Приложение № 6.3.

**Оценка деятельность страховых медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования**

При проведении анализа роли и места страховых медицинских организаций в системе ОМС в первую очередь рассматривались следующие аспекты:

1) Выполнение традиционных функций, предусмотренных для страховых медицинских организаций в системе страхования (безотносительно к специфике объекта страхования).

2) Выполнение функций, предусмотренных для страховых медицинских организаций в соответствии с законодательством об обязательном медицинском страховании.

В соответствии со статьей 1 Закона Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-I «Об организации страхового дела в Российской Федерации» (далее – Закон о страховом деле) *действие указанного закона распространяется на страховые организации, осуществляющие обязательное медицинское страхование*, с учетом особенностей, установленных Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

В соответствии с пунктом 2 статьи 6 Закона о страховом деле страховщики осуществляют оценку страхового риска, получают страховые премии (страховые взносы), формируют страховые резервы, инвестируют активы, определяют размер убытков или ущерба, производят страховые выплаты, осуществляют иные связанные с исполнением обязательств по договору страхования действия.

Выделяют следующие основные экономические функции страховых организаций (в ряде случаев рассматривается более широкий набор функций):

1) сберегательная функция. Она реализуется путем формирования специализированного страхового фонда;

2) рисковая функция;

3) функция возмещение ущерба (материальный ущерб полностью или частично возмещается страховыми организациями);

4) предупредительная функция (связана с предупреждением страховых случаев или с минимизацией ущерба и предполагает проведение превентивных мероприятий);

5) контрольная функции (достаточно диверсифицирована по видам и тесно связана с объектом страхования).

*Сберегательная функция* страховыми медицинскими организациями в системе ОМС не реализуется, поскольку резервы, необходимые для возмещения расходов, связанных с возникновением страховых случаев, аккумулируются в фондах обязательного медицинского страхования. СМО выступают «операторами» этих расчетов, являясь по своей сути финансовыми посредниками.

*Рисковая функция* является основной функцией страхования. Она заключается в передаче страховой организации материальной ответственности (на определенных финансовых условиях) за последствия [риска](https://discovered.com.ua/risk/straxovoj-risk/), обусловленного событиями, перечень которых предусмотрен законом или договором. Рисковая функция отражает основное назначение страхования – защиту от рисков. СМО в системе ОМС не выполняет рисковую функцию, что более детально будет рассмотрено ниже. Следует отметить, что ограничения в выполнении этой функции вытекают уже из ряда положений Закона о страховом деле. Пункт 2 статьи 6 определяет: «Страховые организации, *за исключением осуществляющих обязательное медицинское страхование*, утверждают положение об оценке страховых рисков и управлении ими, которое содержит цели оценки страховых рисков, формы и методы такой оценки, способы управления рисками, классификацию объектов и рисков, подлежащих страхованию (перестрахованию), положения об осмотре застрахованных и (или) подлежащих страхованию (перестрахованию) объектов, положения о диверсификации страховых рисков, иные положения, не противоречащие законодательству Российской Федерации и направленные на принятие страховщиком решения о возможности заключения договора страхования (перестрахования), его условиях и передачи рисков в перестрахование».

*Функция возмещения ущерба*является основной, которую реализуют СМО в системе ОМС. Особенности реализации данной функции будут рассмотрены ниже.

*Предупредительная функция*СМО в системе ОМС фактически не реализуется, хотя система предупредительных мероприятий в системе ОМС существует.

*Контрольные функции*наряду с возмещением ущерба являются одной из ключевых функций в системе ОМС.

Таким образом, страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, реализуют только небольшую часть функций, традиционно характерных для страховых организаций.

В соответствии со статьей 9 Федерального закона № 326-ФЗ страховые медицинские организации относятся не к субъектам, а к участникам обязательного медицинского страхования.

Между тем, в соответствии с пунктом 2 статьи 4.1 Закона о страховом деле страховые организации являются субъектами страхового дела.

В соответствии с частью 1 статьи 12 Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд в рамках реализации базовой программы обязательного медицинского страхования.

