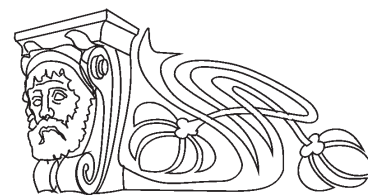




УДК 33. 101

ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖАНИЯ ТРУДА РАБОТНИКОВ СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ



Д. Г. Гончаров

преподаватель кафедры экономики и менеджмента,
Технологический институт Саратовского государственного
технического университета, Энгельс
E-mail: goncharovdg@rambler.ru

В. Л. Сиднина

доктор экономических наук, профессор кафедры маркетинга и международного бизнеса,
Академия маркетинга и социально-информационных технологий, Краснодар
E-mail: sidninavalent@mail.ru

Введение. В статье представлено положение о том, что стимулирование труда должно изменяться вместе с содержанием труда. Кроме этого, при невозможности эффективного стимулирования труда возможно изменить его содержание. **Результаты.** Данный посыл реализуется при анализе особенностей содержания труда работников страховых медицинских организаций, при этом показаны изменения, которые произошли и которые необходимо сделать для совершенствования деятельности этих организаций. **Заключение.** Авторы, в частности, предлагают устранить существующий порядок в области медико-экономической экспертизы и перейти от постоянного контроля оказанных услуг к финансированию по коэффициентам.

Ключевые слова: содержание труда, страховые медицинские организации, медико-экономическая экспертиза.

Введение

Совершенствование деятельности страховых медицинских организаций предполагает совершенствование как организации труда, так и стимулирования труда работников. Улучшения невозможны без обеспечения соответствия применяемых методов и инструментов стимулирования труда его содержанию. Поэтому исследование особенностей содержания труда работников страховых медицинских организаций важно и актуально. В научной литературе имеется множество определений этой категории [1; 2, с. 107–111], что связано, во-первых, с междисциплинарным характером содержания труда, использованием ее в целом ряде специальных наук: экономики труда, социологии труда, психологии труда и т.д., которые вкладывают в него свой смысл. Во-вторых, использование экономистами разных методологических приемов приводит часто к различным определениям содержания труда. При множестве определений для целей анализа данной работы наиболее удачным является следующее: «**Содержание труда** – совокупность его элементов, которые определяются профессиональной принадлежностью работ, их последовательностью, составом, сложностью, структурой, целью» [3, с. 39]. В рамках нашей статьи охарактеризуем особенности содержания труда разных работников страховой медицинской организации и укажем на ряд проблем в их деятельности.

В своем исследовании мы используем методы сравнительного анализа, аналогий, функционального анализа.

Результаты

Обязательное медицинское страхование возникло в постсоветской России с начала 90-х гг. прошлого века. За время своего существования изменялась сама система страховых медицинских организаций, состав работающих в ней специалистов, содержание труда работающих. (В дальнейшем в сравнительном анализе учитываются только особые специальности, а специальности, которые могут быть у любой организации, – водитель, секретарь, бухгалтер-кассир, специалист по кадрам и т.п. – не учитываются.)

В Федеральном законе РФ от 28 июня 1991 г. № 1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» содержатся упоминания следующих специальностей: маркетолог, представитель СМО, юрист, специалист по выдаче полисов, врач-эксперт, врач-эксперт-юрист, специалист агент по заключению договоров страхования. Работники страховой медицинской организации имеют общую цель деятельности – обеспечение населения качественной организацией финансирования медицинских услуг. У каждой группы работников есть специфические подцели, направленные на реализацию общей цели. Состав и сложность работ эволюционировали по мере развития страховой медицины в РФ.

На первом этапе в обязанности маркетолога входило умение свободно выбирать медицинские учреждения для оказания медицинской помощи и услуг по договорам медицинского страхования. Следовательно, это предполагало навыки медицинского маркетинга: знание параметров оценки медицинских лечебных учреждений, навыки сбора информации и сравнительного анализа, подготовка заключений-рекомендаций по выбору лечебных учреждений. Понятно, что в начале 1990-х гг. специалистов подобного рода в России не было, и маркетологам приходилось



