в первую очередь при возникновении вопросов по поводу медицинской помощи и/или оказанной Вам некачественной медицинской помощи:***

* *администрация медицинского учреждения (напр. главврач)*
* *страховая медицинская организация (СМО)*
* *территориальный фонд ОМС*
* *Комитет по здравоохранению*
* *свой вариант:*
* *не обращаюсь*

Результаты опроса показали, что жители Санкт-Петербурга и Москвы активно пользуются услугами своих страховых медицинских организаций: 68,7% и 70,8% обращались в СМО, второе место занимает обращение к администрации медицинского учреждения.

С другой стороны, доля респондентов в городе Пскове, воспользовавшихся услугами страховых медицинских организаций составила всего 21%, 42,4% никуда не обращались, т. е. не использовали, согласно концепции А. Хиршмана, возможности для выражения своего «мнения», остальные обращались непосредственно в администрацию медицинского учреждения.

Таким образом, согласно результатам проведенных опросов, можно сделать вывод о том, что монопольное положение страховой медицинской компании не справляется с одной из основных задач по качественной защите прав застрахованных лиц.

## 2.2.4 Результативность текущего состояния рынка обязательного медицинского страхования

Исходя из вышеприведенного анализа можно сделать основные выводы относительно результативности деятельности СМО на рынке медицинского страхования, которые показывают, что текущее состояние конкуренции между страховыми медицинскими организациями сложно признать эффективной с точки зрения интересов застрахованных.

1. Взаимоотношения между СМО и медицинскими организациями в теории построено на квазирыночной модели, которая предполагает разделение покупателей (СМО) и производителей медицинских услуг (медицинские организации), однако на практике не реализуется по причине законодательных ограничений.

2. Ценовая конкуренция страховщиков не предусмотрена законом, так как обязательное медицинское страхование в России является бесплатным;

2. Результаты глубинных интервью показали, что СМО не проводят активную маркетинговую политику и расширение перечня оказываемых услуг. Приоритет их деятельности направлен на удержание уже существующих клиентов, а не на привлечение новых;

3. На текущий момент основным критерием выбора и смены СМО среди населения является её удобное территориальное расположение, таким образом, индивиды не ощущают принципиальных различий в их деятельности;

4. Экспертная деятельность СМО стимулирует медицинские организации к сокращению врачебных ошибок, однако данный вид деятельности не находит отражения в повышении конкуренции между страховщиками.

4. По результатам анкетирования жителей города Пскова было выявлено, что единственная СМО, получив монопольную рыночную власть, лишена стимулов к качественному обслуживанию её клиентов.

# Глава 3. Рекомендации по развитию конкуренции между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования

## 3.1 Преимущество существования конкуренции между страховыми медицинскими организациями

В идеальной конкурентной модели страхования с множественностью страховых медицинских компаний последние имеют возможность свободно выходить на этот рынок и уходить с него, а также могут конкурировать друг с другом за более здоровых клиентов и за договоры с медицинскими организациями, которые обеспечивают меньшую затратность и оказывают медицинские услуги более высокого качества. СМО конкурируют между собой по различным параметрам страхования, такими как размер страховых взносов, размер соплатежей пациентов, пакет страховых услуг, сотрудничество с различными сетями медицинских организаций и так далее. Благодаря такой конкуренции потребители могут свободно  выбрать СМО, максимально отвечающую их нуждам в области медицинского страхования и пользоваться её услугами. Отсутствие возможности у страховых медицинских организаций самостоятельно осуществлять выбор медицинских организаций приводит к тому, что даже не очень крупная городская больница, взаимодействуя с несколькими СМО, имеет возможность диктовать им свою волю.

Вопрос о том, как предоставлять базовый пакет услуг медицинского страхования, – через единого медицинского страховщика или через нескольких, до сих пор является предметом широкой дискуссии среди исполнительных органов стран со страховой системой здравоохранения. Однако унитарную систему медицинского страхования критикуют за то, что она только «платит по счетам» и не пользуется своим монопольным положением для оптимизации затрат, например, путем заключения договоров с более эффективными поставщиками услуг. В результате растут расходы на здравоохранение и дефицит фондов медицинского страхования, а правительствам приходится покрывать этот дефицит за счет средств госбюджета.

В Российской Федерации по поручению президента РФ Владимира Путина в 2014 году в будущем система ОМС должна полностью перейти на страховые принципы. [3] Однако проанализированный в предыдущей главе анализ конкурентного состояния между страховыми медицинскими организациями в системе обязательного медицинского страхования позволяет сделать вывод о том, что её текущее состояние, которое ориентируется в основном на защиту прав застрахованных и контроль качества предоставляемых медицинских услуг, обрекает систему ОМС на профанацию развития страховых принципов. [4] Подразумевается, что при переходе на страховые принципы, часть ответственности за устойчивость финансовой модели перейдет к СМО. Переход является постепенным процессом, который не может являться самоцелью. Основной целю реформирования финансовой модели ОМС должно являться, прежде всего, улучшение качества медицинской помощи.

В настоящее время, согласно мнению президента Всероссийского союза страховщиков И. Юргенса у страхового медицинского сообщества уже есть готовые наработки по поэтапному переводу медицины на рисковую модель страхования, которая предусматривает создание страховых резервов, расширение выполняемых функций и повышение ответственности СМО, осуществляющих обязательное медицинское страхование в системе ОМС.

Страховые принципы предполагают расширение функций и полномочий страховых медицинских организаций за счёт расширения страховой составляющей в их деятельности и включают в себя:

* развитие конкуренции между страховыми медицинскими организациями;
* предоставление страховым медицинским организациям права на возмездной основе дополнять обязательства государства в отношении страхового покрытия;
* обеспечение стабильности и сбалансированности возлагаемых на страховые медицинские организации обязательств по покрытию затрат и передаваемых им для этого средств;
* передача страховым медицинским организациям финансовой ответственности за риски несения затрат, включая право на получение возможной экономии переданных им средств.

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.

По мнению проф. Высшей школы экономики И. Шеймана только расширение круга задач и полномочий СМО позволит повысить их вклад функционирования в системе ОМС и в значительной мере оправдать затраты на реализацию действительно конкурентной модели обязательного медицинского страхования. [4] На текущий момент СМО не научились планировать объемы медицинской помощи и управлять ими с целью обеспечения более эффективного и рационального использования средств.

Теоретически конкуренция между страховыми организациями может идти по следующим основным направлениям:

* количество застрахованных лиц (осуществляется на текущий момент в РФ);
* заключение договоров с лучшими медицинскими организациями;
* предоставление дополнительных условий обслуживания застрахованных.

Исходя из анализа текущего состояния условий для развития конкуренции между страховыми медицинскими организациями было выделено два основных и наиболее возможных к реализации на практике направления развития конкуренции между страховщиками.