Страховые же медицинские организации (наряду с территориальными фондами ОМС) выполняют «отдельные полномочия страховщика» в соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ и договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

В этом отношении положения Федерального закона № 326-ФЗ резко расходятся с положениями Закона о страховом деле, статья 6, которого определяет, что страховщиками являются страховые организации и общества взаимного страхования.

Любая система страхования основывается на рисках, которые несет страховщик, в качестве которого обычно выступают страховые компании. Российская система обязательного медицинского страхования в этом плане является исключением. Как уже отмечалось выше, в соответствии со статьей 12 Федерального закона № 326-ФЗ страховщиком по обязательному медицинскому страхованию является Федеральный фонд обязательного медицинского страхования, а не страховые медицинские организации.

Кажущееся отсутствие логики, на самом деле, не что иное, как попытки снять весьма серьезные противоречия, существовавшие в законодательном «окружении» системы ОМС, являющейся частью обязательного социального страхования. В соответствии с действовавшей на момент принятия Федерального закона № 326-ФЗ статьей 6 Федерального закона от 16.07.1999 № 165-ФЗ «Об основах обязательного социального страхования» (далее также – Федеральный закон № 165-ФЗ), являющегося базовым законом для всех видов обязательного социального страхования, страховщики – это некоммерческие организации.

Таким образом, СМО в системе ОМС (являющиеся коммерческими организациями) не имели бы права выступать страховщиками, поскольку это противоречило бы Федеральному закону **«**Об основах обязательного социального страхования». Поскольку согласно положениям  Федерального закона № 165-ФЗ страховщики должны быть некоммерческими организациями, то и в Федеральном законе № 326-ФЗ было вполне логично прописано это положение. Но если бы в качестве страховщиков были указаны СМО, то организационно-правовой статус большинства СМО (имеющих статус коммерческих организаций) не соответствовал бы нормативно установленному требованию к организационно-правовой форме страховщика-участника рынка ОМС.

В результате система законодательства об ОМС имеет компромиссную конструкцию, в которой номинальный страховщик (ФОМС) не выполняет общепринятые в соответствии с законодательными положениями о страховом деле функции страховщика, а выполняющие их фактически СМО, не могут в силу несоответствия своего организационно-правового статуса требуемому являться страховщиками. Функции страховщика в системе ОМС «распылены» между ФОМС, ТФОМС и СМО.

Необходимо отметить, что статьей 6 Федерального закона № 165-ФЗ в настоящее время (с учетом изменений, внесенных в 2013 году) установлено, что страховщики – это коммерческие или некоммерческие организации, создаваемые в соответствии с федеральными законами о конкретных видах обязательного социального страхования для обеспечения прав застрахованных лиц по обязательному социальному страхованию при наступлении страховых случаев. Такая формулировка позволяет привести Федеральный закон № 326-ФЗ в соответствие как с Федеральным законом № 165-ФЗ, так и Законом о страховом деле, возложив функции страховщика на страховые медицинские организации, что соответствует логике как страхового дела в целом, так и обязательного медицинского страхования, как вида социального страхования.

В соответствии со статьей 14 Федерального закона № 326-ФЗ страховая медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере обязательного медицинского страхования – это страховая организация, имеющая лицензию, выданную в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

При этом функции СМО «привязаны» к соответствующим договорам, которые они заключают. В соответствии с указанной статьей Федерального закона № 326-ФЗ страховые медицинские организации осуществляют свою деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на основании двух видов договоров:

* договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования, заключенным между территориальным фондом и страховой медицинской организацией;
* договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, заключенного между страховой медицинской организацией и медицинской организацией.

**Наличие рисков** – один из ключевых признаков любой системы страхования. Анализ степени ответственности и финансовых рисков различных участников системы ОМС показывает следующее.