учиться «на ходу». Страховые компании того периода были многопрофильными и обязательным медицинским страхованием занимались наряду с другими видами страхования (страхование жизни, страхование опасных производственных объектов, страхование имущества, добровольное медицинское страхование и т.п.). Маркетолог должен был не только знать особенности страховых программ своей компании, но и владеть информацией конкурентов. В цели деятельности входили не только качественный выбор лечебного учреждения, но и другие «непрофильные» обязанности. Если переговоры проходили успешно, то заключалось, как правило, сразу несколько договоров страхования, договор об ОМС шел как приложение к пакету. Дело в том, что опыта не было, законодательство было «сырым», в каждом регионе РФ были свои особенности, свои правила, а полисы, находившиеся на руках у застрахованных, пестрили разнообразием цветов, орнаментов и размеров. Данный вид страхования был «бесплатным» для страхователя (организации, предприятия), поскольку денежные средства по этому договору не перечислялись в страховую компанию, а были включены в состав налога на ФОТ. Страхователям было сложно определиться с выбором страховщика, так как цена была для всех одинаковой и равной нулю, а пакет услуг не отличался разнообразием: выдача бланков полисов для сотрудников. Защитой прав застрахованных при оказании им медицинской помощи с проведением экспертизы качества оказанного им лечения, выявлением дефектов помощи с возмещением незаконно понесенных затрат никто не занимался. Страховые компании использовали деятельность по обязательному медицинскому страхованию как своеобразную рекламу в виде нанесения своих логотипов на бланк полиса.

В обязанности экономиста страховой компании, главным образом, входило обоснование тарифов услуг медицинских учреждений, работающих по договорам добровольного медицинского страхования, стало быть, ему необходимо было представлять технологию работ, трудоемкость, оценку стоимости единицы работ и т.д. Однако и в этой области не было апробированных методик и рекомендаций. Экономисты другой специализации работали со страховыми резервными фондами, а тарифами по обязательному медицинскому страхованию вообще занимались не в медицинских страховых компаниях, а в территориальных фондах ОМС в субъектах РФ.

При рассмотрении особенностей содержания труда экономиста, работающего в страховой компании, нельзя не затронуть вопроса развития медицинского страхования в России. В начале 1990-х гг. медицинское страхование развивалось на базе государственных лечебных учреждений, которые начинали внедрять у себя платные

услуги. Естественно, возникали трудности в расчетах стоимости этих услуг, определении долей государственных затрат в этих услугах. К добровольному медицинскому страхованию в то время со стороны лечебных учреждений было отношение как к дополнительному источнику дохода, а не как к способу возмещения затрат. Поэтому экономисты страховых компаний должны были осуществлять контроль над лечебными учреждениями, который касался как формирования цен на услуги, так и правильности выставления ими счетов. Целью работы было снижение издержек, экономия средств страховых фондов, при этом решались проблемы выбора методик проверок. Это определяло специфику труда.

Юрист должен был уметь предъявлять в судебном порядке иск медицинскому учреждению или(и) медицинскому работнику на материальное возмещение физического или(и) морального ущерба, причиненного застрахованному по их вине. Это затруднялось отсутствием наработок судебной практики. Юристы с другой специализацией обязаны были заключать договора с медицинскими учреждениями на оказание медицинской помощи застрахованным по обязательному медицинскому страхованию. Целесообразность труда юриста определялась необходимостью юридического обеспечения деятельности, что требовало ориентации в законодательстве и оптимальности его применения.

Специалисты по выдаче полисов выполняли техническую работу по оформлению документов и выдавали полисы, специфика их труда состояла в отлаженных технических, оформительских навыках и методиках общения с гражданами.

Самая сложная по содержанию работа доставалась врачам-экспертам. Цель их деятельности – повышение качества медицинской помощи, что способствует реализации целевой функции медицинской помощи в целом. Врач-эксперт должен был контролировать объем, сроки и качество медицинской помощи в соответствии с условиями договора. Кроме того, совместно с юристом он защищал интересы застрахованных. Согласно законодательству того времени защита прав застрахованных по обязательному медицинскому страхованию осуществлялась без участия самого застрахованного, который даже не догадывался, что его случай лечения в том или ином медицинском учреждении будет рассмотрен врачом-экспертом и при выявлении недостатков в качестве оказанной медицинской помощи этому лечебному учреждению будет отказано в оплате данного случая. Эта деятельность называется вневедомственной экспертизой качества оказанной медицинской помощи. Данное нововведение прогрессивного характера позволяет более объективно дать оценку качеству лечения, уйти от внутриведомственной