## 3.2 Развитие квазирыночных отношений в системе обязательного медицинского страхования в Москве и Санкт-Петербурге

## 3.2.1 Обоснование выбора регионов

Германия и Нидерланды, системы обязательного медицинского страхования которых были рассмотрены ранее, обладают необходимыми условиями для существования и развития конкуренции между СМО.

Во-первых, для развития конкуренции и успешного функционирования квазирыночной модели здравоохранения необходимо:

* относительно равномерная плотность населения;
* развитая транспортная сеть, хорошее состояние дорог;
* развитая медицинская инфраструктура во всех регионах страны;
* существование антимонопольного государственного регулирования медицинских услуг;
* высокая степень информированности и заинтересованности граждан – развитое гражданское общество.

Например, территория Германии обладает высокой степенью развития транспортной инфраструктуры: сеть автомобильных и железных дорог позволяет жителям добраться с одного конца страны в другой в среднем за 5 часов. Кроме того, Германия обладает достаточно большим количеством крупных городов – в стране прослеживается сплошная городская агломерация. Аналогичная ситуация прослеживается и в Нидерландах – граждане обладают возможностью жить в одном городе, а работать в другом.

Однако Россия – это огромная страна, которая обладает отчетливо выраженной неравномерностью населения, слабой транспортной доступностью во многих регионах, а также относительно плохим состоянием дорог. Например, среднее расстояние в европейской части РФ составляет примерно 30-50 км, расстояние между некоторыми городами в восточных районах составляет более 400 километров.

Кроме того, согласно статистическим сведениям Росавтодора, на начало 2015 года 45,9 тысяч, то есть 30,5% сельских населенных пунктов не имели связи по дорогам с твердым покрытием с сетью дорог общего пользования региона. Основная масса этих населенных пунктов – это небольшие населенные пункты (около 84% – 38,5 тысяч – с населением 50 жителей и менее, еще около 3 тыс. – с населением до 100 жителей, около 3,6 тыс. – с населением до 500 человек). Данная проблема свойственна и ряду более крупных сельских населенных пунктов: на начало 2015 года не имели связи по дорогам с твердым покрытием с сетью дорог общего пользования своего региона 534 22 сельских населенных пункта с населением до 1000 жителей и 209 сельских населенных пункта с населением более 1000 человек. При этом следует учитывать, что даже если связь по дорогам с твердым покрытием имеется, распространена иная проблема – отсутствие автобусов, которые бы осуществляли регулярные перевозки пассажиров по необходимым маршрутам.[21]

Помимо этого, из 1108 городов, только на территории 95-ти проживает более 200 тысяч человек. Ситуация на рынке труда является нестабильной в связи с распространением неофициального трудоустройства и неполной занятостью населения. Уровень политической культуры населения относительно низкий, общественные институты являются слаборазвитыми.[22]

Рынок «продавца» или также рынок медицинских услуг является относительно развитым только в городах мегаполисах, населению остальных территорий доступно только одно или несколько медицинских организаций, многие из которых были созданы еще в советский период и обладают, как правило, слабой технической оснащенностью.

Таким образом, можно прийти к выводу о том, что институциональная среда большинства регионов Российской Федерации на данный момент развита крайне слабо для дальнейшей возможности развития конкуренции между страховыми медицинскими организациями. С другой стороны, в крупных регионах, таких как Санкт-Петербург и Москва развитие реальных квазирыночных отношений представляется возможным. Во-первых, в обоих регионах присутствует достаточное для развития конкуренции количество страховых медицинских компаний и медицинских организаций - население обоих городов имеет возможность выбора и переключения между СМО и медицинскими организациями. Кроме того, страховые медицинские организации также могут иметь возможность для отбора и ранжирования медицинских организаций. Во-вторых, регионы обладают развитой транспортной инфраструктурой.

## 3.2.2. Обоснование и предложения по развитию квазирыночных отношений в системе обязательного медицинского страхования

Обязательная контрактация СМО со всеми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС, не позволяет рассчитывать на должный контроль над качеством лечения — страховая медицинская компания не обладает для этого достаточными ресурсами. На текущий момент все страховые медицинские организации выполняют практически одинаковые функции по отношению к застрахованным лицам, и основными конкурентными преимуществами СМО с точки зрения застрахованных является качество их сервисной составляющей, а также территориальное расположением офиса, в котором они могут оформить полис ОМС. Однако предоставление качественных медицинских услуг клиентам не влияет сколь либо существенно на положение страховщика, соответственно страховые компании не готовы расходовать средства на защиту прав застрахованных и улучшения степени их информированности, сверх предусмотренных законодательством лимитов.

Под **квазирыночными отношениями** понимаются отношения, предполагающие сохранение существенного госрегулирования вместе с включением в данную сферу рыночных элементов. В силу специфики сферы здравоохранения и её социальной значимости, что было описано в первой главе, полностью рыночные отношения здесь не допустимы.

К важнейшим отличительным особенностям квазирыночных отношений для реализации конкурентных механизмов в системе обязательного медицинского страхования относится то, что:

* потребитель имеет возможность свободно осуществлять выбор/смену медицинской организации и СМО;
* СМО имеет возможность осуществлять выборочные договоры с медицинскими организациями.

Основными преимуществами развития квазирыночной модели будут выступать:

* расширение выполняемых функций и повышение ответственности страховых медицинских организаций, осуществляющих обязательное медицинское страхование;
* медицинские организации – стимул к повышению качества оказания медицинской помощи, в виду предоставления СМО права отказа от взаимодействия с медицинской организацией, оказывающей услуги ненадлежащего качества.

Центральным Банком РФ была предложена система осуществлять страховыми компаниями выбор и последующее, по единым критериям, рейтингование медицинских организаций. Данная система рейтингования должна привести к повышению их влияния на оказание предоставления медицинских услуг в виду стимулирования медицинских организаций к  улучшению взаимодействия с пациентами и повышения качества оказания медицинской помощи. Более того, такое рейтингование позволит застрахованным лицам осознанно производить выбор медицинской организации, исходя из объективных параметров качества предоставления медицинских услуг и иных показателей, а страховым компаниям выявлять на  ранней стадии наличие в  медицинской организации проблем, которые требуют применения мер со  стороны уполномоченного органа в  сфере здравоохранения. Центральный Банк предлагает составить рейтинг медицинских организаций России, который бы отражал:[1]

* техническую оснащённость медицинских организаций;
* уровень квалификации персонала;
* количество жалоб и принятые по ним меры;
* данные объективных экспертиз.

Необходимо отметить, что рейтингование медицинских организаций страховыми медицинскими организациями целесообразно осуществлять только в крупных регионах с большим количеством игроков на рынке обязательного медицинского страхования.