*Финансовые риски Федерального фонда ОМС*

ФОМС в качестве страховщика не несет никаких рисков в системе ОМС – он лишь аккумулирует средства ОМС и распределяет их между субъектами Российской Федерации (через субвенции, выделяемые ТФОМС и иные межбюджетные трансферты). Объем средств, выделяемых на содержание самого ФОМС никак не связан с общим размером доходов системы ОМС. Поэтому у ФОМС, как распределительной структуры, по определению не может возникнуть финансовых рисков – распределяются лишь имеющиеся ресурсы. При любых обстоятельствах ФОМС не отвечает по своим обязательствам в части выделения субвенций, средствами, предназначенными (утвержденными Федеральным законом о бюджете ФОМС на очередной финансовый год) на собственное содержание. Кроме того, ФОМС в качестве официального страховщика не несет ответственности по своим обязательствам перед страхователями.

*Финансовые риски территориальных фондов ОМС*

В соответствии с действующим законодательством отдельные полномочия страховщика осуществляют ТФОМС. Но они также не несут никаких рисков. ТФОМС доводят средства ОМС, полученные в виде субвенций от ФОМС, до страховых компаний. Так же, как и ФФОМС, они не несут ответственности за недостаток средств на оплату медицинской помощи средствами, выделяемыми на их содержание.

*Финансовые риски страховых медицинских организаций*

СМО также осуществляют отдельные полномочия страховщика. Формально законодательством предусмотрена ответственность СМО в системе ОМС. В соответствии с частью 8 статьи 14 Федерального закона № 326-ФЗ СМО отвечают по обязательствам в соответствии с законодательством и условиями договоров. Но ни договорами, ни Федеральным законом № 326-ФЗ не предусмотрена обязанность погашать за счет собственных средств СМО недостаток средств в системе ОМС. СМО обязуется оплачивать медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам лишь в пределах выделенных объемов финансирования.

Договор о финансовом обеспечении ОМС предполагает возможность обращения СМО в ТФОМС при недостатке целых средств. Но это лишь их право, а не обязанность. ТФОМС вправе принимать решение о предоставлении или об отказе в предоставлении СМО недостающих для оплаты медицинской помощи средств из нормированного страхового запаса ТФОМС.

*Государственные гарантии прав застрахованных в системе ОМС.*

Один из законодательно закрепленных принципов осуществления ОМС гласит: «государственная гарантия соблюдения прав застрахованных лиц на исполнение обязательств по обязательному медицинскому страхованию в рамках [базовой программы](#Par644) обязательного медицинского страхования независимо от финансового положения страховщика» (пункт 4 статьи 4 Федерального закона № 326-ФЗ). На практике участником системы ОМС, который несет основные риски невыполнения указанного принципа, являются медицинские организации.

Так, медицинские организации несут риски недостаточного уровня финансового обеспечения оказания медицинской помощи. Указанные риски выражаются в возможном общем низком уровне тарифов или подушевых нормативов в системе ОМС в связи с недостаточностью уровня доходов в системе ОМС. Наряду с внешними причинами, характеризующими состояние социально-экономической ситуации, причины возникновения указанных рисков могут быть связаны с принятой в настоящее время системой оплаты стационарной медицинской помощи в системе ОМС на основе КСГ. Такая системой оплаты стационарной медицинской помощи основана на учете данных о фактическом наличия финансовых средств. В основе тарифов лежит сумма средств, выделенная на оплату медицинской помощи в системе ОМС, разделенная на плановое количество пролеченных пациентов.

Другой риск системы ОМС связан с тем, чтоформирование доходной части бюджета ФОМС на достаточном уровне, не гарантирует отсутствия финансовых проблем в системе ОМС. Так, из бюджета ФОМС в федеральный бюджет в 2016 году предполагалось передать дотации на сбалансированность федерального бюджета в размере 91,2 млрд. рублей с формулировкой: «после выполнения Фондом текущих обязательств» (поправками в закон об бюджете ФОМС на 2016 эти межбюджетные трансферты были отменены).

