

Тема дискуссии:

**«Обязательное медицинское
страхование без частных
посредников»**



**Кузнецов Д.Ю.
Всероссийский союз страховщиков**

Москва, 30 октября 2017 г.



Терминология

ПОСРЕДНИК, организация, фирма, лицо, содействующие установлению контактов и заключению сделок, контрактов между производителями и потребителями, продавцами и покупателями услуг. В качестве посредников выступают агенты, брокеры, дилеры, маклеры, комиссионеры, коммивояжеры.

ПОСРЕДНИЧЕСТВО ФИНАНСОВОЕ, деятельность, при которой финансовые посредники получают капиталы у кредиторов и преобразуют их для удовлетворения потребностей заемщиков. Они приобретают капиталы, принимая депозиты и выпуская векселя, облигации и др. ценные бумаги, и используют эти капиталы, предоставляя авансовые ссуды и займы, покупая ценные бумаги. Принимая обязательства на свой счет, финансовые посредники идут на риск, имея своей конечной целью получение прибыли.

СТРАХОВЫЕ ПОСРЕДНИКИ - это юридическое или физическое лицо, осуществляющее посредническую деятельность по заключению и исполнению договоров страхования и перестрахования.

Страховые посредники не являются участниками договора страхования. Их основная задача - способствовать заключению договора страхования между страховщиком и страхователем.

К страховым посредникам относятся страховые агенты и страховые брокеры.

В Российской Федерации требования, предъявляемые к страховым агентам и брокерам, определены в Законе об организации страхового дела.



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Страховые компании потребляют более 10% всех средств ОМС, предназначенных для оплаты мед.услуг

Страховые организации получают больше половины своих доходов за счет начисления штрафов

Врачи подвергаются несправедливым штрафам со стороны страховщиков

По данным ФФОМС в 2016 г. доля средств, направленных на формирование СМО собственных средств, составила **1,05%** от суммы средств, направленных на оплату медицинской помощи

По данным ФФОМС в 2016 г. доля собственных средств СМО, сформированная по результатам штрафов составила **2,15%** от общей суммы собственных средств, поступивших в СМО

Страховые медицинские организации имеют право накладывать финансовые санкции **только на медицинские организации**, с которыми находятся в договорных отношениях, а **не на врачей**, которые по российскому законодательству не являются ни субъектами права, ни участниками обязательного медицинского страхования.



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Экспертизой в СМО
занимаются врачи
низкой квалификации

СМО не оказывают
реальной значимой
поддержки гражданам

Граждане не видят
смысла в обращениях в
СМО

Кадровый состав экспертов качества в системе ОМС: **2 530** – доктора мед.наук, **796** – кандидаты мед.наук, **7 092** – имеют **высшую** категорию, **877** – имеют **I** категорию, **495** – **II** категорию; **1 546** врачей прошли необходимое обучение

В 2016 г. СМО и ТФОМС по жалобам застрахованных проведено **более 93 тыс.** медико-экономических и экспертиз качества мед.помощи. **Более 27 тыс.** обоснованных жалоб разрешены в досудебном порядке (практически 3 тыс. из них – с материальным возмещением с общей суммой **20,6 млн. руб.** В судебном порядке рассмотрено 405, к концу 2016 г. удовлетворено 257 с общей суммой возмещения **84,4 млн. руб.**)

На телефоны горячих линий СМО в I полугодии 2017 г. зафиксировано **1 118 250** обращений (рост на **30,3%** с аналогичным периодом)

Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Максимум, что можно узнать в СМО – «где получить новый полис?»

Права граждан могли бы с большим успехом защищать «официальные органы»

В структуре обращений в СМО за 2013-2016 г обращения по поводу обеспечения полисами ОМС сократились в **1,2** раза, обращения за консультациями – возросло в **2,2** раза, количество жалоб на получение мед.помощи возросло в **3,75** раз

В структуре обоснованных жалоб:

- Организация работы МО (20,7% - рост в 1,5 раза)
- Качество мед.помощи (20,6% - рост на 26,6%)
- Взимание денежных средств за мед.услуги (14,4% - рост на 14,9%)
- Вопросы выбора врача и МО (11,8% - уменьшение в 2,6 раза)

По данным опроса ВЦИОМ (2016 г.), процент опрошенных, считающих, что именно СМО должна защищать права пациентов составил **50 %**, и только 10 % считают, что это обязанность органов управления здравоохранением региона, и 16 % - что это обязанность Минздрава России. Введение института страховых представителей было поддержано 82 % респондентов (41% - полностью поддерживают, 41 % - скорее поддерживают)

Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Вся экспертная деятельность СМО сводится к дефектам оформления историй болезни и штрафам за «плохой почерк» врачей

К дефектам оформления первичной медицинской документации в медицинской организации относятся:

- отсутствие документального подтверждения объема, сроков и условий оказанной медицинской помощи;
- непредставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи;
- наличие признаков искажения сведений (дописки, исправления, "вклейки");
- дефекты оформления, препятствующие проведению экспертизы качества медицинской помощи (например, невозможность оценить динамику состояния здоровья застрахованного лица, объем, характер и условия предоставления помощи).

Так в 2015 г. из общего количества дефектов оформления в **11%** не была предъявлена первичная медицинская документация, подтверждающая оказание медицинской помощи, предъявленной к оплате (**448 тыс. случаев**), в **64,1%** случаях записи в первичной мед. документации не соответствовали данным реестров счетов, предъявленных к оплате (**2 582,4 тыс. случаев**).

