

Правительство выступило против предложения Счетной палаты исключить страховые компании из системы обязательного медстрахования.

В правительстве не поддержали идею об исключении страховых организаций из системы обязательного медстрахования (ОМС). С таким предложением к кабинету министров ранее обратилась Счетная палата, которая по итогам проверки пришла к выводу, что страховщики «не справляются с задачей по защите прав» граждан.

В аппарате правительства подтвердили получение информационного письма от Счетной палаты, сообщив, что предложение по исключению страховщиков из системы ОМС не поддержано.

– Радикальных мер не планируется. Будет вестись работа по усилению контроля со стороны страховых организаций за оказанием медицинской помощи застрахованным лицам, за качеством лечения, – отметил источник в аппарате правительства.

Страховщиков предложено исключить из здравоохранения

Действующая система ОМС введена в 1991 году. Основная роль в финансировании отрасли отводится Фонду обязательного медстрахования (ФОМС). Средства в нем формируются за счет страховых взносов работодателей (5,1% от оплаты труда сотрудников). Страховые медорганизации оформляют гражданам полисы ОМС, а при получении ими услуг в медучреждении платят на основании выставленных счетов. На них также возложен финансовый контроль за оказанием медпомощи застрахованным лицам. По данным Росстата, на конец сентября 2015 года в стране действовало 54 страховых медорганизации. По закону они не имеют права заниматься другими видами деятельности.

Перед оплатой счетов страховщики проводят медико-экономическую экспертизу (на предмет обоснованности выставленных счетов), а также экспертизу качества оказанной медпомощи. В основном экспертиза проводится на основании составленных врачами медицинских документов (фиксируют состояние больного, проводимые

лечебно-диагностические мероприятия, результаты лечения и проч.). Экспертиза проводится специалистом, который является врачом и прошел подготовку по вопросам экспертной деятельности. В среднем за год около 4% от всех выставленных счетов отклоняются в связи с некорректностью.

Деятельность страховых медорганизаций стала предметом проверки Счетной палаты в сентябре-декабре 2015 года, проведена она в отношении компаний «РОСНО-МС» и «МАКС-М». В ходе проверки, говорится в отчете аудиторов, установлены факты оплаты медицинских услуг, которые фактически выполнены не были. Так, например, в реестрах на оплату медпомощи, которые поданы медучреждениями в «МАКС-М», значились услуги, которые были оказаны одному из инспекторов Счетной палаты в период, когда он вовсе отсутствовал в городе. Аналогичные нарушения выявлены в реестрах, поступавших на оплату в «РОСНО-МС». По выявленным фактам обеими страховыми компаниями, следует из отчета, необоснованно перечислено медучреждениям 2,5 тыс. рублей.

В отчете также указано на отсутствие «единообразия и системности» в предоставлении гражданам, оформившим полис ОМС, необходимой информации – в частности, о праве выбора медучреждения, о выявленных нарушениях при оказании медпомощи и проч. (данная обязанность страховщиков предусмотрена законом). В документе отмечено, что каждый страховщик устанавливает свои правила деятельности, так как единого порядка информирования не существует. Далее следует предложение наделить ФОМС полномочиями по принятию соответствующих нормативных правовых актов.

Как сообщили «Известиям» в Счетной палате, «проверка показала, что страховые медорганизации не в полной мере осуществляют деятельность по защите прав застрахованных лиц».

– Они не оценивают условия пребывания пациентов в медорганизациях, не оценивают риски взимания платы за медуслуги, включенные в программу ОМС, – отметили в Счетной палате. – Страховые медорганизации не справляются с задачей по защите прав застрахованных лиц. При этом в 2014–2015 годах на ведение дел им было выделено 53 млрд рублей средств ОМС.

В связи с этим контрольный орган в письме, направленном в правительство, предложил рассмотреть вопрос «о целесообразности внесения изменений в законодательство для

изменения роли страховых медорганизаций и их финансового обеспечения, с возможностью их последующего исключения из участников ОМС».

Вопрос обсуждается с середины 2015 года

По данным «Известий», перспективы действующей системы ОМС стали темой встречи помощника президента Андрея Белоусова с министром здравоохранения Вероникой Скворцовой еще в середине прошлого года. Об этом изданию рассказали два источника, знакомых с деталями этой встречи. Встреча в администрации президента инициирована на основании обращения, поступившего от главы Национальной медицинской палаты Леонида Рошаля.

Он предложил рассмотреть два сценария реформирования действующей системы финансирования здравоохранения. Суть первого в том, чтобы исключить из системы страховые медицинские организации, разделив их функции между ФОМС (в части финансирования медучреждений) и профессиональными медицинскими объединениями (в части проведения экспертизы). Второй сценарий предусматривает полную отмену ОМС и возврат к сметному финансированию медучреждений (когда средства перечисляются не за оказанную услугу, как сейчас, а за койко-место).