На текущий момент, согласно анализу экспертов Центрального Банка, страховые медицинские организации обладают необходимой базой для реализации отбора и рейтингования медицинских организаций: являясь первичным звеном контроля в системе обязательного медицинского страхования СМО осуществляют анализ нарушений установленных стандартов и порядков оказания медпомощи, учитывают объем штрафных санкций в  отношении медицинской организации и рассматривают жалобы страхователей. Таким образом, информации, полученной СМО при проведении контроля объема и качества оказания медицинских услуг в  конкретной медицинской организации, достаточно для начального этапа осуществления объективной оценки показателей качества медицинских услуг. С другой стороны, отсутствует единая централизованная информационная система, которая позволит вести единый учет оказанной медицинской помощи и всех источников ее оплаты, как со стороны ОМС, так и ДМС, при каждом обращении пациента. Таким образом, реальная основа конкуренции по качеству может быть осуществима, однако для этого необходимо развить информационную систему, а также разработать стандарты для рейтингования и внедрить их в клиническую практику.

*Риски и препятствия по реализации квазирыночных отношений в системе ОМС*

Одним из рисков осуществления развития квазирыночных отношений будет являться глобальное перераспределение занятости и доходов медицинских работников, что в момент изменений вызовет социальную напряженность, однако в долгосрочной перспективе приведет к повышению качества оказания медицинской помощи и росту квалификации врачей. Таким образом, данное расширение полномочий СМО необходимо осуществлять в сочетании с изменением финансового механизма перечисления средств в медицинские организации, повышением заработной платы врачей и дальнейшем применением стимулирующих методик оплаты их труда как эффективный контракт.

Также препятствием для реализации возможности страховыми компаниями осуществлять отбор медицинских организаций является то, что на текущий момент страховщики отличаются друг от друга только уровнем контроля за качеством медицинской помощи, который практически невозможно сравнить даже профессиональному медицинскому эксперту. Данное препятствие можно преодолеть путем проведения социологических исследований удовлетворенности потребителей обслуживанием и оказанием медицинской помощи, а также определения необходимых параметров для ранжирования медицинских организаций (Нидерланды, Германия, США и др.).[23] В Российской Федерации функции по оценке качества медицинских организаций осуществляют ТФОМС.

Также в результате анализа глубинных интервью выявлено, что еще одним препятствием по расширению функций и полномочий страховых компаний является отсутствие у них в распоряжении свободных денежных средств. С другой стороны, руководители отметили, что повышение финансовой самостоятельности страховщиков будет нести риски нецелевого расходования бюджетных средств, а также сопряжено с вероятностью возникновения риска финансовой неустойчивости части страховых компаний в связи с повышением рисковой составляющей в осуществлении их деятельности. Вполне вероятно, что новые требования, устанавливаемые в последние несколько лет Правительством РФ к повышению размера уставного капитала СМО, являются своевременной мерой (не исключено, что эти требования придется повышать) по преодолению данного риска. Кроме того, необходимо предусмотреть механизм оперативной передачи застрахованных лиц в более устойчивые страховые медицинские организации.

Также заключение страховыми медицинскими организациями выборочных договоров с медицинскими организациями может вызвать определенное недоверие среди застрахованных лиц по причине возможности существования между ними взаимовыгодного сотрудничества. Наличие обширной и прозрачной информации о деятельности медицинских организаций позволит частично преодолеть возможную асимметрию информации между страховщиками и застрахованными лицами.

Цели функционирования СМО должны быть значительно масштабней – страховщики должны не просто защищать пациента в конфликтной ситуации, а влиять на всю систему оказания медицинской помощи, обеспечивая повышение качества медицинской помощи и эффективности использования ресурсов здравоохранения. В настоящее время, реальное число случаев такой работы с сколько-нибудь реальным результатом в российской практике очень невелико. Фактически СМО концентрируются на тех случаях, которые грозят выйти на уровень судебного разбирательства с вероятностью финансовых санкций. В свою очередь, переход к квазирыночным отношениям позволит СМО более активно участвовать в повышении эффективности использования средств обязательного медицинского страхования и доступности бесплатной медицинской помощи, что особенно важно в современных экономических условиях, а также в реализации актуальных мер профилактической направленности здравоохранения.

## 3.3 Конкуренция по страховому продукту

Существующая в настоящее время система здравоохранения РФ обеспечивает реализацию государственных гарантий, в которые включают в себя бесплатное оказание медицинской помощи, оказываемое за счёт средств бюджетов всех уровней финансирования, а также оказание медицинской помощи по базовой программе ОМС за счет средств Фонда ОМС. Базовая (территориальная) программа ОМС гарантирует гражданам оптимальный объем предоставления медицинской помощи. Однако в настоящее время объемы данной помощи и условия её предоставления устраивают далеко не всех граждан.

Текущий уровень финансирования ведет к огромному дефициту средств в здравоохранении РФ. Медучреждения не в состоянии существовать на выделенные средства и вынуждены развивать платные услуги. Кроме того, отсутствие утвержденных единых стандартов по всем категориям заболеваний, является причиной неполного покрытия расходов медицинских учреждений на лечение тарифами, предложенными Минздравом РФ. Опрос фонда «Здоровье» от 2016 года среди медицинских сотрудников показал, что 71% респондентов отметили убыточность существующих тарифов системы ОМС на медицинские услуги для медицинских учреждений. При этом платность медицинских услуг, как показал опрос, не влияет на их качество. «*О более высоком качестве таких услуг в государственных и муниципальных медицинских организациях говорят только 10%»,* - прокомментировал итоги исследования директор фонда «Здоровье», член Центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов.[24]

По оценкам аналитической компании BusinesStat, в 2016 году натуральный объем российского рынка медицинских услуг сократился на 2,5% и составил 1,5 млрд приемов. [25] Данная отрицательная динамика была обусловлена снижением доступности медицинской помощи за счет средств ОМС в виду оптимизации государственного здравоохранения, а также вследствие сокращения наполнения корпоративных программ ДМС. Пациентам все чаще приходится самостоятельно платить за медицинские услуги, однако из-за снижения реальных доходов населения не все могут себе это позволить. Именно поэтому пациенты все чаще пользуются так называемыми теневыми платежами (врачу в карман) или лечатся самостоятельно.

