

Действующая страховая модель развития системы обязательного медицинского страхования экономически эффективна и отвечает большинству предъявляемых к ней требований, говорится в обзоре рынка ОМС в России, подготовленном Национальным агентством финансовых исследований (НАФИ).

Обсуждение доклада НАФИ прошло накануне в Госдуме при поддержке комитета ГД по экономической политике, инновационному развитию и предпринимательству.

Как отмечается в документе, бюджет Федерального фонда ОМС, который финансирует страховые услуги ОМС населению через страховые медицинские организации (СМО), с 2012 года вырос на 796,733 миллиона рублей, или на 89%. При этом в 2016 году прирост бюджета замедлился и составил 1,5% от бюджета 2015 года.

«Проведение реформы ОМС привело к активизации деятельности СМО и повышению конкуренции на рынке ОМС. Расширяется участие СМО в планировании объемов медицинской помощи в системе ОМС. Усилилась активность СМО в проведении экспертиз качества медицинской помощи», – говорится в обзоре.

По данным НАФИ, в настоящее время 73,9% рынка ОМС в РФ контролируют 10 крупнейших страховых медицинских компаний, остальные 49 компаний занимают 26,1% рынка.

«Существующее количество игроков на рынке ОМС способно обеспечить необходимый уровень конкуренции, при этом дает возможность надзорным органам обеспечить качественный контроль за их деятельностью», – считают в агентстве.

В обзоре отмечается, что в результате оптимизации больничной сети произошло сокращение больниц на 700 единиц, что привело к незначительному снижению числа больничных коек – на 5,4%. Одновременно на 1400 увеличилось число амбулаторно-поликлинических организаций и выросло число посещений в смену (на 4,7%).

В 2010–2014 годах смертность в РФ снизилась на 7,7% (с 14,2 до 13,1 на тысячу человек), заболеваемость же осталась на том же уровне. «В обеспеченности населения учреждениями здравоохранения в России не происходило никаких системных сдвигов и серьезных изменений. Таким образом, оптимизация больничной сети не привела к ухудшению качества обслуживания граждан», – полагают авторы доклада.

При этом показатели эффективности СМО в системе ОМС продолжают расти. Так, расходы СМО на ведение дела (РВД) стабильно снижаются: в 2016 году средняя их величина по РФ снизилась до 1,05% – на 0,36% меньше, чем в 2012 году.

По данным НАФИ, структура расходов СМО отвечает реалиям рынка и экономически обоснована. В 2015 году в структуре платежей СМО платежи, связанные с медико-экономическими экспертизами (оплата труда привлекаемых квалифицированных экспертов, построение IT-систем, проведение экспертиз), контролем качества и информированием населения, составили более 80% от РВД. При этом общий объем РВД составляет 1,1% от всех платежей СМО.

Авторы исследования также отмечают стабильно низкий уровень обоснованных жалоб на СМО. Их средний уровень в 2015 году находился на уровне 0,13% от общего числа застрахованных.

«Если речь идет о качестве медицинских услуг, конкуренция на рынке ОМС нам важна для того, чтобы страховые компании могли действительно грамотно работать с пациентом. Альтернативы страховой медицине нет, но при этом нужно создать прочный фундамент для дальнейшего развития, над чем мы и работаем в последние годы», – отметила на круглом столе замглавы ФОМС Светлана Карчевская.

По мнению президента Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС) Дмитрия Кузнецова, дальнейшее движение к рискованной модели страхования требует появления не только финансово устойчивых страховщиков, но и введения единых принципов организации работы страховых организаций по сопровождению застрахованных.

«Но и сама отрасль здравоохранения будет эффективна только тогда, когда станет финансово привлекательной, и этому не должны мешать постоянные колебательные движения в различных ведомствах и комитетах о том, каким образом надо направлять деньги в эту систему», – считает президент МСМС.

Источник: [РИА «Новости»](#) , 19.04.16