



Банк России

Центральный банк Российской Федерации



2017

Доклад
для общественных
консультаций

ПРЕДЛОЖЕНИЯ ПО РАЗВИТИЮ
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

МОСКВА

Комментарии, включая ответы на поставленные в докладе вопросы, а также предложения и замечания по предложенным инициативам вы можете направить до 17 ноября 2017 года включительно по адресу *burkavtsovayav@cbr.ru*.

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	2
ВВЕДЕНИЕ	3
1. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СМО С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ.....	5
1.1. Расширение полномочий СМО	5
1.2. Создание единой информационной системы.....	7
1.3. Взаимодействие участников системы медицинского страхования в целях защиты прав застрахованных	8
2. ДОПУСК НА РЫНОК ОМС.....	11
3. КОНТРОЛЬ И НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СМО В СФЕРЕ ОМС	13
4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ РВД.....	15

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ДМС – добровольное медицинское страхование

ОМС – обязательное медицинское страхование

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования

ТФОМС – Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

СМО – страховая медицинская организация, имеющая лицензию на осуществление обязательного медицинского страхования и (или) добровольного медицинского страхования

СРО – саморегулируемая организация в сфере финансового рынка, объединяющая страховые организации

ВСС – Всероссийский союз страховщиков

РВД – расходы на ведение дела

Реестр ТФОМС – реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС на территории субъекта Российской Федерации

Закон об ОМС – Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»

Закон о страховом деле – Закон Российской Федерации от 27.11.1992 № 4015-1 «Об организации страхового дела в Российской Федерации»

Федеральный закон № 242-ФЗ – Федеральный закон от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья»

Закон об охране здоровья граждан – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

ВВЕДЕНИЕ

Система медицинского страхования вносит существенный вклад в социальное и экономическое благополучие населения страны, защищая права застрахованных и управляя рисками, связанными с возникновением расходов на оказание медицинской помощи.

В Российской Федерации система медицинского страхования состоит из двух сегментов – ОМС и ДМС.

ДМС осуществляется в соответствии с общими нормами страхового законодательства и не имеет специального регулирования¹. При осуществлении деятельности по ДМС СМО является страховщиком, обладающим правами и обязанностями, которые определяют страхование как отдельный элемент финансовой системы.

ОМС выполняет особую социальную функцию в Российской Федерации, обусловленную тем, что в периметре его защиты находится все население страны. Отношения между участниками в сфере ОМС регулируются Законом об ОМС, правила страхования утверждаются Минздравом России. Действие Закона о страховом деле распространяется на страховые организации, осуществляющие ОМС, с учетом особенностей, установленных Законом об ОМС.

Отличительной чертой ОМС является то, что страховщиком в ОМС выступает не СМО, а ФФОМС, который аккумулирует средства ОМС и делегирует часть своих полномочий ТФОМС и СМО. СМО исполняет по договору с ФФОМС такие функции, как оплата счетов медицинских организаций из целевых средств, получаемых от ТФОМС, контроль объема и качества оказанной медицинской помощи и защита прав застрахованных. На государственном уровне поставлены стратегические цели по совершенствованию законодательства Российской Федерации об ОМС, в том числе с учетом анализа возможности поэтапного перехода системы ОМС на принципы конкурентной (рисковой) модели, а также повышения роли СМО².

Таким образом, вопросы совершенствования регулирования медицинского страхования целесообразно обсуждать в рамках взаимодействия всех заинтересованных компетентных органов – Минздрава России, Банка России и ФФОМС.