борьбы за «чистоту мундира», непризнания своих ошибок, от «не выноса мусора из избы». К этой экспертизе привлекались внештатные, независимые врачи-эксперты, ведущие специалисты в своей медицинской отрасли. Оценка качества лечения – очень субъективный показатель. Больной оценит его со своей точки зрения, лечащий врач – со своей, главный врач лечебного учреждения – со своей, врач-эксперт страховой компании даст тщательную экспертизу (с выводом, что если лечили плохо – платить не надо), независимый эксперт – сделает оценку качества по-своему. Главное в специфике деятельности этого специалиста – опора на опыт, знания, личную добросовестность. Для поддержания независимости врача-эксперта предусмотрено следующее. Во-первых, вознаграждение за труд независимый врач-эксперт получает не в одной страховой компании, а в разных, в тех, которые его привлекают к проведению экспертиз. Во-вторых, этого же независимого эксперта могут привлекать для проведения встречных экспертиз и лечебные учреждения, которые оспаривают, не соглашаются с заключениями страховых компаний. В-третьих, недопустимо, чтобы независимый врач-эксперт давал оценку по одному и тому же случаю и как привлеченный от страховой компании, и как привлеченный лечебным учреждением. Поэтому он вынужден исходить при оценке качества оказания медицинской помощи только из профессиональных соображений, чтобы поддержать свой имидж и быть конкурентоспособным на рынке вневедомственных экспертиз.

Специалист – агент по заключению договоров страхования целью деятельности имеет «поиск объемов», стремится к увеличению количества застрахованных. В его обязанности входит увеличение количества страхователей, проведение встреч, переговоров и т.д.

Специалисты СМО по контролю объемов, выполненных и представленных к оплате медицинских услуг, занимались медико-экономической экспертизой. Медико-экономическая экспертиза в соответствии с ч. 4 ст. 40 Федерального закона РФ от 28 ноября 2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» заключается в установлении соответствия фактических сроков оказания медицинской помощи, объема предъявленных к оплате медицинских услуг записям в первичной медицинской документации и учетно-отчетной документации медицинской организации. Цели и задачи этой экспертизы состоят не в оценке качества лечения, а в определении достоверности выставленных счетов. Специалисты СМО должны проверять рациональность использования выделенных средств медицинского страхования, соответствие затрат работам.

Организация медицинского страхования меняется, совершенствуется, что приводит к изменению содержания труда работников. В настоящее время к персоналу СМО предъявляются более высокие требования, и главное – знание законодательства (кому можно, а кому нельзя выдавать полисы ОМС; работа с бланками строгой отчетности, а не с простыми бланками). Ошибки сотрудников при выдаче полисов становятся видны на уровне Федерального фонда ОМС, так как он теперь изготавливает полисы на основе данных, присланных из СМО. Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» тоже требует соответствующей подготовки и наличия определенных личностных качеств сотрудников. Если раньше нужны были минимальные навыки, чтобы выдать полис, то теперь требования ужесточились. Цена ошибки выросла, за ошибки полагаются штрафы. Поэтому необходимо увеличение окладов и аттестация сотрудников. Также персонал СМО должен обладать другими качествами: привлекательный внешний вид (форма), приветливость и терпение. Таким образом, усложняется труд работников, обогащается его содержание, растет ответственность. Это не может не сказаться на «цене» кадров. В настоящее время на территории Саратовской области их зарплата составляет 15–20 тыс. рублей в месяц (в начале 2000-х гг. 5–6 тыс. руб. в районе и 8–10 тыс. руб. в Саратове).

Увеличилась ответственность врачей-экспертов и возросли требования к ним: из-за некачественной работы экспертов СМО может быть оштрафована. Выигрыш медучреждением спора по экспертизе влечет за собой большой штраф для СМО. Поэтому в СМО должны работать самые квалифицированные врачи, а они дороги – затраты на оплату труда врача-эксперта 50–60 тыс. рублей. Возрос объем проводимых экспертиз: ранее он достигал 5% от всех услуг в ЛПУ, сейчас – от 8% и более. Это требует увеличения штата врачей-экспертов, а все изменения в содержании и организации труда – адекватных изменений в системе мотивации.

В переменах особо нуждается медико-экономическая экспертиза. В настоящее время в ней обнаруживаются следующие проблемы:

1) выставление счетов для оплаты происходит без участия, а значит, и контроля самого больного (налогоплательщика), которому эти услуги оказывались;

2) в системе ОМС у пациентов нет заинтересованности в экономии средств на лечение, они не знают цен, по которым их лечат за счет средств государства;

3) оплата услуг врача производится повременно, а не в зависимости от количества принятых больных. Но существует план по выработке, который имеет тенденцию к росту из-за того, что



медицинская организация получает деньги за количество оказанных услуг. Чем больше услуг будет оказано, тем больше средств должно быть получено;