Недавно проведенный анализ аудиторов Счётной палаты, показал, что в последнее время, несмотря на повышение объемов средств, направляемых на обеспечение базовой программы обязательного медицинского страхования, в России происходит прогрессивный рост объема платных услуг и бесплатная медицина все чаще и чаще дополняется платной. [2] Населению не хватает текущего объема медицинской помощи, и граждане обращаются к врачам, используя собственные средства на оплату дополнительных медицинских и сервисных услуг, оказываемых в медицинских учреждениях. Кроме того, согласно совместному докладу Центра стратегических разработок и ВШЭ «Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени» в России, как и во всем мире, прогнозируется исключительно быстрое обновление медицинских технологий и государство, с невысокой вероятностью, в виду появления значимых дорогостоящих инноваций, сможет обеспечивать их общедоступность на бесплатной основе. [26] Уже на текущий момент за часть базовых услуг, которые должны оказываться бесплатно в рамках программы ОМС, гражданам приходится платить, отмечают эксперты ЦСР. Аналитики считают, что система соплатежей появится в России в любом случае, однако если она не будет официальной, то будет работать «в тени». По сравнению с платными услугами и неформальными платежами, формальные соплатежи являются более солидарной формой личных расходов. Это связано с тем, что их размер в значительной мере меньше связан с объемом и стоимостью потребляемых медицинских услуг. Пациент оплачивает установленный размер соплатежа независимо от вида и тяжести своего заболевания. По мнению эксперта ВШЭ И.Шишкина соплатежи населения способны замещать неформальные платежи, а также приводить к росту уровня общественной солидарности в системе здравоохранения.

Программа продажи полисов «ОМС+», которая была введена 1 июля 2015 года в некоторых регионах России, предполагала введение дополнительных платежей за оказание дополнительных сервисных услуг в государственных поликлиниках, однако не получила массового развития по причине весьма ограниченного спектра предлагаемых дополнительных услуг. По мнению гендиректора «ВТБ Страхования» Геннадия Гальперина соплатежи приобретут активный спрос среди населения, только в том случае, если застрахованным лицам будут предлагаться высокотехнологичные медицинские услуги и конкретный перечень дополнительных опций для выбора. *«Это должна быть модель, построенная на рисках. Прежде всего, нужна базовая страховая медицинская программа с четким списком заболеваний, которые она покрывает. При этом человек может приобретать дополнительное покрытие в том объеме, который считает нужным. Абсолютно эффективная система, позволяющая как оптимизировать расходы на медицину, так и повысить ответственность людей за собственное здоровье»* - считает эксперт[[1]](#footnote-1).[27]

Модель регулируемой конкуренции в системе ОМС предусматривает включение дополнительных программ оказания медицинских услуг. Таким образом, застрахованный имеет возможность выбирать страховую медицинскую организацию не только по базовой программе ОМС, но и по условиям предоставления дополнительных пакетов страхования, удовлетворяющим его потребностям. Данная возможность, как правило, существует в двух видах:

* государственные дополнительные пакеты медицинского страхования;
* добровольное медицинское страхование.

Далее более подробно разобран первый вариант страхования, который объединяет в себе единый базовый тариф обязательного медицинского страхования и предоставление возможности выбора дополнительного пакета медицинских услуг. В то же время, как известно, дополнительное медицинское страхование, в том виде, в каком оно сегодня действует, доступно только самым обеспеченным категориям населения.

В настоящее время, текущее законодательство «О медицинском страховании» исключает объединение обязательного и добровольного медицинского страхования, которое позволяет на законодательном уровне сделать полис ДМС дополнением к полису ОМС. В настоящее время в России, по сути, данные полисы существует параллельно, в то время как в части западных стран страховщики, объединяя базовую программу ОМС с разными страховыми программами ДМС, предлагают потребителям определенный страховой продукт, параметры которого различаются по отдельным участникам страхового рынка.

Данное объединение позволит страховым медицинским организациям не только дифференцировать свои страховые продукты от других страховщиков-конкурентов, но и поможет избежать существующего на данный момент дублирования обязательного и дополнительного медицинского страхования. При такой схеме необходимы компании-координаторы, которыми, по замыслу, и должны стать медицинские страховщики. Текущие подходы к организации ДМС необходимо изменить, ввиду того, что в настоящее время, оно практически дублирует по наполнению услуги обязательного медицинского страхования. Основным отличием является то, что потребителю в рамках ДМС предоставляется более качественный сервис в медицинских учреждениях более высокого качества. Эксперты Банка России считают, что дополнительное медицинское страхование должно осуществлять свою деятельность там, где со своими задачами не справляется обязательное медицинского страхование, таким образом дополняя его. [1] Кроме того, на данный момент, страховые компании, которые одновременно предлагают услуги как по ОМС, так и по ДМС имеют фактическую заинтересованность в снижении качества предоставления бесплатных медицинских услуг: в результате снижения качества бесплатных услуг, возрастает спрос на услуги, которые оказываются в рамках полиса ДМС.

Дополнительные пакеты медицинских услуг также могут быть как федеральными, так и территориальными и должны быть реализованы на основании того же порядка и на тех же условиях, как и базовая программа обязательного медицинского страхования. Это позволит страховщикам:

* объединять все дополнительные средства застрахованных лиц;
* обеспечить более высокую финансовую доступность дополнительных пакетов медицинских услуг, по сравнению с ДМС за счёт возможности осуществления регулирования условий страхования, в первую очередь регулирования тарифов на медицинские услуги в целях обеспечения доступности страхования;
* также объединенная программа позволит СМО заключать договоры с частными и/или элитными медицинскими организациями, которые не доступны гражданам в рамках базовой программы ОМС;
* возможность заключения договора только с определенной группой поставщиков медицинских услуг, что позволяет предлагать дополнительные страховые пакеты с более низкой страховой премией.

По мнению эксперта ВШЭ И. Шишкина именно конкуренция по страховому продукту является наиболее реальной для осуществления в российской системе здравоохранения. На начальных этапах целесообразно апробировать данную программу в двух-трех регионах страны, создав для этого все необходимые правовые основания. Реализация пилотного проекта позволит конкретизировать условия для успешного внедрения нововведений модели ОМС и оценить целесообразность ее масштабного применения. Помимо этого, возможность вариации страховых продуктов может привести к развитию других вариантов конкурентной модели – по цене и качеству оказания медицинской помощи.[4]

В свою очередь, реализация дополнительных программ медицинского страхования ни в коем случае не должна оказывать влияние на снижение доступности медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ ОМС.

