

Медицинское сообщество все чаще выражает недовольство работой страховщиков обязательного медицинского страхования (ОМС). Система позволяет компаниям получать до 50% штрафов, которые страховщики налагают на медиков за некачественную медпомощь. Примирить стороны в ближайшее время вряд ли удастся. Страховщики не могут предложить медикам классическое управление рисками, система ОМС все больше удаляется от страхования.

Финансовое иго страховщиков

Система ОМС, как в и 1990-х годах, по-прежнему живет не по классическим страховым законам, а по бюджетно-распределительным. Федеральный Фонд ОМС (ФОМС) концентрирует ресурсы (доходы ФОМС за 2013 год – 1,1 трлн руб.) и наделяет средствами 86 территориальных фондов по единой формуле, исходя из числа застрахованных. Территориальные фонды обеспечивают деньгами 63 страховые компании и 216 филиалов страховых компаний. Последние в роли проводников работают с 8,5 тыс. медицинских учреждений.

На долю 13 наиболее крупных страховых компаний сейчас приходится свыше 80% застрахованных. Больше всего граждан застраховано группой компаний «Росгосстрах» – 20,8 млн человек, что составляет 14,5% от общего количества застрахованных, в «МАКС-М» застраховано 20 млн человек, или 13,9%, «РОСНО-МС» – 17,3 млн человек, или 12,1%.

Чиновники никогда не скрывали: в законе об ОМС страховая компания присутствует, но не в полной мере осуществляет функции страховщика. Стабильная статья прибыли страховых компаний в ОМС – 1–2% на ведение дел от суммы, выделенной на одного застрахованного в ОМС. В обязанности страховых компаний входят медико-экономический контроль – по сути, проверка правильности оформления счетов, а также медико-экономическая экспертиза и экспертиза качества медпомощи. Кроме того, страховые компании заведуют выдачей полисов ОМС.

Чиновники полагают, что у страховых компаний есть сильная мотивация рационально расходовать полученные средства, поскольку в законе для них заложен экономический интерес. Его суть – в системе поощрений. Страховые компании получают до 50% от

штрафов, которые налагают на медучреждения, и 10% от суммы «сэкономленных» бюджетом средств, выделенных на оплату медуслуг. Страховые компании могут наказать лечебные учреждения тремя способами: не оплатить оказанную медицинскую услугу, оплатить ее не полностью или наложить на медучреждение штраф.

Медики все чаще выражают недовольство по поводу штрафов от страховщиков. Национальная медицинская палата (НМП) и ее президент Леонид Рошаль публично высказывались на тему финансового ига страховщиков. Размеры санкций по некоторым видам нарушений, по данным НМП, доходят до 500% от размера норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо в год.

Страховые компании с обвинением категорически не согласны. Порядка 85% штрафов медучреждений приходится на дефекты технологии диагностики лечения, отмечают в «АльфаСтрахование-ОМС». А общий объем штрафов, наложенных страховыми компаниями на медицинские учреждения, составляет порядка 0,3–0,4% от общего объема средств, перенаправляемых на оплату медуслуг. «Такая доля, разумеется, никак не может нарушить нормальную работу медучреждений и повредить системе ОМС в целом», – говорит директор по развитию «АльфаСтрахование-ОМС» Александр Трошин.

В территориальных фондах знают о проблемах финансового ига и пытаются изменить порядок работы страховых компаний. Это уже сделал, например, Московский городской фонд ОМС. Он вывел в приоритет выполнение страховыми компаниями экспертизы качества медпомощи, а не штрафные санкции. «Мы изменили порядок в части экспертизы качества и медико-экономической экспертизы. Чтобы страховые компании не занимались контролем бюрократической документации лечебных учреждений, а уделяли внимание реальной защите прав застрахованных. Чтобы страховые компании проверяли качество оказания медпомощи – необоснованную госпитализацию, вовремя не диагностированных пациентов и т.д.», – заявил «Страхованию» директор Московского городского фонда ОМС Владимир Зеленский.