4) медико-экономическая экспертиза не проводится в 100% случаях, поскольку этого не предусматривают регламентирующие документы [4], согласно которым объем проверок составляет не менее: 8% – стационарной медицинской помощи; 8% – медицинской помощи, оказанной в дневном стационаре; 0,8% – амбулаторно-поликлинической медицинской помощи. В случае если в течение месяца количество дефектов медицинской помощи и/или нарушений при оказании медицинской помощи превышает 30% от числа случаев оказания медицинской помощи, по которым была проведена медико-экономическая экспертиза, в следующем месяце объем проверок от числа принятых к оплате счетов увеличивается не менее чем в 2 раза по сравнению с предыдущим месяцем. Кроме этого, проверки требуют немалых затрат. Медико-экономическую экспертизу осуществляет специалист-эксперт, являющийся врачом, имеющим стаж работы по врачебной специальности не менее пяти лет и прошедшим соответствующую подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере обязательного медицинского страхования. В лечебном учреждении работает не только данный специалист, но и специалисты медицинской организации, которые отвлекаются от основной работы;

5) в случае ошибочного (или преднамеренного) включения лечебным учреждением в счет на оплату не оказанных услуг плательщики средств ОМС (страховые компании и фонд) не страдают, так как деньги не их, а налогоплательщиков (которые не допущены к контролю за своими средствами).

Таким образом, создаются условия для стимулирования необоснованного завышения объемов оказанной медицинской помощи, приписки объемов помощи позволяют получать медицинскому учреждению дополнительные средства. Специалист-эксперт должен определять и доказывать приписки. Например, при проверке счета на оплату выявлять случаи наличия в счете противоречивых диагнозов, учитывать половой и возрастной признаки диагноза и т.п.

Анализ экспертиз показывает, что приписки можно разделить на две группы. Первая – явные, когда выставленные в счете на оплату услуги не были оказаны. Выявить их можно путем опроса пролеченных. Вторая группа – скрытые приписки. Их нельзя выявить путем опроса больных, они имеют диагностический медицинский характер. Вместо простого «дешевого» диагноза, ставят «выгодный», более «денежный» диагноз. «Царапина кожи лба» меняется на требующий месячной госпитализации диагноз: «Сотрясение головного мозга». Естественно, лечение проходит успешно, пациент выписывается домой, больница получает положенные средства, выполняет план, подает со-

ответствующую статистику и аргументированно открывает дополнительные койки для подобных пациентов, эти койки, в свою очередь, всегда можно будет заполнить, получить средства, подать статистику и аргументированно снова открыть дополнительные койки. Таким образом, средств на медицинскую помощь всегда будет не хватать. Приведенный пример – один из огромного перечня уже замеченных способов приписок. Поэтому требования к специалистам-экспертам, осуществляющим данный вид проверки, в настоящее время высокие, а у последних – соответствующие высокие требования к денежной компенсации за их труд. И больницам, и экспертам денежные средства поступают из одного кармана – кармана налогоплательщика. В сущности, сложный труд эксперта медико-экономической экспертизы отвлекает средства от медицинской помощи.

Заключение

Совершенствование деятельности системы обязательного медицинского страхования в этой области возможно двумя путями.

Первый путь: расширение штата в страховых медицинских организациях за счет дополнительного набора специалистов-экспертов, введение новой должности социолога для проведения соответствующего тестирования пролеченных застрахованных, введение новой должности эксперта-следователя, который должен будет работать в тесном контакте с правоохранительными органами для привлечения к ответственности злоумышленников.

Второй путь: предлагаем ввести в представляемые медицинскими организациями счета поправочный коэффициент, который должен выравнивать сумму, выставленную в счетах, с суммой, которая запланирована в бюджете лечебного учреждения. В этом случае отпадет необходимость раздувать счета приписками, так как денежные средства все равно будут поступать в определенном объеме. Необходимость в проведении медико-экономической экспертизы исчезнет, поскольку даже ошибочно выставленные в счетах неоказанные услуги будут погашены этим поправочным коэффициентом. В страховых медицинских компаниях произойдут организационные изменения, и специалисты-эксперты вместо ненужной медико-экономической экспертизы будут участвовать в экспертизе качества оказанной медицинской помощи, развивать ее и совершенствовать. Таким образом, совершенствование деятельности может происходить и через реорганизацию, меняющую содержание труда, с переориентацией высвобождающихся специалистов.

Список литературы

1. Рофе А. И. Экономика труда. М. : КНОРУС, 2010. 400 с.
2. Генкин Б. М. Экономика и социология труда. М. : Норма, 2001. 448 с.



