

МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

© ЖУРАВЛЕВА В.А., 2019

В.А. Журавлева

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ В СИСТЕМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РОССИИ

Институт социологии, психологии и гуманитарных наук ФГАОУ ВО «Первый Московский
государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет)
Минздрава России, 119991, г. Москва

Статья посвящена медико-социологическому исследованию оценки эффективности работы страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования. Исследование проведено по результатам опроса застрахованных лиц, который позволил выявить основные проблемы, связанные с финансированием медицинской помощи в рамках системы обязательного медицинского страхования Российской Федерации.

Ключевые слова: *страхование; медико-социологическое исследование; эффективность; финансирование.*

Для цитирования: Журавлева В.А. Медико-социологическая оценка социальной эффективности деятельности страховой медицинской организации в системе обязательного медицинского страхования. *Социология медицины*. 2019;18(1):55–59.
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2019-18-1-55-59>

Для корреспонденции: Журавлева Вера Александровна, магистрант Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России, e-mail: zhuvava@yandex.ru

Juravleva V.A.

THE MEDICAL SOCIOLOGICAL ASSESSMENT OF SOCIAL EFFICIENCY OF FUNCTIONING OF MEDICAL INSURANCE COMPANY IN THE SYSTEM OF MANDATORY MEDICAL INSURANCE OF RUSSIA

The Institute of Sociology, Psychology and Humanity Sciences of The Federal State Autonomous Educational
Institution of Higher Education «The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University» of Minzdrav
of Russia, 119991, Moscow, Russia

The article considers medical sociological study of evaluation of efficiency of functioning of insurance medical organization in the mandatory medical insurance system. The study was carried out on the basis of data survey of insured patients. The analysis established main problems related to financing of medical care within the framework of mandatory medical insurance system of the Russian Federation.

Key words: *mandatory medical insurance; medical sociological study; efficiency; financing; survey.*

For citation: Juravleva V.A. The medical sociological assessment of social efficiency of functioning of medical insurance company in the system of mandatory medical insurance of Russia. *Sociologiya meditsiny*. 2019;18(1): 55–59. (In Russ.)
DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2019-18-1-55-59>

For correspondence: Vera A. Juravleva, the magistracy student of The Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «The I.M. Sechenov First Moscow State Medical University»,
e-mail: zhuvava@yandex.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 19.09.2019
Accepted 23.10.2019

Страховые медицинские организации представляют особый научный интерес с социологической точки зрения, так как являются одним из важных звеньев социального института медицины [1–3]. Необходимость изучения общественного мнения по вопросам обязательного медицинского страхования отмечается во многих

публикациях отечественных социологов медицины [4, 5], поскольку наблюдается дефицит научных исследований, направленных на изучение деятельности страховых медицинских организаций в современной России. Так, А.В. Решетников, С.А. Ефименко отмечают, что при проведении медико-социологического исследования

можно получить не только информацию, основанную на субъективных оценках, но и изучить объективные медико-социологические показатели эффективности системы обязательного медицинского страхования (ОМС) [4].

Материалы и методы

В рамках медико-социологического исследования (анкетного опроса) изучено мнение застрахованных лиц ($n=399$), а также проведен анализ научной литературы по поставленной проблеме в сфере страхования, социологии, социологии медицины, юридической науки, а также изучены материалы официальных статистических сайтов и открытые источники Интернет ($n=51$).

Результаты исследования

Анализ научной литературы позволил выделить ряд основных направлений в рамках которых изучается деятельность страховых медицинских организаций в России, это:

- ♦ история обязательного медицинского страхования в РФ;
- ♦ деятельность страховых медицинских организаций на рынке ОМС;
- ♦ особенности финансирования системы ОМС;
- ♦ основные показатели работы страховых медицинских организаций.

История обязательного медицинского страхования в РФ

Страхование здоровья—одна из важнейших форм социальной защиты населения, задача которой—финансовое обеспечение высококачественной медицинской помощи нуждающимся в ней гражданам. Исторически формирование системы ОМС произошло в начале XX века и связано с открытием страховых товариществ, обеспечивавших оплату лечения работника при тяжелых заболеваниях и несчастных случаях. Действовали данные организации вплоть до 1917 г., однако при смене нормативно-правового ландшафта в стране и установлении монополии государства во всех отраслях, в том числе в здравоохранении, указанные страховые организации лишились легитимного статуса [6].