По мнению Росздравнадзора, страховщики должны стоять на защите прав граждан и своевременно реагировать при ущемлении прав пациентов. Сегодня так происходит не всегда, констатируют в ведомстве. «По сути, страховые компании – единственные, кто осуществляет вневедомственный контроль защиты прав граждан», – считает начальник управления организации ОМС ФОМС Светлана Кравчук. Она уточняет, что нужно и дальше развивать дополнительные функции страховых компаний: более активную досудебную и судебную защиту прав застрахованных лиц, тему информированности граждан об их правах, о контроле качества медпомощи, продвигать тему здорового

образа жизни среди населения.

Перспективы дальнейшего развития системы ОМС в федеральном фонде видят во внедрении страховых принципов в виде дополнительной ответственности страховых компаний за оплату медпомощи, постепенного переноса финансовых рисков на страховые компании.

Тем временем сама система ОМС все дальше отходит от принципов классического страхования. Осенью Госдума приняла поправки в закон о страховых взносах в ОМС, по которым до 2018 года отменяется порог зарплаты, с которой начисляется страховой взнос в Фонд ОМС (сейчас взносы формируются в размере 5,1% от фонда оплаты труда с годовой зарплаты от 624 тыс. руб.). Это решение лишило государственное здравоохранение страхового характера: размер отчислений не дает доступа к более качественной помощи.

Решение чиновников отменить порог – брать взнос с зарплаты любого размера при фиксированных госгарантиях объемах медпомощи – продиктовано опасениями навесить на федеральный бюджет еще дополнительные трансферты для обеспечения бездефицитности системы. Наученные горьким опытом с трансфертом Пенсионному фонду в 1 трлн руб. ежегодно, организаторы системы здравоохранения не стали рисковать и минимизировали риски возможного дефицита бюджета ФОМС.

Государство делало попытку приблизить систему ОМС к классике страхования. Закон об ОМС, например, обязал страховые компании заключать договор не с работодателем, а с самим застрахованным лицом. Таким образом, власти стремились создать конкурентные условия для страховых компаний, чтобы застрахованный самостоятельно мог поменять как страховщика, так и медучреждение. Однако пока гражданам все равно, в какой страховой компании они получают полис ОМС, можно считать задачу невыполненной.

Работа на поток

Как отмечают в федеральном Фонде ОМС, с принятием закона об ОМС в 2010 году система стала привлекательной для частного бизнеса. С введением в 2013 году

одноканального финансирования, когда средства бюджета поступают в клиники исключительно через систему ОМС, число частных клиник в системе выросло на 60%. «Работать в ОМС медучреждениям выгодно даже при существующем уровне тарифа, когда есть объем пациентов. А поскольку тарифы с каждым годом растут, учреждениям участие в ОМС становится экономически все интереснее», – заявил «Ъ» директор Московского городского фонда ОМС Владимир Зеленский.

Окупить частные вложения за счет тарифов ОМС практически невозможно, единогласно считают частные медучреждения, даже при существующем с 2013 года одноканальном финансировании. Однако работа в системе ОМС гарантирует определенный объем поступающих пациентов и загрузку мощностей. «К сожалению, даже несмотря на качество и профессионализм оказания услуг, частные центры далеко не всегда способны привлечь необходимое количество посетителей, чтобы полностью заполнить расписание своих специалистов», – говорит медицинский директор холдинга «Атлас» Андрей Перфильев.

Впрочем, многие компании, видя перспективность работы в ОМС в будущем, пока рассматривают участие в программе ОМС как тренировку и отлаживание механизмов работы в системе. «Экономического смысла пока никакого, поэтому объем заказов мы берем небольшой. Тарифы в программах, в которых мы участвуем, еле покрывают прямые расходы», – говорит гендиректор независимой лаборатории «Инвитро» Сергей Амбросов.

Источник: [Коммерсантъ](#), № 214, 26.11.14

Автор: Д. Николаева