Развитие системы медицинского страхования, внедрение новых принципов регулирования, создание единого поля надзора за деятельностью страховых медицинских организаций являются одними из основных целей настоящего консультативного доклада, для достижения которых предлагается рассмотреть следующие инициативы:

- предоставление СМО права отказа от взаимодействия с медицинской организацией, оказывающей услуги ненадлежащего качества;
- создание единой информационной системы, доступной СМО, которая позволяла бы вести учет оказанной медицинской помощи, а также источников ее оплаты (ОМС, ДМС, собственные средства застрахованных);
- установление порядка предоставления информации СМО медицинскими организациями и органами управления в сфере здравоохранения;

¹ За исключением ДМС иностранных граждан и лиц без гражданства, прибывших в Российскую Федерацию и намеревающихся осуществлять или осуществляющих трудовую деятельность на основании разрешения на работу (или патента), минимальные (стандартные) требования к условиям и порядку осуществления которого установлены Указанием Банка России от 13.09.2015 № 3793-У.

² Стратегия развития страховой деятельности в Российской Федерации до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 22.07.2013 № 1293-р.

– установление специальных критериев и квалификационных требований для включения СМО в реестр ТФОМС, учитывающих особенности деятельности в сфере ОМС, в целях недопущения недобросовестных СМО в социально значимую сферу;

– создание системы взаимодействия Банка России и ФФОМС в целях осуществления эффективного надзора за СМО;

– установление структуры (доли) использования средств РВД.

Вместе с тем целью обсуждения предложенных инициатив не является перераспределение существующих полномочий компетентных государственных органов и ведомств в сфере здравоохранения.

Результатом общественного обсуждения предложенных инициатив должно стать формирование предложений, направленных на совершенствование регулирования медицинского страхования, повышение уровня доступности и качества медицинской помощи и обеспечивающих эффективное использование государственных и частных финансовых ресурсов.

1. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СМО С МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

В настоящей части доклада предлагается рассмотреть инициативы, направленные на развитие эффективной системы взаимодействия СМО с медицинскими организациями.

1.1. Расширение полномочий СМО

В ДМС, как в классическом страховании, СМО являются полноправными страховщиками, формируют страховые резервы, средства которых направляются на обеспечение исполнения обязательств по осуществлению выплат, связанных с оплатой организации и оказания медицинской помощи.

Страхователь в ДМС самостоятельно выбирает страховщика, исходя из стоимости и качества страховых услуг. В связи с этим СМО в ДМС имеют прямую заинтересованность в выборе добросовестных контрагентов – медицинских организаций. Кроме того, СМО и медицинская организация в сфере ДМС заключают договор, в котором определены перечень санкций за неисполнение или ненадлежащее исполнение принятых обязательств и основания расторжения договора при предоставлении услуг ненадлежащего качества.

В сфере ОМС СМО наделены функциями по контролю объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, оплаты за ее оказание, рассмотрению жалоб застрахованных. При этом Законом об ОМС ограничено применение мер воздействия в отношении медицинских организаций в части расторжения договора.

Также, учитывая право граждан на выбор медицинской организации согласно Закону об охране здоровья граждан, законодательство не предоставляет СМО в ОМС право выбора медицинской организации либо отказа от сотрудничества с ней, так как договоры на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС заключаются с каждым лечебным учреждением,

входящим в реестр медицинских организаций ТФОМС, что не позволяет СМО в рамках своих полномочий влиять на качество оказываемых медицинскими учреждениями услуг.

Вариантом решения данной проблемы может стать система рейтингования медицинских организаций.

В настоящее время статьей 79.1 Закона об охране здоровья граждан в качестве одной из форм общественного контроля определено проведение независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями.

При этом установлено, что данный механизм предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации о медицинской организации; комфортность условий предоставления медицинских услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления медицинской услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников медицинской организации; удовлетворенность оказанными услугами¹. Проведение подобной оценки и информирование граждан о ее результатах является важным фактором, стимулирующим медицинские организации к улучшению взаимодействия с пациентами.

Вместе с тем представляется целесообразным создать систему рейтингования медицинских организаций, основанную на оценке качества предоставленной медицинской помощи. Ключевыми параметрами оценки при формировании такого рейтинга могут служить качество медицинской услуги (отсутствие нарушений и недостатков при оказании медицинской помощи), квалификация специалистов, техническая оснащенность медицинской организации, обоснованные жалобы на организацию и оказание медицинской помощи, анализ сведений об эффективности применения мер воздействия в отношении медицинской организации.