Региональные риски, которым подвергаются медицинские организации, обусловлены несвоевременной уплатой субъектами Российской Федерации взносов на ОМС неработающего населения результатом чего ФОМС может перечислять субвенции этим регионам не в установленные сроки. Так, невыплаченный остаток субвенции в 2016 году составлял: Республике Ингушетия - 1 850,1 млн. рублей, Республике Хакасия 543,6 млн. рублей.

К числу рисков невыполнения «совокупным» страховщиком своих обязанностей относятся, в частности, риски того, что стороны системы ОМС, на которые возложены функции страховщика, не будут добросовестно выполнять свои обязанности, например, взыскивать задолженность по страховым взносам. Как отмечает Счетная палата, в 2017 году при отсутствии оплаты задолженности по страховым взносам на неработающее население, образованной в 1990-2011 годы территориальные фонды ОМС республик Ингушетия, Калмыкия, Северная Осетия-Алания, Тыва, Кабардино-Балкарской Республикой, Приморского края и г. Санкт-Петербурга не обращались в арбитражные суды с целью ее взыскания.

Риски недостаточности финансовых средств в связи с различным уровнем заболеваемости населения являются следствием отсутствия учета картины заболеваемости в расчете и распределении субвенций по субъектам Российской Федерации, осуществляемом ФОМС в соответствии с Методикой, утвержденной постановлением правительства Российской Федерации № 462, исходя из численности застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации, среднего подушевого норматива финансирования базовой программы ОМС и коэффициентов дифференциации для субъектов Российской Федерации. При этом объективный учет особенностей субъекта федерации, в том числе, особенностей в уровнях заболеваемости в регионах, Методикой не учитываются.

Имеются также риски ошибок в тарифной политике в системе ОМС риски роста затрат на статьи расходов, не связанных с оказанием медицинской помощи (более высокие эксплуатационные расходы, связанные с особенностями системы коммунального обеспечения имущества медицинских организаций, например). При сметном финансировании государственных (муниципальных) учреждений за счет средств бюджета региона (муниципалитета) таких рисков практически не было – смета отражала реальные затраты на содержание учреждений. В усредненных же тарифах (даже при использовании поправочных коэффициентов) создать равно выгодные тарифы в системе ОМС для всех медицинских организаций невозможно.

Риски недовыполнения доведенных объемов медицинской помощисвязаны с изменением потоков пациентов, снижением заболеваемости по определенным заболеваниям, закрытиями на ремонт, обусловленными иными причинами нарушениями нормального режима оказания плановой медицинской помощи. В результате этого медицинская организация недополучает необходимые для нормального функционирования средства. При этом учредители бюджетных и автономных учреждений не отвечают по обязательствам созданных ими учреждений.

Риски превышения доведенных до медицинских организаций объемов медицинской помощи связаны с возможным ростом заболеваемости, увеличением спроса на медицинские услуги именно данных медицинских организаций (система ОМС декларирует свободу выбора медицинских организаций) и т.д. Эти сверхплановые объемы в системе ОМС, как правило, не оплачиваются.

Риски непринятия к оплате счетов за оказанную медицинскую помощьсвязаны с ошибками оформления счетов, с предъявлением пациентами недействительных полисов ОМС, с возможными дефектами оформления оказания медицинской помощи. В итоге затраты на оказанную медицинскую помощь не возмещаются полностью или частично.

Риски оказания медицинской помощи незастрахованным гражданам возникаю при обращении в медицинские организации за экстренной медицинской помощью лиц, не застрахованных по ОМС (иностранцы и т.д.), а также не идентифицированных лиц (в бессознательном состоянии, потерявших память, умерших и т.д. и не имеющих при себе документов). За счет средств ОМС затраты на оказание медицинской помощи вышеуказанным контингентам не возмещаются. В соответствии с действующим законодательством эти затраты должны возмещаться за счет средств соответствующих бюджетов в порядке, предусмотренном программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Но в программе госгарантий этот порядок до сих пор не прописан. Поэтому во многих регионах эти затраты медицинским организациям вообще не возмещаются.