То есть, **львиная доля таких дефектов означает, что к оплате за счет государственных целевых средств предъявлялась фактически неоказанная медицинская помощь. Не здесь ли источник «потерей системы»!**



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Система ОМС не удовлетворяет ни врачей, ни пациентов и за все годы существования не привела к улучшению качества оказания медицинской помощи населению

Из ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ следует, что обеспечение качества медицинской помощи относится к вопросам организации здравоохранения, подготовки кадров, организации и обеспечения лечебно-диагностического процесса, а не к системе ОМС как виду обязательного страхования.

Согласно приказа МЗСР от 23.06.2010 № 541н организация работы коллектива медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг населению является должностной обязанностью главного врача медицинской организации.

Одна из задач руководителя МО – устранение выявляемых в результате экспертизы и контроля недостатков процесса оказания мед.помощи, а не «борьба с контролером».



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

С введением в ОМС страховых представителей частные страховые компании:

- нашли себе дополнительный источник доходов;
- увеличили отток из практической медицины врачей;
- ничем не улучшили жизнь простым гражданам.

Все мероприятия по внедрению института страховых представителей (включая обучение сотрудников, создание и оборудование рабочих мест, программного обеспечения) проводятся **исключительно за счет собственных средств СМО**

Высшее медицинское образование необходимо только страховым представителям III уровня

На фоне внедрения института страховых представителей:

- 90% вопросов застрахованных решаются при первичном обращении;
- время ожидания ответа сотрудника колл-центра не превышает 25 сек;
- в течение 24 часов решаются вопросы по организации и получению медицинской помощи, обратившимся застрахованным.

Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Вся деятельность СМО в системе (и в частности - экспертная) абсолютно экономически неэффективна – часть I

Проблему оценки эффективности деятельности органов финансового контроля рассматривали разные исследователи, например, С.О. Шохин, Н.Д. Погосян, А.З. Дадашев, С.А. Магомедов, В.А. Жуков и С.П. Опенышев.

Но в любом случае, комплексная эффективность контроля — это эффективность трех составляющих: социальной, организационной и экономической эффективностей.

При этом экономическую эффективность деятельности органов государственного финансового контроля в расчете на год целесообразно определять по следующей формуле:

$$\text{Ээф} = \text{Э} / \text{Оз}$$

где:

Ээф - экономическая эффективность;

Э - денежное выражение величины экономического эффекта;

Оз - объем затрат на содержание органа государственного финансового контроля.



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Вся деятельность СМО в системе (и в частности - экспертная) абсолютно экономически неэффективна – часть II

В 2016 г. **Счетной Палатой РФ** обеспечен возврат средств в бюджеты всех уровней бюджетной системы Российской Федерации и бюджет Союзного государства в размере **8 816,8 млн. рублей**.

Бюджетные ассигнования на обеспечение деятельности Счетной Палаты РФ на 2016 год составили **3 568,1 млн. рублей***.

Расчет экономической эффективности Счетной палаты РФ в 2016 г. составляет 2 руб. 47 коп. на рубль затрат.

Объем сформированных собственных средств **СМО** (после уплаты примененных к ним финансовых санкций) в 2016 году --- **17 934,8 млн. руб.**, Объем средств, «возвращенных СМО в систему ОМС» (средства из необоснованно предъявленных МО к оплате, выявленные СМО по результатам МЭК, МЭЭ, ЭКМП) – **40 068,7 млн. руб.****

Расчеты экономической эффективности СМО в 2016 г. составляет 2 руб. 23 коп. на рубль затрат.

Таким образом, можно сделать вывод, что эффективность работы Счетной Палаты РФ и СМО с точки зрения «использования бюджетных средств» сопоставима.

Источник: * - данные, размещенные на официальном сайте Счетной Палаты РФ www.ach.gov.ru;

** - данные ФФОМС



Публичные мифы о системе ОМС и работе СМО

Лучший выбор для России – отказ от системы ОМС и возврат к бюджетной модели финансирования медицинских организаций

Возвращение к бюджетной модели финансирования медицинских организаций (принципиально сомнительное с учетом изменения экономических условий) **фактически означает их кредитование под невнятные обязательства и вывод медицинских организаций из-под системы постоянного независимого контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.**

Исключение СМО из системы и передача их полномочий каким-либо из «государственных органов» потребует, увеличения финансирования данных структур, как минимум, на величину «расходов на СМО», устранил независимый контроль за процессом оказания мед.услуг, устранил из системы механизм сдерживания нерационального роста расходов, устранил полностью элемент конкуренции в системе с одновременным ростом коррупционной составляющей, тем самым снизив в итоге **удовлетворенность граждан уровнем оказываемой им помощи и их доверие к государству.**



Заключение

«Все дороги должны вести к всеобщему медицинскому страхованию»

Тедрос Адханом Гебрейесус,
генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ)
(UN News Center, 24.05.2017)

«Помимо финансовой защиты заболевших людей полученные нами результаты подтверждают точку зрения ВОЗ относительно того, что механизмы финансирования здравоохранения на основе предоплаты, такие как медицинское страхование, являются ключом к обеспечению всеобщего доступа к медицинским услугам»

Dr. Ernst Spaan
(Пресс-релиз ВОЗ к Бюллетеню ВОЗ №90, сентябрь 2012 г.),



Спасибо за внимание!