С момента становления советского государства началось преобразование института страхования в институт социального обеспечения, деятельность которого распространялась на всех граждан страны и обеспечивала страховую защиту во всех случаях потери трудоспособности. Для финансирования указанной задачи были созданы специальные фонды. Денежные средства в них поступали из двух основных источников: уплаты обязательных взносов предприятий и дотаций из государственного бюджета. Система здравоохранения при этом стала бесплатной и общедоступной, необходимость каких-либо дополнительных механизмов страхования отсутствовала. Таким образом, система медицинского страхования перестала существовать, лишь после распада СССР она была вновь восстановлена: в 1991 г. был принят закон от 28.06.1991 № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в РФ», однако действовать он начал только в 1993 г., поскольку на тот момент практически полностью отсутствовала соответствующая структурно-организационная база для

ввода обновленной страховой системы. Одновременно с этим были созданы федеральный и территориальный фонды ОМС, которые должны были взять на себя часть функций, касающихся контроля деятельности медицинских учреждений.

Из-за тяжелой экономической и политической ситуации внедрение медицинского страхования осуществлялось неравномерно. В частности, не было введено четкого разграничения полномочий между органами, управляющими системой здравоохранения, и фондами ОМС, из-за чего возникало множество разногласий между упомянутыми организациями, а проводимые ими мероприятия нередко дублировали друг друга [7].

По мере восстановления системы ОМС шло развитие законодательной базы в данной сфере и были определены основные субъекты ОМС (граждане, страхователи, страховые организации и медицинские учреждения) [3]. В настоящий момент договорами об ОМС охвачено более 131 млн граждан (90% общего населения) и 10 тыс. медицинских учреждений. Можно говорить о том, что становление системы страхования, основы которой были положены в 1990-е годы, на современном этапе достигло запланированного этапа организационного развития. Тем не менее не все поставленные задачи удалось решить.

В 2011 г. вступила в силу новая редакция закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» [8], которая подразумевает ряд постепенных структурных преобразований и повышение экономической заинтересованности всех субъектов ОМС, что должно привести к гармонизации деятельности системы здравоохранения.

Медицинское страхование может осуществляться в двух формах: обязательной и добровольной. Специфика системы ОМС заключается в том, что как важная составная часть государственного социального страхования она функционирует через самостоятельную систему соответствующих фондов (государственного и территориального) и специализированных страховых компаний.

Целью ОМС является аккумуляция страховых платежей страхователей, в качестве которых могут выступать предприятия и органы государственной власти, а также предоставление медицинской помощи всем гражданам на законодательно установленных основах и в конкретизированных размерах. В связи с этим систему ОМС следует рассматривать двояко. Во-первых, она является составным элементом системы государственной социальной защиты граждан в части системы социального страхования. Во-вторых, это «финансовый механизм обеспечения дополнительных средств на финансирование здравоохранения» [9].

Деятельность страховых медицинских организаций на рынке ОМС

В системе ОМС важную роль в финансировании средств на предоставление медицинской помощи населению играют страховщики, в качестве которых выступают Федеральный фонд ОМС, территориальные фонды ОМС и страховые медицинские организации. Последние непосредственно аккумулируют денежные

средства и затем направляют их медицинским учреждениям в соответствии с договорами на оплату медицинской помощи по ОМС.

Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в период 2015-2018 гг. количество страховых организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, уменьшилась с 71 до 59, при этом по сравнению с 2017 г. их количество осталось прежним [10]. По состоянию на 01.07.2016 г. количество страховых медицинских организаций снизилось до 54 [11]. Такая динамика является позитивной, поскольку свидетельствует об уходе с рынка страховых услуг небольших компаний, которые вследствие высокой конкуренции не в состоянии предоставлять полный комплекс услуг по защите интересов застрахованных. Кроме того, это может также свидетельствовать об укрупнении страховых медицинских компаний, что дает им возможность повысить качество предоставляемых услуг в сфере медицинского страхования.