Реализация данной программы превратит СМО в носителей страховых рисков, в виду того, что застрахованные начнут приобретать те дополнительные пакеты медицинских услуг, в которых они будут наиболее заинтересованы и которые включают наиболее высокие вероятности возникновения у покупателя того или иного заболевания. С другой стороны, это приведет к повышению их активности как покупателей медицинской помощи – страховые медицинские организации начнут оптимизировать свои затраты. Поиск наиболее точной формулы выравнивания рисков является необходимым условиям для построения рациональной системы разделения рисков. Европейские страны, в которых уже используется рисковая страховая модель, начинали с относительно низкой доли финансовой ответственности страховых компаний за отклонение фактических расходов от плановых. По мере развития способности страховщиков более точно прогнозировать отклонения данная доля стала значительно повышаться. Например, в Голландии рост доли финансовой ответственности страховщиков был доведен с 3% до 63%. Однако на начальном этапе введения программ большую часть отклонений должно быть покрыто фондом ОМС.[4]

Кроме того, одновременно с этим у СМО может появиться мотивация на селекцию рисков. Несмотря на то, что, в европейских странах, практика селекции рисков запрещена на законодательном уровне и страховщикам запрещено не допускать кого-либо к пользованию услугами обязательного медицинского страхования, страховым компаниям удается проводить это более скрытым образом. Например, страховщики начнут предлагать дополнительные пакеты медицинских услуг, которые будут ориентированы на относительно молодое и здоровое население, что позволит им влиять на соотношение разных контингентов застрахованных граждан в их страховом портфеле. Во избежание данного риска необходимо совершенствовать формулу выравнивания финансового обеспечения СМО путем накапливания информации о ранее произведенных затратах на лечение застрахованных лиц. В некоторых странах эту проблему попытались решить, разработав сложные трансфертные системы «выравнивания рисков», которые лишают страховые компании стимулов к «селекции рисков». Данные системы компенсируют страховщикам финансовые риски, которые связаны с обслуживанием некоторых высокорисковых категорий застрахованных.[23]

Еще одним риском может выступать опасность усиления неравенства пациентов в отношении доступности определенных видов медпомощи. При существенной вариабельности страхового взноса возможна ситуация, когда для части населения некоторые эффективные страховые планы (например, программы ведения больных с хроническими заболеваниями) будут недоступны. Однако необходимо отметить, что платежеспособность обращающегося за медицинской помощью давно определяет объем и качество услуг, доступных для пациента. Неравенство при потреблении медицинской помощи давно стало реальностью.

## 3.4 Ценовая конкуренция между страховыми медицинскими организациями

Ценовая конкуренция заключается в том, что страховая компания определяет размер страхового тарифа, который служит «сигналом» для потенциальных потребителей. Выбор пакета дополнительной программы возможен только в ситуации, когда страховщик получает право на установление страхового тарифа, который объединяет страховой взнос на ОМС (в том числе и ту его часть, которая по закону должна оплачиваться самим застрахованным) и страховую премию по ДМС – в расчете на риски по программам дополнительного медицинского страхования. Уровень совокупной «цены» пакета основных и дополнительных услуг и является основанием для потребительского выбора и конкуренции страховщиков. Ценовая конкуренция состоит в том, что выигрывают те страховщики, которые лучше работают с медицинскими организациями, оптимизируют структуру оказания медицинской помощи и поэтому могут снизить размер ставки страхового взноса.

Совокупные поступления страховых медицинских организаций складываются из средств, получаемых от территориальных фондов ОМС, и соплатежей страховых взносов самими застрахованными непосредственно в выбранную СМО.

Кроме того возможен вариант предоставления одной интегрированной дополнительной программы, которая будет обеспечивать своеобразное «дострахование» застрахованных лиц. Данное «дострахование» позволит покрыть разницу между расчетной стоимостью территориальной программы обязательного медицинского страхования и её реальным финансовым обеспечением. Страховые медицинские организации будут принимать участие в реализации этой программы, и предлагать разный размер соплатежа страхового взноса застрахованных лиц. Таким образом, в данном случае страховщики будут конкурировать, не по страховому продукту, а по стоимости данной страховой программы. [4]

## 3.5. Информационное обеспечение конкурентной модели

Развитие конкуренции в системе медицинского страхования имеет наибольший потенциал, если потребители имеют возможность самостоятельного выбора и мотивацию на поиск наиболее рационального сочетания стоимости страхового пакета и предлагаемого страховщиком пакета медицинских услуг.

Обеспечение данной возможности возможно только в случае, если потребители будут получать всю необходимую информацию, которая позволит облегчить их потребительский выбор. Застрахованные лица, которые выбирают страховую медицинскую компанию, должны иметь информацию не только и не столько о том, как он будет в ней обслужен, а прежде всего об ожидаемом уровне качества медицинской помощи в медицинских учреждениях, с которыми компания заключила договор. Основание для конкуренции появляется только тогда, когда данная информация детальна, достоверна и понятна застрахованным. Например, потребители должны иметь возможность получить информацию о том, какие методики медицинская организация применяет при лечении астмы или диабета, узнать про количество смертельных исходов при хирургических операциях, узнать отзывы о работе различных медицинских работников и так далее. [23]

Информирование страховщиками о качестве медицинского обслуживания является основой развития конкурентной среды во всех западных странах с конкурентной моделью медицинского страхования. Таким образом, в конкурентной борьбе будут выигрывать те страховые медицинские организации, которые имеют возможность организовать застрахованным индивидам медпомощь с наибольшей медико-экономической эффективностью. Однако на практике даже в западных странах с относительно развитой конкурентной моделью медицинского страхования потребителям иногда недостаёт необходимых данных о качестве работы страховщиков и поставщиков медицинских услуг, поэтому они не могут сделать осознанный выбор, в виду сложности сбора такой информации. Для этого, чтобы облегчить выбор индивидов, правительство Нидерландов создало интернет портал, где потребители имеют возможность сравнить различные страховые медицинские организации и поставщиков медицинских услуг с точки зрения тарифов, услуг, удовлетворенности потребителей и показателей качества медицинской деятельности.

## 3.6. Предложения по реорганизации системы организации медицинского страхования в регионах с одной страховой медицинской организацией

В ближайшем будущем, в регионах, в которых присутствует одна или две страховые медицинские организации и малое количество медицинских организаций, развитие конкуренции среди страховых медицинских организаций не представляется возможным. Открытие новых дополнительных филиалов различных компаний, согласно интервью с руководителями СМО, также не является экономически рациональным. Кроме того, согласно результату анкетирования жителей Псковской области, единственная страховая компания, занимающая монопольное положение некачественно выполняет свои обязательства перед населением.

Большая часть функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования дублируют функции страховых медицинских организаций, а именно:

* техническая экспертиза счета на соответствие выставленных услуг плану-заказу медицинской организации, перечню лицензированных видов деятельности;
* экспертиза качества медицинской помощи, оказанной в медицинской организации;
* защита интересов потребителей медицинских услуг при выявлении оказания медицинских услуг ненадлежащего качества и объема.

Для того чтобы определить имеют ли территориальные фонды возможность выступить в качестве более достойных представителей по замене СМО, необходимо провести анализ положительных и отрицательных сторон данного перехода, который также позволит выявить потенциальные возможности и угрозы от передачи обязанностей страховых медицинских организаций в предмет ведения территориальных фондов.