¹ Пункт 2 статьи 79.1 Закона об охране здоровья граждан.

СМО, являясь первичным звеном контроля в сфере ОМС, анализирует нарушения установленных стандартов и порядков оказания медицинской помощи, учитывает объем штрафных санкций в отношении медицинской организации, рассматривает жалобы застрахованных. Результаты анализа сведений, полученных СМО при проведении контроля объема и качества оказанных медицинских услуг в конкретной медицинской организации², могут стать объективным показателем качества медицинских услуг и использоваться в системе рейтингования.

Мнение застрахованных лиц об эффективности оказанной им медицинской помощи также должно учитываться при составлении рейтинга. Поэтому в целях увеличения объема сведений, получаемых от потребителей медицинских услуг, представляется целесообразным возложить на СМО функционал по сбору и обработке отзывов пациентов с последующим направлением данных в ФФОМС/ТФОМС/Минздрав России для анализа и мониторинга качества оказываемых услуг.

При формировании рейтинга должны учитываться региональные особенности, условия оказания медицинской помощи (амбулаторная, стационарная) и вид ее оказания (первичная, экстренная и так далее).

Публичная система рейтингования, учитывающая вышеназванные критерии, станет инструментом оценки медицинской организации и позволит застрахованным лицам осознанно выбирать медицинскую организацию, исходя из объективных параметров качества оказываемых медицинских услуг и иных показателей, а также будет способствовать выявлению на ранней стадии в медицинской организации проблем, требующих применения мер со стороны уполномоченного органа в сфере здравоохранения.

Следующим шагом после введения рейтинга является закрепление за СМО права расторгать договоры на оказание и оплату медицинской

помощи по ОМС с медицинской организацией. Нахождение медицинской организации в рейтинге ниже определенной позиции в совокупности с другими параметрами может стать основанием для расторжения СМО договора с медицинским учреждением. Предоставление такого права позволит СМО существенно влиять на деятельность медицинской организации в случаях исчерпания иных мер воздействия на недобросовестную медицинскую организацию и отсутствия положительных изменений качества медицинской помощи. При этом порядок реализации данного права должен быть четко определен на нормативном уровне.

В качестве одного из вариантов обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи возможно установить, что в случае расторжения договора между СМО и единственной медицинской организацией в регионе оплата медицинских услуг будет осуществляться непосредственно ТФОМС в порядке, аналогичном порядку осуществления ТФОМС прав и обязанностей СМО при ее отсутствии в регионе³. Подобный подход позволит не допустить снижения уровня доступности медицинской помощи и послужит сигналом о необходимости применения мер со стороны уполномоченного органа в сфере здравоохранения по повышению качества услуг, оказываемых медицинской организацией.

Таким образом, предлагается:

- использовать механизм рейтингования медицинских организаций с целью осуществления комплексной оценки их деятельности в сфере ОМС;
- рассмотреть вопрос о предоставлении СМО права расторжения договора с медицинской организацией.

Результатом реализации данных предложений станет появление механизма, позволяющего сформировать объективную оценку деятельности медицинской организации и способствующего повышению эффективности работы медицинских организаций и улучшению

² Согласно пункту 56 приказа ФФОМС от 1.12.2010 №230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» СМО предоставляют отчеты о результатах проведенного контроля объемов и качества медицинской помощи в ТФОМС.

³ Часть 17 статьи 38 Федерального закона № 326-ФЗ.

качества услуг, предоставляемых застрахованным лицам.

Вопросы:

1. По вашему мнению, кого из участников отношений в сфере ОМС целесообразно наделить полномочиями по ведению рейтинга медицинских организаций?

2. Какие еще критерии для оценки медицинских организаций вы можете предложить?

3. Какие дополнительные меры воздействия на недобросовестную медицинскую организацию со стороны СМО могут способствовать повышению эффективности реализации СМО функции по контролю качества оказания медицинской помощи?