Общие риски, связанные с неэффективным управлением деятельности организации, которые в сфере здравоохранения имеет свои особенности, обусловленные необходимостью учета сложно прогнозируемых внеэкономических факторов в экономической деятельности.

Серьезную роль в нивелировании финансовых рисков в системе ОМС призван играть нормированный страховой запас, который формируется в составе расходов бюджета Федерального и территориальных фонд. Теоретически, он, как и любой резервный фонд предназначен для непредвиденных случаев. Фактически же, средства нормированного страхового запаса лишь частично могут быть использованы на цели покрытия страховых рисков. Так, средства нормированного страхового запаса ТФОМС в соответствии со ст. 26 ФЗ № 326-ФЗ используются на следующие цели:

* для расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС;
* для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования;
* для софинансирования расходов медицинских организаций на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала.

Таким образом, нормативный порядок регулирования использования средств НСЗ предполагает возможность его фактического использования на нестраховые расходы.

Одной из основных функций, которые выполняют СМО в системе ОМС является **осуществление контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в медицинских организациях,** включенных в реестр медицинских организаций, в том числе путем проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и предоставление отчета о результатах такого контроля в порядке, установленном статьями 38‑42 Федерального закона № 326-ФЗ.

В Письме ФОМС от 29.06.2016 № 5820/30-3/и «О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации за 2015 год» приводятся объемы и структура санкций, примененных к медицинским организациям. По результатам нарушений, выявленных при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 2015 году сумма, не подлежавшая к оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения (с учетом штрафных санкций), составила 72,1 млрд. рублей, из них по результатам медико-экономического контроля - 82,0% от общей суммы, по результатам медико-экономической экспертизы - 7,6 млрд. рублей или 10,5%, по результатам экспертизы качества медицинской помощи - 5,4 млрд. рублей или 7,5%.

Из данных письма видно, что основная часть санкций, применяемых в отношении медицинских организациям, касается проведения медико-экономического контроля, то есть, по сути, оценки правильности оформления счетов (реестров счетов). Это направление контрольных мероприятий никак не влияет на качество оказания медицинской помощи застрахованным и фактически, связано с обслуживанием системы ОМС в части движения финансовых потоков. Другими словами, это направление контроля актуально лишь в системе ОМС. Соответственно, затраты на это направление контроля являются не окупаемой надбавкой к затратам на оказание медицинской помощи, которые могут быть оправданы при условии более высокой эффективности системы ОМС по сравнению с бюджетной системой организации здравоохранения.

При этом наиболее важное направление контроля, касающееся выявления фактов нарушения качества оказания медицинской помощи (прямо связанное с обеспечением здоровья застрахованных) по итогам экспертизы качества медицинской помощи занимает наименьший удельный вес в сумме штрафов – всего 7,5 %.

С учетом изменений, внесенных в нормативное регулирование рассматриваемых правоотношений Федеральным законом от 30.12.2015 № 432-ФЗ «О внесении изменений в статью 25 закона Российской Федерации «Об организации страхового дела в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» собственными средствами страховой медицинской организации в сфере ОМС являются:

1) средства, предназначенные на расходы на ведение дела по ОМС;

2) 15 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения экспертизы качества медицинской помощи; (было 30%)

3) 15 процентов сумм, необоснованно предъявленных к оплате медицинскими организациями, выявленных в результате проведения медико-экономической эксперт.; (было 30%)

4) 25 процентов сумм, поступивших в результате уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества; (было 50%)

5) 10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной СМО и дифференцированных подушевых нормативов; (было 10%) – с 2020 года пункт утратил силу.

6) средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, в соответствии со статьей 31 Федерального закона № 326-ФЗ, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи. Речь в данной статье идет о возмещении расходов на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью. Расходы, осуществленные в соответствии с настоящим Федеральным законом страховой медицинской организацией, на оплату оказанной медицинской помощи застрахованному лицу вследствие причинения вреда его здоровью (за исключением расходов на оплату медицинской помощи (первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи) застрахованному лицу непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве подлежат возмещению лицом, причинившим вред здоровью застрахованного лица.