Особенности финансирования системы ОМС

Проанализируем современное состояние ОМС в Российской Федерации, опираясь на основные пока-

затели работы страховых медицинских организаций (таблица).

Основным источником средств, поступающих на финансовое обеспечение ОМС, являются средства, поступившие из территориальных фондов медицинского страхования. В 2015 г. их удельный вес составлял 85,5%, а за период 2016-2018 гг. в структуре всех поступивших средств в среднем они составляли 95,2%. При этом данный источник финансирования ОМС в денежном выражении за период 2015-2018 гг. увеличился в 2 раза.

В 2015 г. второе место в структуре поступивших средств занимали «прочие поступления целевых средств», к которым можно отнести средства, направленные на модернизацию медицинского оборудования и иных программ здравоохранения. Однако, в последующие годы удельный вес данной статьи значительно снизился: с 11,8% в 2015 г. он сократился до 0,1% в 2018 г., что произошло за счет значительного сокращения объемов поступлений. В 2016 г. по сравнению с 2015 г. сокращение составило 91,9%, в 2017 г. — 59,3%, в 2018 г. — 45%. Данная тенденция свидетельствует о том, что с прекращением действия

Таблица 1

Основные показатели работы страховых медицинских организаций в части ОМС

Показатель	2015 г.		2016 г.		2017 г.		2018 г.	
	сумма, тыс. руб.	доля, %	сумма, тыс. руб.	доля, %	сумма, тыс. руб.	доля, %	сумма, тыс. руб.	доля, %
Всего поступило средств	840 235,9	100	1 199 749,9	100	1 360 134,4	100	1 537 111,7	100
В том числе:								
средства, поступившие от территориальных фондов на финансовое обеспечение ОМС в соответствии с договором о финансовом обеспечении ОМС	718 801,9	85,5	1 145 366,3	95,4	1 291 923,2	94,9	1 463 507	95,2
Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объема, сроков и условий предоставления медицинской помощи	22 380,4	2,6	46 302,2	3,8	64 916,3	4,7	71 783,3	4,6
Средства, поступившие от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц	11,9	0,001	12,3	0,001	14	0,001	17,2	0,001
Прочие поступления целевых средств	99 041,7	11,7	8 069	0,6	3 280,8	0,2	1 804,2	0,1
Всего использовано средств	804 749,8	100	1 137 611,7	100	1 305 540	100	1 459 754,6	100
В том числе:								
на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинскими организациями, в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС	701 093,2	87,1	1 127 859,5	99,1	1 300 988,5	99,6	1 454 960,2	99,6
Направлено в доход страховой медицинской организации	2245,6	0,3	3373	0,3	4198,4	0,3	4425	0,3
Прочее использование целевых средств	101 411	12,6	6 379,3	0,5	353,1	0,02	369,4	0,02

программы за последние 3 года объем финансирования модернизационных процессов в здравоохранении сократился практически до минимума, что нельзя назвать благоприятным моментом, поскольку система здравоохранения нуждается в постоянном обновлении и совершенствовании.

Еще одним важным направлением финансирования ОМС можно считать средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций. Суть данного направления финансирования заключается в том, что медицинские организации систематически подвергаются медико-экономическому контролю и экспертизам качества медицинской помощи со стороны страховых медицинских компаний, и в случаях выявления различного рода нарушений медицинские организации обязаны уплатить штрафы, которые впоследствии становятся источником финансирования медицинской помощи гражданам по ОМС. Следует отметить, что доля средств, поступивших в результате применения санкций к медицинским организациям, за весь анализируемый период увеличивается: с 2,7% в 2015 г. до 4,7% в 2018 г. Это свидетельствует о наращивании сумм и объемов финансовых санкций, предъявляемых к медицинским организациям, что может быть расценено с двух сторон. С одной стороны можно заключить, что усиливается контроль со стороны страховых компаний за соответствием деятельности медицинских организаций требованиям законодательства, что значительно влияет на повышение качества предоставляемой медицинской помощи застрахованным лицам. Кроме того, за счет такого рода мероприятий повышается эффективность использования ресурсов, направляемых на финансирование медицинской помощи. Однако, с другой стороны, это ограничивает свободу действий медицинских работников. Суть заключается в следующем: при наличии у пациента сомнительного диагноза врач может назначить дополнительное обследование, которое подтвердит или опровергнет имеющиеся предположения. Если диагноз не подтвердится, страховая компания вправе взыскать с медицинской организации и с работника, назначившего «лишнее» обследование, штраф в размере стоимости назначенного медицинского обследования. Таким образом, возникает дилемма: назначить дополнительное обследование и в случае не подтверждения диагноза расплачиваться за свою бдительность из собственного кошелька или же сохранить свою зарплату в целости и при этом рисковать здоровьем и жизнью пациента. Это является серьезной проблемой, характерной для системы ОМС на сегодняшний день.