**Преимущества и недостатки для системы ОМС от передачи функций и полномочий в ТФ ОМС**

|  |  |
| --- | --- |
| **Преимущества:**   * имеют возможности по выполнению функций и обязанностей СМО; * отсутствует мотивация извлечения прибыли, в связи с тем, что ТФ ОМС являются некоммерческими   государственными организациями;   * имеют реестр собственных медицинских экспертов по проверке качества медицинской помощи; * надежность: в отличие от СМО не будут прекращать свою деятельность по причине финансовой неустойчивости * более справедливый процесс проведения экспертизы качества медицинской помощи, ввиду отсутствия материальной заинтересованности; * экономия бюджетных средств за счет снижения управленческих расходов в связи с ликвидацией СМО. | **Недостатки:**   * необходимость расширения функций ТФ ОМС до уровня СМО за счет бюджетных средств; * отсутствуют стимулы по конкуренции за пациента; * недостаточное использование маркетинговых коммуникаций; * ограниченное финансирование; * ТФ ОМС зависят от экономических и политических колебаний в государстве; * высокие затраты на перестраивание системы и расширение функций и полномочий ТФ ОМС до уровня СМО; * вероятность не справиться с тем объемом работы, который выполняется сейчас СМО; * вероятность некачественного выполнения экспертизы качества медицинской помощи по причине отсутствия органа, который будет контролировать ТФ ОМС. |

*Источник: собственный анализ*

Кроме того, согласно Федеральному Закону об ОМС при отсутствии или ликвидации в регионе СМО территориальные фонды обязаны принять на себя и осуществлять их функции и обязанности. Таким образом, можно прийти к выводу о том, что ТФОМС уже на текущий момент обладают практически всеми необходимыми полномочиями и ресурсами для замены СМО.

Кроме того, так как главной проблемой взаимодействия медицинских организаций со СМО является необоснованное, по мнению врачей, предъявление штрафных санкций, то передача данной функции в обязанности территориальных фондов поможет ликвидировать данный конфликт благодаря тому, что они являются государственными некоммерческими организациями. Таким образом, упразднение страховых медицинских организаций не вызовет серьезных негативных последствий в данных регионах, и, наоборот, поможет системе ОМС сэкономить финансовые ресурсы в виду отсутствия необходимости выделения средств на их содержание.

# Заключение

Здравоохранение обладает отличительными особенностями, порождающими несостоятельность рынка в данной сфере – внешние эффекты, асимметрия информации, которая включает в себя моральный риск, неблагоприятный отбор, а также нерегулярность и неравномерность спроса. Наличие данных несовершенств в значительной мере приводит к ограничению возможностей эффективного взаимодействия поставщиков и потребителей, а также распределения ресурсов на рынке здравоохранения и требует государственного вмешательства, что, в целом, ограничивает потенциал использования конкурентных механизмов в данной сфере и является причиной появления института медицинского страхования.

Рассмотрение моделей финансирования здравоохранения показало, что каждая из них обладает как отличительными достоинствами, так и недостатками. Однако в настоящее время, в большинстве западных стран, а также в Российской Федерации предпочтение отдаётся расширению и развитию сектора страховой медицины как наиболее эффективной и социально справедливой модели в сфере здравоохранения.

В системе обязательного медицинского страхования на страховые медицинские организации возлагается большой объем социально значимой работы в виде информирования потребителей, а также контроля за объемом, сроками и качеством оказания медицинской помощи, который заключается в экспертной проверке деятельности медицинских организаций работниками. Кроме того, в настоящее время в РФ СМО играют ключевую роль по защите прав потребителей медицинских услуг.

С другой стороны, по мнению экспертов и аналитиков, текущая деятельность страховых медицинских организаций и состояние конкуренции между ними не отвечает эффективному использованию ресурсов в здравоохранении, которое заключается в планировании объемов медицинской помощи и обеспечении их высокого качества. В свою очередь, конкуренция между СМО согласно мнению экспертов и опыту части западных стран призвана привести к повышению качества оказания медицинских услуг и медицинской помощи. Конкурентный механизм предполагает существование квазирыночных взаимоотношений между продавцами и покупателями медицинских услуг, в сфере здравоохранения:

* потребители имеют возможность выбрать СМО и медицинскую организацию
* СМО имеет возможность осуществлять отбор между медицинскими организациями

Проведенное исследование позволило сделать вывод о том, что рынок страховых медицинских организаций в РФ обладает низкой степенью конкуренции и рыночная структура является олигополией ввиду того, что предоставление страховых услуг в регионах осуществляется небольшим числом сравнительно крупных компаний. Более того, уровень концентрации на рынке ОМС ежегодно растет. Также результаты глубинных интервью руководителей СМО показали, что СМО не проводят активную маркетинговую политику и расширение перечня оказываемых услуг - приоритет их деятельности направлен на удержание уже существующих клиентов, а не на привлечение новых.

Кроме того, проведенное анкетирование среди жителей Москвы и Санкт-Петербурга позволило сделать вывод о том, что основным критерием выбора и смены СМО среди населения является её удобное территориальное расположение, таким образом, индивиды не ощущают принципиальных различий в их деятельности. Также опрос, проведенный в городе Пскове, показал, что единственная страховая медицинская организация, занимая монопольную рыночную власть, лишена стимулов к качественному обслуживанию её клиентов.

Помимо этого, в ходе исследования было выявлено, что текущее состояние организации системы обязательного медицинского страхования и институциональное развитие РФ препятствуют развитию конкурентных отношений между страховыми медицинскими организациями. В роли основных препятствий выступают следующие аспекты:

1.законодательные ограничения, а также и недостаточное количество игроков (СМО и медицинских организаций) на рынке медицинского страхования в большей части регионов РФ;

2.неравномерная плотность населения, слабое развитие транспортной инфраструктуры в большинстве регионов России.

Таким образом, был сделан вывод о том, что, в настоящее время развитие конкуренции между СМО возможно только в достаточно крупных регионах РФ. На начальных этапах целесообразно апробировать нововведения в двух-трех регионах страны, создав для этого все необходимые правовые основания.

В качестве основных направлений данного развития были предложены отмена обязательной контрактации СМО со всеми медицинскими организациями, работающими в системе ОМС в данных регионах с введением возможности осуществления их рейтингования, а также конкуренция по страховому продукту, которая предполагает разработку дополнительных пакетов страхования страховыми медицинскими организациями.

Помимо этого, в ближайшем будущем, в регионах, в которых присутствует одна или две страховые медицинские организации и малое количество медицинских организаций, развитие конкуренции среди страховых медицинских организаций не представляется возможным. Более того, большая часть функций территориальных фондов обязательного медицинского страхования дублирует функции страховых медицинских организаций. Следовательно, в виду экономических соображений было выдвинуто предложение по замене функций СМО в данных регионах ТФОМС.

Кроме того, необходимо повысить функции СМО по информированию населению непосредственно о качестве оказания медицинской помощи в конкретной медицинской организации. Развитие конкуренции в системе медицинского страхования имеет наибольший потенциал, если потребители имеют возможность самостоятельного выбора и мотивацию на поиск наиболее рационального сочетания стоимости страхового пакета и предлагаемого страховщиком пакета медицинских услуг.