Сумма **санкций, примененных страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям** по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в целом по РФ представлены в таблице № 6.3.1. В 2019 г. они составили 2,8% от суммы средств ОМС, направленных медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь.

Таблица № 6.3.1. Сумма санкций, примененных страховыми медицинскими организациями к медицинским организациям по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, млн. рублей.[[1]](#footnote-1)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | 2019 |
| Сумма санкций млн. рублей | 41111,9 | 41167,1 | 55790,5 |
| % от суммы средств, направленных медицинским организа-циям за оказан-ную медицинскую помощь | 2,6% | 2,3% | 2,8% |

Структура сумм, не подлежащих оплате (сумма уменьшения оплаты, возмещения) медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения, претерпела изменения, как показано в таблице № 6.3.2.

Таблица № 6.3.2. - Структура средств, не подлежащих оплате медицинским организациям в результате предъявления санкций за выявленные нарушения

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций, % | | |
| 2017 г | 2018 г. | 2019 г. |
| Всего,  в т.ч., в результате: | 100,00 | 100,00 | 100,00 |
| проведения медико-экономического контроля | 69,62 | 68,32 | 73,45 |
| проведения медико-экономической экспертизы | 16,02 | 15,61 | 14,13 |
| проведения экспертизы качества медицинской помощи | 14,36 | 16,07 | 12,42 |

По данным таблицы № 6.3.2. видно, что основную часть (около 75%) средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, составляют средства от санкций по итогам медико-экономического контроля, причем в 2019 г. доля этих средств увеличилась на 5%.

Структура средств, направленных непосредственно в доход страховых медицинских организаций из средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций, приведена в таблице № 6.3.3.[[2]](#footnote-2) отметить, что

Таблица № 6.3.3. Распределение средств, поступивших в СМО из медицинских организаций в результате применения к ним санкций, %

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Направлено в доход страховой медицинской организации из средств, поступивших из медицинских организаций в результате применения к ним санкций | |
| 2018 г. | 2019 г. |
| Всего, в т.ч., в результате: | 100,00 | 100,00 |
| - проведения медико-экономического контроля | **-** | - |
| - проведения экспертизы качества медицинской помощи | 41,58 | 47,54 |
| - проведения медико-экономической экспертизы | 41,69 | 38,52 |
| - уплаты МО штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание мед. помощи ненадлежащего качества | 16,73 | 13,94 |

Доля общей суммы средств, поступивших в доход страховых медицинских организаций из средств, направленных из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в 2019 году составила 3,64%. Относительно низкая доля поступивших средств обусловлена тем, что от сумм неоплаты по итогам проведения медико-экономического контроля не отчисляются суммы для увеличения собственных средств страховых медицинских организаций.

На первый взгляд, это снижает заинтересованность СМО в тщательном проведении медико-экономического контроля. Однако в рамках действовавшего в рассматриваемом периоде законодательства в состав собственных средств СМО переходило 10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной СМО и дифференцированных подушевых нормативов. Таким образом, СМО в наибольшей степени были заинтересованы именно в тщательном проведении медико-экономического контроля. Причины этого заключаются в следующем:

* сумма годового объема средств (и соответственно сумма экономии) намного превосходит суммы, удержанные в рамках контрольных мероприятий;
* проведение медико-экономического контроля – наименее затратный вариант, поскольку в наибольшей степени автоматизирован и не требует выхода в медицинские организации, изучения первичной медицинской документации и т.д.

Отчисления в пользу СМО 10 процентов средств, образовавшихся в результате экономии рассчитанного для СМО годового объема средств, определяемого исходя из количества застрахованных лиц в данной СМО и дифференцированных подушевых нормативов, были отменены Федеральным законом от 28 января 2020 года № 3-ФЗ «О признании утратившим силу пункта 5 части 4 статьи 28 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Такое решение очевидно сказалось на снижении заинтересованность СМО в тщательном проведении медико-экономического контроля.