1.2. Создание единой информационной системы

Охват медицинского страхования составляет более 140 млн человек, поэтому проведение комплексного анализа в сфере ОМС и ДМС подразумевает необходимость сбора и обработки значительных объемов данных. В связи с этим представляется важным вопрос о создании условий, способствующих развитию и централизованному применению информационных технологий.

На сегодняшний день информационные системы медицинских организаций, оказывающих услуги в ОМС и ДМС, и информационные системы СМО не объединены в общую структуру, что позволяет недобросовестным медицинским организациям выставлять счета за одну и ту же услугу как по ОМС, так и по ДМС в разные СМО. Обособленность систем оплаты счетов в ОМС и ДМС может являться причиной роста убыточности и сказываться на стоимости страховых услуг. При этом действенный механизм контроля, обеспечивающий прозрачность финансирования одной и той же услуги из разных источников, у СМО отсутствует, поскольку взаимоотношения СМО и медицинской организации строятся на основе двухсторонних соглашений. Включение в эту связку третьей стороны (например, другой СМО с целью проверки обоснованности выставления счетов) не предусмотрено.

Создание централизованной информационной системы, которая позволит вести единый учет оказанной медицинской помощи и всех источников ее оплаты при каждом обращении пациента, может способствовать решению указанной проблемы.

Кроме того, информация, собранная в единой базе данных, может стать эффективным инструментом анализа и мониторинга в сфере здравоохранения, в частности способствовать совершенствованию подхода к установлению тарифов в медицинском страховании. В ОМС и ДМС используются разные подходы к определению стоимости медицинских услуг. В ДМС тарифы на оплату медицинских услуг устанавливаются соглашением между СМО и медицинской организацией в соответствии с коммерческим интересом каждой из сторон. В ОМС с 2013 года применяется единая тарифная система, единые способы оплаты медицинской помощи, предусматривающие поэтапный переход на преимущественно одноканальное финансирование с включением в ОМС основных видов медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной.

Тарифы на одну и ту же услугу в ОМС в разных регионах могут существенно отличаться, а поскольку законодательство не содержит норм, ограничивающих право ТФОМС менять тарифы на медицинские услуги, в системе ОМС можно наблюдать изменение стоимости одной и той же услуги в течение года.

Тарифное соглашение в системе обязательного медицинского страхования Белгородской области⁴

Средний размер финансового обеспечения медицинской помощи в расчете на одно застрахованное лицо в год составляет (рублей) в условиях:

	1.01.2017	15.03.2017
круглосуточного стационара	4183,1	3929,3
дневного стационара	715,8	704,1
амбулаторно-поликлинической помощи	3319,3	3319,3
скорой медицинской помощи, оказываемой вне медицинской организации	545,9	535,0

⁴ Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Белгородской области, <http://www.belfoms.ru>.

Второй важной проблемой, которую позволит решить создание единой информационной системы, является оценка структуры общих расходов на оказание медицинской помощи, то есть оценка распределения публичных денежных средств (прямое государственное участие и средства ОМС) и частных средств (оплата через кассу медицинской организации и ДМС).

Оплата оказанных медицинскими организациями услуг может осуществляться из трех источников финансирования: средств ОМС, бюджетов всех уровней и личных средств пациента. Такая разветвленность денежных потоков не позволяет определить, в какую сумму обходится лечение одного пациента с учетом всех затрат не только на лечение, но и на содержание медицинских организаций.

Оценка общих расходов на здравоохранение показывает неоднозначную структуру финансирования медицинских услуг.

По данным Global Health Expenditure Database (Всемирной организации здравоохранения), в 2013 году основными источниками финансирования российской системы здравоохранения являлись:

– *общественные средства (48,1%), в том числе:*

- 29,4% – прямые государственные расходы;
- 18,7% – средства фондов социального страхования (ОМС);

– *частные средства (51,9%), в том числе:*

- 48,0% – прямые платежи из личных средств населения;
- 3,9% – средства ДМС.

Проанализировать актуальные сведения не представляется возможным в связи с отсутствием данных в открытом доступе.