Что же касается последнего источника финансирования средств ОМС — средств, поступивших от юридических и физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованному лицу, — здесь наблюдается стабильная динамика. Объем этих средств за весь анализируемый период постоянно возрастает (в 2016 г. увеличение составило 0,4 млн руб. (3,4%), в 2017 — 1,7 млн руб. (13,8%), а в 2018 — 3,2 млн руб. (22,9%). При этом, удельный вес остается неизменным и составляет не более 0,001% в структуре всех средств, поступивших для финансирования медицинской помощи в системе ОМС, что объяс-

няется более низким приростом данного направления по сравнению с иными источниками финансирования.

Основные показатели работы страховых медицинских организаций

Основным источником использования имеющихся в распоряжении страховых медицинских организаций средств является оплата медицинской помощи в соответствии с договорами ОМС. В 2015 г. его удельный вес составлял 87,1%, а к концу 2018 г. — 99,7%. При этом в доход страховой медицинской организации было направлено лишь 0,3%. Это говорит о том, что основной целью страховой медицинской организации является не капитализация прибыли, что характерно для иных страховых компаний, а содействие социальной защите застрахованных лиц, нуждающихся в медицинской помощи. Однако доход страховых организаций за весь период увеличивается: в 2015 г. в доходы было направлено 2245,6 млн руб., а в 2018 г. уже 4425,0 млн руб., что на 197,1% больше, чем в начале периода. Это произошло вследствие увеличения объемов штрафов, уплачиваемых медицинскими учреждениями, а также из-за роста объемов средств, уплачиваемых физическими и юридическими лицами, виновными в причинении вреда здоровью застрахованного.

Заключение

Современная система ОМС лишь частично решила проблему с источниками финансирования здравоохранения, разгрузив при этом бюджеты всех уровней. Однако практика показывает, что аккумулируемых средств все же недостаточно для полного обеспечения нужд населения в медицинской помощи, модернизации и обновлении оборудования в медицинских учреждениях. И если страховая защита работающего населения находится под ответственностью работодателей (которые ежемесячно осуществляют отчисления в размере 5,1% от фонда оплаты труда в Федеральный фонд ОМС), то защиту неработающего населения (дети, пенсионеры, безработные, инвалиды) осуществляет государство, которое в условиях социально-экономических потрясений не всегда в полной мере выполняет обязательства перед застрахованными лицами.

Вопрос о достаточности финансирования медицинской помощи в системе ОМС является актуальным на современном этапе в связи с тем, что соотношение между работающим и неработающим населением в России стремится к преобладанию последнего. В этой ситуации актуальным представляется дальнейшее развитие системы ОМС с учетом необходимости обеспечения устойчивого финансирования медицинских учреждений, которое может достигаться путем привлечения дополнительных источников финансирования (например, средств Пенсионного фонда РФ, направленных на оказание адресной медицинской помощи неработающим пенсионерам). Кроме того, необходимо усилить контроль за деятельностью территориальных органов исполнительной власти, занимающихся страхованием неработающего населения, разработать механизм рационализации использования денежных средств, направляемых на оплату медицинской помощи, который должен заключаться в оптимизации лечебного процесса. Совершенствование

указанных аспектов деятельности системы ОМС в России будет способствовать устойчивому развитию системы здравоохранения и обеспечению высокого качества медицинской помощи населению страны [12].