Рассматривая практику наложения страховыми медицинскими организации штрафов на медицинские организации, следует принять во внимание, что ее интенсивность и финансовые результаты зависят не только от установленных правил взимания штрафов и передачи СМО части доходов от штрафов, но и могут регулироваться государственными органами для решения определенных задач. Подтверждением этому является динамика штрафов, наложенных страховыми медицинскими организациями на медицинские организации за неоказание медицинской помощи, несвоевременное оказание медицинской помощи либо нарушения при оказании медицинской помощи, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС в 2015-2019 гг., как показано в таблице № 6.3.4. Так, в 2016 году сумма штрафов выросла по сравнению с 2015 годом в 2,8 раза. А в последующие годы (2017 – 2019) сумма штрафных санкций оставалась на достигнутом в 2016 году уровне с незначительными отклонениями.

Таблица № 6.3.4. Сумма штрафов, наложенных страховыми медицинскими организациями на медицинские организации и выплаченных за неоказание медицинской помощи, несвоевременное оказание медицинской помощи либо оказание медицинской помощи выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС, в целом по РФ, млн. рублей.[[3]](#footnote-3)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
| Сумма штрафов, млн. руб. | 462,5 | 1279,1 | 1186,9 | 1379,4 | 1288,5 |

Анализ действовавшей на момент резкого увеличения суммы санкций в 2016 году нормативной базы показывает следующее.

В соответствии с Федеральным законом № 326-ФЗ (часть 7 статьи 35) в структуру тарифа на оплату медицинской помощи за счет средств ОМС включены расходы на приобретение основных средств (оборудование, производственный и хозяйственный инвентарь) стоимостью до 100 000 рублей за единицу. Федеральным законом от 30.12.2015 № 432-ФЗ в Федеральный закон № 326-ФЗ (часть 6 статьи 26) была внесена норма о включении в состав нормированного страхового запаса бюджета территориального фонда ОМС расходов для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования. При этом, нормированный страховой запас территориального фонда ОМС в части средств, направляемых на указанные цели, формируется за счет средств от применения санкций к медицинским организациям (территориальных фондов ОМС и СМО) за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Таким образом, резкое увеличение в 2016 году (в 2,8 раза) суммы штрафных санкций связано с вступлением в силу новой нормы Федерального закона № 326-‑ФЗ в целях формирования источника для финансового обеспечения мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации, а также по приобретению и проведению ремонта медицинского оборудования (в том числе, приобретения оборудования без ограничения стоимости за единицу такого оборудования).

**Анализ результативности практики применения СМО санкций** по отношению к медицинским организациям за нарушения, выявляемые при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС показа следующее (Таблица № 6.3.5.).

При увеличении суммы средств ОМС, направленных медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь, на 29,4% в 2019 г. по сравнению с 2017 г., сумма санкций (неполная оплата оказанной медицинской помощи, штрафы) СМО к МО увеличилась на 35,7%. В структуре финансовых результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по ОМС увеличилась доля сумм неоплаты медицинской помощи по результатам медико-экономического контроля (МЭК) с 69,4 до 73,4%. При незначительном увеличении суммы санкций по результатам медико-экономической экспертизы (МЭЭ) - на 5,2% в 2019 году по отношению к 2017 году, сумма санкций СМО к МО по результатам экспертизы качества медицинской помощи (ЭКМП) за указанный период увеличилась на 33,6%. При этом количество страховых случаев, подвергшихся ЭКМП, снизилось на 19,1%, количество выявленных нарушений по результатам ЭКМП уменьшилось на 23,8%, а сумма санкций на 1 выявленное нарушение по результатам этого вида контроля увеличилась на 75%. Другими словами, санкции за качество медицинской помощи стали применять реже, но их «денежный размер» существенно вырос.