Результатом создания и использования единой информационной системы станет повышение прозрачности денежных потоков в системе медицинского страхования. Предлагаемая инициатива позволит не только избежать двойного финансирования, но и будет являться стимулом для создания системы прогнозирования общих расходов на здравоохранение, даст возможность выработать оптимальные механизмы формирования тарифов, а также устраним не-

обходимость осуществлять корректировки в течение года.

Условия доступа к информации (факт обращения за медицинской помощью, стоимость медицинских услуг, источник оплаты, результативность лечения), содержащейся в системе, должны варьироваться в зависимости от целей ее получения и задач, которые стоят перед пользователем единой системы, и определяться компетентным органом в сфере здравоохранения. Безусловно, создание такой системы не только благоприятно отразится на деятельности СМО, но и станет эффективным инструментом для решения государственных задач в сфере здравоохранения.

Таким образом, предлагается рассмотреть вопрос о создании единой информационной системы, в том числе с использованием ресурсов государственно-частного партнерства.

Вопросы:

1. Какой источник финансирования создания единой информационной системы целесообразнее выбрать?

2. Кто может выступить оператором единой информационной системы?

3. Кто и в каком объеме должен иметь доступ к такой информационной системе?

1.3. Взаимодействие участников системы медицинского страхования в целях защиты прав застрахованных

В системе медицинского страхования СМО наделена обязанностью по защите прав застрахованных в части оказания качественной медицинской помощи.

К основным задачам СМО в сфере защиты прав застрахованных относятся:

- обеспечение реализации застрахованным лицом права на выбор и замену СМО;
- обеспечение реализации права застрахованного на получение медицинской помощи в объеме, предусмотренном программой страхования;

- обеспечение реализации права застрахованного на получение информации об ОМС и ДМС;
- организация мероприятий, направленных на предупреждение и выявление случаев нарушения прав застрахованных;
- прием и рассмотрение жалоб и заявлений застрахованных.

Эффективная защита невозможна без понимания застрахованным имеющихся у него прав на получение медицинской помощи. В сфере здравоохранения пациенту очень важно оценить качество и объем оказываемых ему медицинских услуг.

СМО следует уделять больше внимания информированию застрахованных о правах и обязанностях участников ОМС, об объеме услуг, оказываемых по ОМС, механизмах оценки качества предоставляемых услуг и так далее. В настоящее время функции СМО по предоставлению информации гражданам установлены несколькими нормативными актами⁵. Кроме того, способ информирования застрахованных лиц выбирается СМО самостоятельно⁶.

Первым этапом конкретизации полномочий СМО по информированию застрахованных лиц может стать объединение перечня обязанностей СМО по защите прав застрахованных и порядка доведения информации до каждого застрахованного в рамках одного стандарта СРО⁷.

Низкий уровень доступности информации прослеживается и при взаимодействии других участников рынка медицинского страхования. Отсутствие предусмотренного законодательством права доступа СМО к информации о состоянии здоровья застрахованного существенно усложняет андеррайтинг рисков, что может привести к снижению эффективности страхования и увеличению его стоимости.

Актуальна проблема отсутствия доступа к информации и при взаимодействии СМО с медицинскими организациями в рамках уже заключенных договоров ДМС. Медицинские организации зачастую отказывают в предоставлении СМО данных, составляющих медицинскую тайну, несмотря на наличие у страховщика согласия на получение сведений о застрахованных лицах, мотивируя свой отказ отсутствием в законодательстве однозначного порядка предоставления СМО специальных категорий персональных данных о застрахованных.

Федеральный закон от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» допускает передачу медицинской организацией сведений о состоянии здоровья с письменного согласия застрахованного, при этом в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам. В связи с тем, что СМО не поименованы в перечне допустимых субъектов для разглашения специальной категории сведений, можно наблюдать правовую неопределенность, которая приводит к снижению эффективности исполнения СМО функций по контролю качества оказанной медицинской помощи, а также увеличивает расходы страховщиков и ограничивает развитие ДМС.

