


# Проблемы страховой модели здравоохранения (на примере Москвы и Санкт- Петербурга)



И.Н. Баранов

Т.М. Скляр

Высшая школа менеджмента СПбГУ

X Международная научная конференция ГУ-ВШЭ  
по проблемам развития экономики и общества

# Информационная база исследования

---

- результаты телефонного опроса населения Санкт-Петербурга и Москвы
- глубинные интервью с руководителями государственных больниц и медицинских центров Санкт-Петербурга и Москвы

*проект «Эффективные формы управления в социальной сфере: взаимодействие бизнеса и государства в здравоохранении»  
(осень 2007г.)*

# поведение потребителей медицинских услуг

---

- ▣ *концепция А. Хиршмана «выхода», «мнения» и «лояльности»*

система обязательного медицинского страхования

## **«ВЫХОД»**

получение платных услуг государственных медицинских учреждений

или переход в частную систему здравоохранения

## **«МНЕНИЕ»**

предъявление претензий и жалоб медицинскому учреждению, страховой медицинской организации, органам управления здравоохранением

# Поведение потребителей медицинских услуг в системе здравоохранения

---

- отношение к качеству лечения и уровню обслуживания в медицинских учреждениях системы ОМС

степень удовлетворенности работой поликлиники	Санкт-Петербург			Москва
	2003	2005	2007	2007
не удовлетворены	35%	32%	31%	32,6%
отчасти удовлетворены	36%	34%	42%	40%

## «Как изменилось обслуживание в поликлинике за последние два года ?»

<i>Варианты ответов</i>	Санкт-Петербург	Москва
улучшилось	17,4%	11,6%
осталось неизменным	47,6%	55,1%
ухудшилось	18,7%	20,5%
трудно сказать	16,3%	12,8%

# Основные причины неудовлетворенности работой поликлиники

---

- низкий уровень обслуживания (очереди, невежливое поведение персонала, невнимание со стороны врачей)  
Санкт-Петербург - 55% ответов;  
Москва – 63%
- отсутствие или нехватка необходимых ресурсов для оказания качественной помощи (отсутствие врачей, диагностических исследований, низкий уровень квалификации врачей, трудности с получением консультации врачей-специалистов)  
Санкт-Петербург - 56% ответов.  
Москва – 55%

# Направления «выхода» из системы ОМС

**64,4% респондентов в Санкт-Петербурге и 52% - в Москве оплачивали медицинские услуги**

метод оплаты тип медицинского учреждения	официальные платежи	«теневые платежи»	официальные и «теневые» платежи»
<b>медицинские учреждения системы ОМС</b>	70% - СПб 26% - Москва	19%- СПб 57%- Москва	11%-СПб 17%- Москва
<b>платные медицинские учреждения</b>	86% - СПб 78,5%- Москва	6% - СПб 12,5%- Москва	8% - СПб 9%- Москва

# способы выражения «мнения»

- обращение к главному врачу с жалобой на врача;
- обращение с просьбой сменить лечащего врача;
- смена медицинского учреждения;
- обращение с жалобой в СМО;
- смена СМО, если страховая компания не отреагировала на жалобу.

**94% в СПб и 91% в Москве  
не выражали «мнения»**

В Санкт-Петербурге -32,6% респондентов,  
в Москве -50% респондентов  
может назвать свою страховую компанию.



# ЛЕНИВАЯ МОНОПОЛИЯ

---

- организация является монополией;
- лица, работающие в данной организации, не спешат повысить качество продукции, совершенствовать стратегию или структуру организации;
- вместо улучшения качества продукции организация предпочитает терять тех клиентов или персонал, которые используют возможность «мнения»;
- существование ограниченной конкуренции на данном рынке позволяет использовать возможность «выхода» для критикующих, что приветствуется данной организацией;
- наличие такой возможности позволяет продолжать политику status quo.

# Лучшие практики управления

---

## *в сфере*

- стратегического менеджмента (наличие стратегии, взаимосвязь стратегии и годовых планов развития и т.п.)
- организации ключевых бизнес-процессов (сокращение сроков пребывания в стационаре за счет интенсификации диагностики, приема и выписки пациентов)
- ориентации на клиента (принятие решений о введении новых услуг и т.п.)
- организации взаимодействия с внешними стейкхолдерами (страховыми медицинскими организациями и др.)
- финансового менеджмента (внедрение системы бюджетирования и т.п.)
- политики в отношении персонала

# Изменение практики управления в частных медицинских организациях

---

- Во внутренней среде
  - *введение клиниками собственных стандартов обслуживания*
  - *развитие программ повышения квалификации медицинского персонала*
  - *совершенствование системы стимулирования персонала*
  - *применение аутсорсинга*
- Во внешней среде
  - *изменение маркетинговой политики (меры по продвижению бренда)*
  - *усилия по созданию и развитию групп специальных интересов*

# Изменение практики управления *в государственных медицинских организациях*

---

- ▣ **Ограничения:**
  - организационные
  - финансовые

# Векторы преобразований

---

«лидеры» и «аутсайдеры»

Конкуренция или административные методы?

Введение «эталонной» конкуренции  
(финансирование законченного случая  
лечения с помощью медико-экономических  
стандартов)

# Основные характеристики

## системы тарификации стационарных медицинских услуг в Санкт-Петербурге

---

Для тарификации используется МКБ

В каждом классе МКБ нозологические формы болезней сгруппированы исходя из уровня затрат на медицинскую помощь:

### **клинико-статистические группы**

Тарифы устанавливаются на каждую КСГ

По каждой КСГ установлена средняя длительность пребывания больного на койке.

Для дифференцирования тарифов вводятся весовые коэффициенты (баллы), определяющие различие в трудовых и материальных затратах между тарифицированными КСГ

# Основные характеристики

## системы тарификации стационарных медицинских услуг в Санкт-Петербурге

---

Устанавливается оплата за «законченный случай лечения» исходя из средней стоимости одного койко-дня по соответствующей тарифицированной КСГ в пределах от 80% до 120% от определенной средней длительности пребывания больного на койке.

В том случае, если срок госпитализации меньше 80% от установленной средней длительности пребывания пациента на койке, оплата производится за фактически проведенное время в стационаре, исходя из средней стоимости одного койко-дня

В том случае, если срок госпитализации больше 120% от установленной средней длительности пребывания пациента на койке, оплата производится за фактически проведенное время в