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Решетников А.В. Социальный институт медицины (ч.1.). *Социология медицины*. 2018;(1):3-11.
2. Решетников А.В. Социальный институт медицины (ч.2.). *Социология медицины*. 2018;(2):68-79.
3. Решетников А.В. *Социология медицины*. Руководство. М.: Медицина, 2010.
4. Решетников А.В., Ефименко С.А. *Проведение медико-социологического мониторинга: учебно-методическое пособие*. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2007.
5. Решетников А.В., Стадченко Н.Н., Соболев К.Э. Удовлетворенность россиян качеством медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. *Социология медицины*. 2015;(1):19-25.
6. Ермоленко Г.Г., Симонян С.А. Проблемы становления медицинского страхования и возможное их решение. *Научный вестник: финансы, банки, инвестиции*. 2018;32(3):62-76.
7. Решетников А.В., Ефименко С.А. Обязательное медицинское страхование: резервы и парадоксы возможностей. *Рос. здоровье и общество*. 2002; 29 нояб.:7.
8. Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 6 февраля 2019 г.). Собрание законодательства Российской Федерации от 6 декабря 2010 г. (49), ст. 6422
9. Землячева О.А., Мерзликина Ю.В. Обязательное и добровольное медицинское страхование в России. *Научный вестник: финансы, банки, инвестиции*. 2018;31(2):68-73.
10. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. Режим доступа: www.gks.ru/
11. Федеральный фонд обязательного медицинского страхования. [Электронный ресурс].—Режим доступа: www.ffoms.ru/
12. Reshetnikov A., Fedorova J., Prisyazhnaya N., Sotnik A., Shamshurina N., Kolesnichenko O. Health Management for Sus-

tainable Development. IEEE Second World Conference on Smart Trends in Systems, Security and Sustainability, WS4-2018. London: UK; 2018.

Поступила 19.09.2019

Принята в печать 23.10.2019

REFERENCES

1. Reshetnikov A.V. Social Institute of medicine (part 1.). *Sotsiologiya meditsiny*. 2018; 1:3-11. (in Russian)
2. Reshetnikov A.V. Social Institute of medicine (part 2.). *Sociologiya meditsiny*. 2018;2: 68-79. (in Russian)
3. Reshetnikov A.V. *Sociology of Medicine*. Moscow: GEOTAR-Media; 2016 (in Russian)
4. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. *Medical and sociological monitoring: teaching aid*. Moscow: GEOTAR-Media; 2007. (in Russian)
5. Reshetnikov A.V., Stadtchenko N.N., Sobolev K.E The satisfaction citizen of Russia with quality of medical care in system of mandatory medical insurance. *Sociologiya meditsiny*. 2015; 1: 19-25. (in Russian)
6. Ermolenko G.G., Simonyan S.A. Problems of the formation of medical insurance and their possible solution. *Nauchnyi vestnik: finansy, banki, investicii*. 2018; 32 (3): 62-76. (in Russian)
7. Reshetnikov A.V., Efimenko S.A. Obligatory medical insurance: reserves and paradoxes of opportunities Ros. *Zdorov'e i obshchestvo*. 2002; 29:7. (in Russian)
8. Federal Law of November 29, 2010 N 326-FZ "On Compulsory Health Insurance in the Russian Federation" (as amended on February 6, 2019). *Sobranie zakonodatelstva Rossijskoi Federacii* December 6. 2010;(49): art .6422.
9. Zemlyacheva O.A., Merzlikina Yu.V. Obligatory and voluntary medical insurance in Russia. *Nauchnyi vestnik: finansy, banki, investicii*. 2018;31(2): 68-73. (in Russian)
10. Federal State Statistics Service [Electronic resource]. Access mode: www.gks.ru/ (in Russian)
11. Federal Compulsory Health Insurance Fund. [Electronic resource]. Access mode: www.ffoms.ru/ (in Russian)
12. Reshetnikov A., Fedorova J., Prisyazhnaya N., Sotnik A., Shamshurina N., Kolesnichenko O. Health Management for Sustainable Development. IEEE Second World Conference on Smart Trends in Systems, Security and Sustainability, WS4-2018, London: UK; 2018.