

Создание системы страховой медицины в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС) в РФ фактически не завершено – роль страховых медицинских организаций в системе ОМС растет медленно, следует из работы аналитиков Высшей школы экономики. Страховщики стали больше влиять на определение объемов и качества медпомощи населению – но в сравнении со странами, где реализована та же модель, это влияние остается несущественным.

За последние два года страховые организации медленно наращивали свое влияние в системе ОМС – такие данные приведены в исследовании НИУ-ВШЭ «Страховые медицинские организации в системе обязательного медицинского страхования: что изменилось после проведения ее реформы?». Базу исследования составили данные двух анкетных опросов руководителей страховых медицинских организаций, проведенных в 2012 и 2014 годах. Напомним, после 2011 года роль страховых медицинских организаций (СМО) в системе ОМС существенно изменилась – россияне получили право выбирать страховщика самостоятельно, возможности участия СМО в планировании объемов медицинской помощи значительно расширились, появились и механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению их функций.

Одним из важных последствий этой реформы, как отмечают авторы доклада, стал рост числа россиян, которые воспользовались своим правом на смену страховщика. Как следствие, уровень конкуренции СМО за застрахованных за последние два года вырос: в 2014 году на 20,8 процентного пункта (с 66,7% до 87,5%) увеличилась доля тех, кто считает его высоким. Впрочем, как следует из ответов респондентов, сама политика привлечения новых клиентов у СМО не изменилась – на лидирующих позициях остались такие мероприятия, как совершенствование интернет-сайта (84,6% в 2014 году), предоставление возможности обращаться с жалобами в электронной форме (83,3%) и работа горячей линии с застрахованными.

Что касается второго аспекта реформирования системы СМО – роста их влияния на планирование объемов медицинской помощи в системе ОМС, то здесь авторы доклада также отмечают положительную динамику. Если в 2012 году об участии в разработке территориальных программ ОМС сообщила половина респондентов (51%), то по данным второго опроса их доля достигла уже 93%. Но эти «оптимистические данные» сочетаются с невысокой оценкой результатов такого участия – более половины опрошенных уверены в том, что не повлияли на установленные плановые показатели медпомощи.

Несколько более результативным, следует из опросов, было участие СМО в определении плановых объемов медпомощи конкретных медицинских организаций – доля страховщиков, которые непосредственно участвовали в этом процессе, выросла с 53% в 2013 году до 62% в 2014 году, и почти две трети сообщили, что их участие повлияло на устанавливаемые объемы. Еще один тип новых полномочий страховщиков – возможность влиять на качество оказываемой помощи – также получил некоторое развитие. По данным опросов, СМО стали активнее взаимодействовать с медицинскими организациями, органами управления здравоохранением и территориальными фондами ОМС по вопросам оценки и повышения качества медуслуг.

Конечные результаты этой деятельности респонденты, однако, оценивают опять же невысоко – в 58% случаев они столкнулись с тем, что было использовано менее 30% направленных ими предложений. «Значительную часть СМО уже неправомерно считать пассивными посредниками между территориальными фондами ОМС и медицинскими организациями, но в целом позитивные изменения их роли не очень значительны», – говорит один из авторов работы Сергей Шишкин, глава Центра политики в сфере здравоохранения ВШЭ. По его словам, по сравнению со странами, где реализована «рисковая» модель обязательного медицинского страхования (с расширенными возможностями страховщиков) – Германией, Голландией, Швейцарией, США, – законодательство РФ по-прежнему отводит СМО недостаточно активную роль.

Источник: [Коммерсантъ](#) , № 158, 01.09.15

Автор: Мануйлова А.