Обобщающим показателем качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями, участвующими в ОМС, может служить показатель удовлетворенности застрахованных лиц качеством медицинской помощи. Этот показатель регулярно оценивается ТФОМС и СМО посредством проведения опросов застрахованных лиц. Значение этого показателя приводятся в формах № ПГ за 2017-2018 гг. и № ЗПЗ за 2019 год. Согласно представленным в них данным, доля застрахованных лиц, удовлетворенных качеством оказанной им медицинской помощи по ОМС составила в целом по РФ в 2017 г. 93%, в 2018 году – 93%, в 2019 году – 77%. Указанная разница в данных вызвана изменением методики получения данного показателя при введении с 2019 г. формы отчетности № ЗПЗ вместо формы отчетности № ПГ. Указанное обстоятельство не позволяет произвести корректное сравнение динамики этого показателя с динамикой объема налагаемых санкций.

Таблица № 6.3.5. Показатели динамики санкций СМО к медицинским организациям в 2017-2019 гг.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Период времени | | | | | |
| Показатели | 2017 г. | 2018 г. | 2018 г. к 2017 г., % | 2019 г. | 2019 г. к 2018 г., % | 2019 г. к 2017 г., % |
| Сумма средств, направленная медицин-ским организациям за оказанную медицинскую помощь (млн.руб.) | 1534939,5 | 1797299,3 | 117,1 | 1985859,8 | 110,5 | 129,4 |
| Сумма санкций СМО к МО, млн. руб. всего, в том числе | 41111,9 | 41167,1 | 100,1 | 55790,5 | 135,5 | 135,7 |
| Справочно: % от суммы средств, направленных медицинским организациям за оказанную медицинскую помощь | 2,60% | 2,30% |  | 2,80% | 121,7 | 107,7 |
| по результатам МЭЭ, млн.руб. | 6587,4 | 6426,8 | 97,6 | 6927,9 | 107,8 | 105,2 |
| по результатам ЭКМП, млн.руб. | 5902,6 | 6616,3 | 112,1 | 7885,6 | 119,2 | 133,6 |
| по результатам МЭК, млн. рублей | 28621,9 | 28124 | 98,3 | 40977 | 145,7 | 143,2 |
| Доля МЭК | 69,40% | 68,30% | 98,4 | 73,40% | 107,5 | 105,8 |
| Количество страховых случаев, подвергшихся МЭЭ, тыс. | 20511,2 | 19258,8 | 93,9 | 22924,6 | 119,0 | 111,8 |
| Количество выявленных нарушений по результатам МЭЭ, тыс | 4109,4 | 3791,4 | 92,3 | 3740,9 | 98,7 | 91,0 |
| сумма санкций на 1 выявленное нарушение по результатам МЭК, руб. | 1603,0 | 1695,1 | 105,7 | 1851,9 | 109,3 | 115,5 |
| Количество страховых случаев с проведенными ЭКМП, тыс. | 12139,3 | 10272,9 | 84,6 | 9719,5 | 94,6 | 80,1 |
| Количество выявленных нарушений по результатам ЭКМП,тыс | 3393,3 | 2673,3 | 78,8 | 2585,6 | 96,7 | 76,2 |
| Сумма санкций на 1 выявленное нарушение по результатам ЭКМП, руб. | 1739,5 | 2475,0 | 142,3 | 3049,8 | 123,2 | 175,3 |
| Количество обоснованных жалоб в СМО | 15 619 | 17 089 | 109,4 | 19 797 | 115,8 | 126,7 |

1. Источник: данные форм № ПГ за 2017-2018 гг., № ЗПЗ за 2019 г. 62 за 2015-2019 гг. [↑](#footnote-ref-1)
2. Показатели таблицы № 6.3.3., в отличие от таблицы № 6.3.2 рассчитаны не по данным формы статистического учета № ПГ и № ЗПЗ, а по данным, представленным СМО в отчетах, и охватывают 25 из 29 СМО. При этом, в отличие от таблицы № 6.3.2, в таблице № 6.3.3 средства, полученные СМО в результате уплаты медицинскими организациями штрафов, выделены отдельно. [↑](#footnote-ref-2)
3. Источник: данные формы № 62, таб.8000 за 2015-2019 гг. [↑](#footnote-ref-3)