3. Экономика труда : Социально-трудовые отношения : учебник для вузов / РАГС ; под общ. ред. Н. А. Волгина, Ю. Г. Одегова. М. : Экзамен, 2002. 736 с.
4. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 16.08.2011) «Об утверждении Порядка организации

и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию». URL: <http://base.consultant.ru/cons/cgi> (дата обращения: 12.07.2012).

Features of the Labor Content of the Employees of Medical Insurance Companies

D. G. Goncharov

Assistant of Department of Economy and Management
Institute of Technology of the Saratov State Technical University,
17, sq. Svobody, Engels, 413100 Russia
E-mail: goncharovdg@rambler.ru

V. L. Sidnina

Doctor of Economic Science, Professor, Department of Marketing and International Business
Academy of Marketing and Social and Information Technologies,
5, Zipovskaya Str., Krasnodar, 350000 Russia
E-mail: sidninavalent@mail.ru

Purpose. The paper holds the position that labor stimulation must change with the content of labor. At the same time, if some kind of labor cannot be effectively stimulated, its content can be modified. **Results.** This position is realized by analyzing characteristics of the labor of the employees of health insurance companies. At the same time, changes in the content, both having occurred and needing to be done to improve the activities of such organizations, are shown. **Conclusion.** In particular, the authors propose to eliminate the existing order in the field of medical and economic expertise and to switch from continuous monitoring of services to financing by coefficients.

Key words: work content, medical insurance companies, medico-economic examination.

References

1. Рофе А. И. *Jekonomika truda* [Economy of work]. Moscow, KNORUS, 2010, 400 p.
2. Genkin B. M. *Jekonomika i sociologija truda* [Economics and sociology of labor]. Moscow, Norma, 2001, 448 p.
3. *Jekonomika truda: Social'no-trudovye otnoshenija* [Labor Economics: Social and labor relations]: Studies for high schools, RAGS ed., ed. N. A. Volgina, Yu. G. Odegova. Moscow, Exam, 2002, 736 p.

4. Приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230 (ред. от 16.08.2011) «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (Order FFOMS from 01.12.2010 № 230 (as amended on 16.08.2011) «On Approval of the Procedure of the organization and control of the volume, timing, quality and conditions of the provision of medical care for compulsory health insurance»). Available at: <http://base.consultant.ru/cons/cgi> (accessed 12 July. 2012).

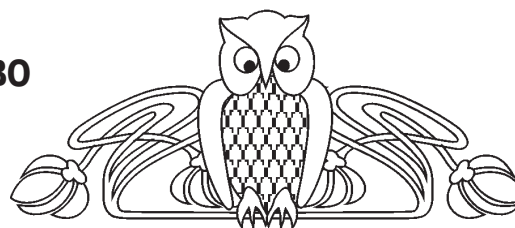
УДК 330.131.7

РИСКИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СУБЪЕКТОВ СИСТЕМЫ НАУКА – БИЗНЕС – ГОСУДАРСТВО В НАЦИОНАЛЬНОЙ ЭКОНОМИКЕ

О. Ю. Челнокова

кандидат экономических наук, доцент кафедры
экономической теории и национальной экономики,
Саратовский государственный университет
E-mail: o.chelnokova@mail.ru

Введение. Процесс взаимодействия хозяйствующих субъектов национальной инновационной системы на любом уровне протекает в условиях неопределенности, следовательно, имеют место риски, выявление и грамотное управление которыми необходимо для обеспечения устойчивости как самих хозяйствующих субъектов, так и всей системы, образующейся в результате подобного взаимодействия. **Теоретический анализ.** На основе обобщения существующих теоретических исследований по проблеме экономических рисков в статье разграничиваются такие понятия, как «риск» и «неопределенность», проводится систематизация рисков, предлагается авторская трактовка категории «риск взаимодействия». **Обсуждение результатов.** Результатом прове-



денного исследования является выявление наиболее актуальных и значимых для современной экономики рисков взаимодействия основных акторов национальной инновационной системы – науки, бизнеса и государства, среди которых: риск потери темпов развития хозяйствующего субъекта, риск экономических потерь в виде упущенной выгоды и недополученных доходов, риск невосстановленности учебных курсов, риск увеличения бюджетных расходов, низкие темпы экономического роста, риск потери устойчивости системы.

Ключевые слова: риск, неопределенность, риск взаимодействия, акторы системы, взаимодействие науки, бизнеса и государства.