# Приложение

**Уважаемые респонденты,**

**просим Вас ответить на вопросы о роли страховых медицинских организаций в здравоохранении.** **Исследование проводится в рамках написания дипломной работы студентки Санкт-Петербургского государственного университета. Нам важно знать Ваше мнение!**

**1.Ваш пол:**

* мужской
* женский

**2.Ваш возраст:**

* Менее 20 лет
* 21-30 лет
* 31-40 лет
* 41-50 лет
* 51-60 лет
* 61 год и старше

**3.Ваш род занятий:**

* учащийся
* работающий
* пенсионер
* не работающий

**4. Как Вы оцениваете свой уровень дохода? (в расчете на члена семьи)**

* денег не хватает даже на продукты питания и одежду
* денег хватает только на продукты питания и одежду
* всегда можем купить продукты, одежду, бытовую технику и мебель, но на машину или квартиру придется долго копить
* денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать

**5. Регион, в котором Вы проживаете:**

**6. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?**

* имеются существенные проблемы со здоровьем / хронические заболевания
* удовлетворительное
* хорошее здоровье, незначительные отклонения
* отличное здоровье

**7. Как часто Вы посещаете медицинские учреждения:**

* Примерно один раз в неделю
* Раз в месяц
* Несколько раз в год
* Не чаще раза в год
* Вообще не посещаю медицинские учреждения

**8.Знаете ли Вы название Вашей страховой медицинской организации?**

* Да, знаю. Ее название
* Нет, не знаю

**9.Знаете ли Вы о возможности смены страховой медицинской организации?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

**10. Меняли ли Вы страховую медицинскую организацию?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

Если **да**, то укажите, пожалуйста, причину смены

**11. Почему Вами была выбрана данная страховая медицинская организация? (один или несколько вариантов ответа)**

* Большой стаж работы компании на рынке
* Место в рейтинге среди страховых компаний
* Большое количество застрахованных лиц
* Территориальное расположение
* Посоветовали
* Другое

**12.** **Куда Вы обращаетесь в первую очередь при возникновении вопросов по поводу медицинской помощи и/или оказанной Вам некачественной медицинской помощи:**

* администрация медицинского учреждения (напр. главврач)
* страховая медицинская организация (СМО)
* территориальный фонд ОМС
* Комитет по здравоохранению
* свой вариант:
* не обращаюсь

**13. Обращались ли Вы в свою страховую медицинскую организацию?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

Если **да**, то укажите, пожалуйста, причину обращения

**14.Приходилось ли Вам неофициально оплачивать медицинские услуги в медучреждениях?**

* да
* нет

**Уважаемые респонденты,**

**просим Вас ответить на вопросы о роли страховых медицинских организаций в здравоохранении.** **Исследование проводится в рамках написания дипломной работы студентки Санкт-Петербургского государственного университета. Нам важно знать Ваше мнение!**

**1.Ваш пол:**

* мужской
* женский

**2.Ваш возраст:**

* Менее 20 лет
* 21-30 лет
* 31-40 лет
* 41-50 лет
* 51-60 лет
* 61 год и старше

**3.Ваш род занятий:**

* учащийся
* работающий
* пенсионер
* не работающий

**4. Как Вы оцениваете свой уровень дохода? (в расчете на члена семьи)**

* денег не хватает даже на продукты питания и одежду
* денег хватает только на продукты питания и одежду
* всегда можем купить продукты, одежду, бытовую технику и мебель, но на машину или квартиру придется долго копить
* денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать

**5. Регион, в котором Вы проживаете:**

**6. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?**

* имеются существенные проблемы со здоровьем / хронические заболевания
* удовлетворительное
* хорошее здоровье, незначительные отклонения
* отличное здоровье

**7. Как часто Вы посещаете медицинские учреждения:**

* Примерно один раз в неделю
* Раз в месяц
* Несколько раз в год
* Не чаще раза в год
* Вообще не посещаю медицинские учреждения

**8.Знаете ли Вы название Вашей страховой медицинской организации?**

* Да, знаю. Ее название
* Нет, не знаю

**9.Знаете ли Вы о возможности смены страховой медицинской организации?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

**10. Знаете ли Вы о том, что в Вашем регионе представлена всего одна страховая медицинская организация?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

**11.** **Куда Вы обращаетесь в первую очередь при возникновении вопросов по поводу медицинской помощи и/или оказанной Вам некачественной медицинской помощи:**

* администрация медицинского учреждения (напр. главврач)
* страховая медицинская организация (СМО)
* территориальный фонд ОМС
* Комитет по здравоохранению
* свой вариант:
* не обращаюсь

**12. Обращались ли Вы в свою страховую медицинскую организацию?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

Если **да**, то укажите, пожалуйста, причину обращения

**13.Устраивает Вас работа Вашей страховой медицинской организации?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

Если **нет**, то укажите, пожалуйста, причину

**14.Если бы у Вас существовала возможность смены страховой медицинской организации, воспользовались бы Вы ей?**

* Да / нет (нужное подчеркнуть)