На изменении текущей системы финансирования здравоохранения настаивает и коллега Рошаля по «Общероссийскому народному фронту» Эдуард Гаврилов, член Общественной палаты, замруководителя Федерального центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья. Аргументы оппонентов действующей системы в том, что модель страховой медицины не обеспечивает доступную и качественную медпомощь, а исключение страховых компаний из системы позволит сэкономить средства, которые они получают от ФОМС на ведение дел.

Так, по оценкам фонда «Здоровье», который возглавляет Гаврилов, в 2014 году около 4% от консолидированного бюджета ФОМС (равен 1,2 трлн рублей) не пошло на лечение граждан – это порядка 50 млрд рублей. Половина этой суммы (24 млрд рублей), указывают в фонде «Здоровье», направлена на «ведение дел», а оставшееся остается в страховых компаниях в виде штрафов, которые они взимают с медучреждений за неоказание медпомощи, за ненадлежащее качество лечения и проч.

По поводу этих цифр на прошедшем в начале июля 2015 года круглом столе ОНФ по теме обязательного медстрахования высказалась председатель федерального ФОМС Наталья Стадченко. По ее словам, эти оценки не соответствуют действительности. Стадченко сообщила, что за 2014 год страховые компании на ведение дела получили 13,7 млрд рублей, что составляет 1,1% от бюджета ФОМС. Также, по ее данным, страховщики получили в виде штрафных санкций 3,7 млрд рублей, что составляет 0,3% бюджета ФОМСа.

Гаврилов заявил «Известиям», что выполнять функции финансирования, контроля и экспертизы качества могут территориальные ФОМСы и органы Росздравнадзора.

– На этапе становления ОМС в России территориальные фонды просто не обладали необходимой инфраструктурой для ведения всех расчетов, но сегодня ситуация иная. Звенья-посредники, дублирующие функции территориальных ФОМСов, больше не нужны. Заработная плата экспертов страховых организаций, их премии, напрямую зависят от того, сколько «прибыли» дала экспертиза. Пациент остается в стороне, что никак не соответствует страховым принципам, – сказал Гаврилов.

Страховщики грозят мрачными сценариями

По словам президента Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС) Дмитрия Кузнецова, большинство вскрытых в ходе проверки СП проблем сами же аудиторы объясняют в своем отчете несовершенством нормативной базы ОМС, отсутствием ряда стандартов и т.п.

– Вместо рекомендаций на всех уровнях доработать нормативную базу и обратить внимание на отдельные проблемы, о которых и само страховое сообщество не раз заявляло, предлагается исключить медицинских страховщиков из системы ОМС, – говорит Кузнецов.

Президент Всероссийского союза страховщиков Игорь Юргенс отметил, что выявление ошибок в работе одной из компаний, ведущей деятельность по ОМС, не является поводом для исключения из системы игрока, отвечающего за проведение вневедомственной экспертизы качества оказываемой гражданам медпомощи.

– Предложение исключить страховщиков из системы медстрахования столь же парадоксально, как и предложение исключить из системы оказания медпомощи врачей в связи с выявлением фактов совершения отдельными специалистами врачебных ошибок, – говорит Юргенс. – Недвусмысленное и неоднократное указание президента России на необходимость совершенствования медицинского страхования, конкретизации функций страховщиков и повышения их ответственности – вектор приложения совместных усилий органов власти и социально ориентированного бизнеса. Реанимирование дискуссии на тему значимости того или иного участника системы ОМС в текущих реалиях малоконструктивно.

Гендиректор «РОСНО-МС» Нина Галаничева добавила, что, несмотря на ошибки и недочеты, при определении приоритетов развития системы ключевым словом должно стать слово «доработать».

– В мировой практике организации здравоохранения есть типовые принципы и инструменты, но типовых систем нет, каждую модель приходится отстраивать и настраивать заново. В этой связи затянувшиеся споры о том, правильной ли дорогой мы идем, призывы возврата к сметной модели финансирования здравоохранения, а также упреки по поводу заработанных денег надо прекратить. Давайте попытаемся поработать, в том числе над ошибками в рамках существующего законодательства, – говорит Галаничева.

Член Совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве России Николай Дронов считает, что в общем объеме ежегодных госрасходов на здравоохранение в размере 2,6 трлн рублей попытка сэкономить порядка 15 млрд рублей не даст заметного эффекта.

Президент медицинской страховой компании «МАКС-М» Руслан Хальфин (занимал должность замминистра здравоохранения в 2005–2008 годах), в свою очередь, привел расчеты ФОМС, по которым передача территориальным фондам ОМС функций страховых компаний потребует ежегодных затрат на их реализацию в размере 14,5 млрд рублей. По его словам, реализация второго сценария «вернет нас к советскому здравоохранению, когда медучреждения финансируются независимо от того, насколько качественно они работают и работают ли вообще».

Источник: [Известия](#) , 02.02.16

Автор: Ширманова Т.