Если **да**, то укажите, пожалуйста, причину смены

**15.Приходилось ли Вам неофициально оплачивать медицинские услуги в медучреждениях?**

* да
* нет

# Список источников

1. Akerlof, A. G The Market for "Lemons": Quality Uncertainty and the Market Mechanism / A. G. Akerlof. — The Quarterly Journal of Economics, v.84, August 1970, p.488-500 [7]
2. Bloomberg: Рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения в 2016 году. [Электронный ресурс] // Центр гуманитарных технологий. Режим доступа: <http://gtmarket.ru/news/2016/> (дата обращения: 10.04.2018) [13]
3. Busse R, Germany Health system review [Electronic resource] / Busse R // Health Systems in Transition. — 2014. —Vol. 16, № 2. — P. 41-74. — Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\_\_data/assets//HiT-Germany](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1) (дата обращения 10.04.2018) [12]
4. Competition in the Dutch health insurance market [Electronic resource] // Authority for Consumers and Markets (ACM). — Режим доступа: <https://www.acm.nl/sites/default/files/old_publication/publicaties/16129_competition-in-the-dutch-health-insurance-market.pdf> (дата обращения: 10.04.2018) [17]
5. Health systems financing [Электронный ресурс] // World Health Organization. — Режим доступа: [http://www.who.int/healthsystems/](file:///C:\Users\Михаил\Desktop\www.who.int\healthsystems\topics\financing\en\)(дата обращения:15.04.2018) [8]
6. Kroneman M, de Jong JD Netherlands Health system review [Electronic resource] / Kroneman M, de Jong JD // Health Systems in Transition. — 2016. — Vol. 18, № 2. — P. 15-46. — Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\_\_data/HIT\_Netherlands.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf) (дата обращения: 12.04.2018) [11]
7. В 2017 году пациенты будут чаще платить за лечение из своего кармана [Электронный ресурс] // VADEMECUM. — Режим доступа: [https://vademec.ru/article/analitiki\_prognoziruyut\_rost\_raskhodov\_patsientov\_na\_meduslugi](https://vademec.ru/article/analitiki_prognoziruyut_rost_raskhodov_patsientov_na_meduslugi%20) (дата обращения 24.04.2018) [25]
8. ВТБ Страхование приобрело страховую медицинскую компанию «РОСНО-МС» [Электронный ресурс] // ВТБ Страхование. — Режим доступа: [https://www.vtbins.ru/about/press-centre/news/523085/](https://www.vtbins.ru/about/press-centre/news/523085/%20) (дата обращения: 17.05.2018 [18]
9. Доклад Центрального Банка России для общественных консультаций: предложения по развитию медицинского страхования в Российской Федерации, 2017 [Электронный ресурс] // — Режим доступа: <https://www.cbr.ru/analytics/ppc/Consultation_Paper> (дата обращения: 23.04.2018 [1]
10. Доклад Председателя Счетной палаты Российской Федерации Татьяны Голиковой в Государственной Думе РФ с отчетом о работе контрольного органа в 2015 году [Электронный ресурс] // Счётная палата Российской Федерации. — Режим доступа: <http://audit.gov.ru/structure/golikova-tatyana-alekseevna/speeches/> (дата обращения: 16.04.2018) [2]
11. И.Н. Баранов. Конкуренция в сфере здравоохранения. Научные док - лады, № 1 (R)–2010. СПб.: ВШМ СПбГУ, 2010.[6]
12. Как страховщики видят медицинскую модель страхования России [Электронный ресурс] // VADEMECUM. — Режим доступа [https://vademec.ru/article/kak\_strakhovshchiki\_vidyat\_meditsinskuyu\_model\_strakhovaniya\_v\_rossii/](https://vademec.ru/article/kak_strakhovshchiki_vidyat_meditsinskuyu_model_strakhovaniya_v_rossii/%20) (дата обращения: 21.04.2018) [27]
13. Комаров, Ю. М. Медицинское страхование: Для Голландии или для России [Электронный ресурс] / Ю. М. Комаров // Журнал Медицина. — 2014. — № 5. — С. 42-57. — Режим доступа: [http://www.fsmj.ru/](http://www.fsmj.ru/015145.html%20) (дата обращения: 05.04.2018) [10]
14. Конкурентная модель участия страховых медицинских организаций в системе ОМС [Электронный ресурс] // Рабочая ситуация| ОМС. — Режим доступа: [https://www.hse.ru/mirror/pubs/lib/data/access/ram/ticket](https://www.hse.ru/mirror/pubs/lib/data/access/ram/ticket/82/1526898906c6b37494b6d0339e1ef4e7cc95b17b9c/Здравоохранение%20№4,%202012.pdf) (дата обращения: 16.03.2018) [4]
15. Конкуренция в сфере медицинского страхования [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень. — Режим доступа: [http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/KV\_V10\_RU.pdf (дата обращения: 05.04.2018) [23](http://siteresources.worldbank.org/INTECALEA/Resources/KV_V10_RU.pdf%20%20%5b23)]
16. Медицина должна стать полуплатной [Электронный ресурс] // РБК. — Режим доступа: [https://www.rbc.ru/newspaper/2018/02/22/5a8caafc9a79477233158811](https://www.rbc.ru/newspaper/2018/02/22/5a8caafc9a79477233158811%20) [26]
17. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федер. от 29.11.2010 N 326-ФЗ: принят Государственной Думой 21 декабря 2012 года: одобрен Советом Федерации 19 ноября 2010 года [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/> (дата обращения: 27.02.2018) [14]
18. Опрос Фонда «Здоровье» подтвердил снижение качества и доступности медпомощи [Электронный ресурс] // VADEMECUM. — Режим доступа: <https://vademec.ru/news/2018/01/17/bolee-poloviny-medikov-priznali-snizhenie-kachestva-i-dostupnosti-medpomoshchi/> (дата обращения: 19.04.2018) [24]
19. Острая медицинская недостаточность [Электронный ресурс] // Коммерсант. ru.— Режим доступа: [https://www.kommersant.ru/](https://www.kommersant.ru/doc/3118620) (дата обращения: 16.05.2018) [20]
20. Открытые данные [Электронный ресурс] // Росавтодор — Режим доступа: [http://rosavtodor.ru/opendata/](http://rosavtodor.ru/opendata/7717509757-tesad) (дата обращения: 03.05.2018) [21]
21. Официальная статистика [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. — Режим доступа: [http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/) [19]
22. Путин признал большое число проблем в здравоохранении [Электронный ресурс] // ТАСС Информационное агентство России — Режим доступа: [http://tass.ru/obschestvo/2241589](http://tass.ru/obschestvo/2241589%20) [3]
23. Россия-страна умирающих деревень [Электронный ресурс] // Центр экономических и политических реформ. — Режим доступа: [http://cepr.su/wp-content/uploads/2016/12/Россия-страна-умирающих-деревень.pdf](http://cepr.su/wp-content/uploads/2016/12/Россия-страна-умирающих-деревень.pdf%20) (дата обращения: 16.04.2018) [22]
24. Система ОМС [Электронный ресурс] // Федеральный фонд социального страхования. — Режим доступа: <http://www.ffoms.ru> (дата обращения: 01.03.2018) [16]
25. Скляр, Т. М. Управление здравоохранением: государство или рынок? [Электронный ресурс] / Т. М. Скляр // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 8. Менеджмент. — 2003. — № 1. — С. 77-85. — Режим доступа: [http://cyberleninka.ru/article/](http://cyberleninka.ru/article/n/upravlenie-zdravoohraneniem-gosudarstvo-ili-rynok-1) (дата обращения: 25.02.2018) [5]
26. Степкина, Ю. А. Анализ моделей и способов финансирования здравоохранения и их развития в современных условиях — 2012. — № 1. — С. 128. — Режим доступа: [http://cyberleninka.ru/article/](http://cyberleninka.ru/article/n/analiz-modeley-i-sposobov-finansirovaniya-zdravoohraneniya-i-ih-razvitiya-v-sovremennyh-usloviyah%20%5b2) (дата обращения: 02.04.2018) [9]
27. Шишкин, С. В., Сажина С.В., Селезнева Е.В., Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения реформы? / С. В. Шишкин, С.В. Сажина, Е.В Селезнева. — М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2015. –34 с. [15]

1. https://vademec.ru/article/kak\_strakhovshchiki\_vidyat\_meditsinskuyu\_model\_strakhovaniya\_v\_rossii/ [↑](#footnote-ref-1)