Решением данной проблемы может стать дистанционное взаимодействие участников медицинского страхования, в том числе с использованием телемедицинских технологий, разработанных в соответствии с Федеральным законом № 242-ФЗ. Нормы названного закона, вступающие в силу с 1.01.2018, предусматривают создание Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, которая будет включать сведения, содержащиеся в федеральных информационных системах в сфере здравоохранения, федеральных базах данных и федеральных регистрах в сфере здравоохранения, в том числе о лицах, которым оказывается медицинская помощь, а также о лицах, в отношении которых проводятся медицинские экспертизы, медицинские осмотры и медицинские освидетельствования.

⁵ Так, например, информирование обратившихся в СМО застрахованных лиц о возможности прохождения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров установлено приказом ФФОМС от 11.05.2016 № 88, проведение публичного информирования застрахованных лиц о правах в сфере обязательного медицинского страхования – приказом ФФОМС от 16.08.2011 № 145.

⁶ Письмо ФФОМС от 1.04.2013 № 2739/30-3.

⁷ При этом нормативные акты ФФОМС и Минздрава России продолжают действовать.

В связи с этим законодательное закрепление положения об обязанности предоставления СМО доступа к информации о состоянии здоровья страхователя (застрахованного лица) при наличии его письменного согласия будет способствовать повышению эффективности услуг в сфере медицинского страхования.

Таким образом, предлагается:

– закрепить за медицинскими учреждениями обязанность по предоставлению СМО, с учетом законодательства о защите персональных данных, информации о состоянии здоровья застрахованных лиц (с их письменного согласия) как при проведении оценки принимаемых на себя рисков, так и в ходе исполнения договора страхования;

– конкретизировать обязанности (единый стандарт) СМО по информированию застрахованных лиц о правах в ОМС.

Данные предложения позволят, с одной стороны, снизить стоимость медицинского страхования, поскольку расширение объема оцениваемой информации при андеррайтинге рисков предоставит возможность страховщикам в большей степени персонифицировать страховые тарифы, а с другой – дать пациенту уверенность, что оказываемые медицинскими организациями услуги соответствуют заявленному качеству.

Вопрос:

1. Какие еще способы повышения роли СМО в информировании застрахованного лица вы можете предложить?

2. ДОПУСК НА РЫНОК ОМС

СМО, осуществляющие ОМС и ДМС, должны обладать лицензией, выданной органом страхового надзора – Банком России. Лицензирование СМО, осуществляющих ОМС, производится с учетом требований постановления Правительства Российской Федерации от 31.12.2010 № 1227, которым установлена необходимость при обращении за лицензией указывать субъект Российской Федерации, на территории которого СМО предполагает осуществлять деятельность. Особенностью СМО в сфере ОМС является законодательно установленное ограничение на осуществление иных видов страхования, кроме медицинского страхования.

В едином государственном реестре субъектов страхового дела по состоянию на 22.09.2017 содержатся сведения о 46 СМО, 17 из которых имеют лицензию исключительно на ОМС.

Помимо получения лицензии на ОМС, СМО должны быть включены в реестр ТФОМС и заключить договор о финансовом обеспечении ОМС между СМО и ТФОМС. На сегодняшний день внесение сведений в реестр ТФОМС производится по заявлению СМО в уведомительном порядке.

Разрешительный порядок входа на страховой рынок (в том числе ОМС) является механизмом проверки возможности исполнения страховыми организациями принятых на себя обязательств.

Общие требования к лицензированию страховых организаций не могут в полной мере гарантировать качественное исполнение СМО функций, возлагаемых на них ФФОМС, в то время как специальных критериев со стороны законодательства об ОМС, позволяющих оценить такую готовность СМО, на сегодняшний день не установлено.

В связи с этим Банк России предлагает осуществить меры, направленные на совершенствование порядка включения СМО в систему ОМС путем установления специальных критериев на этапе включения СМО в реестр ТФОМС.

Реализация этого не потребует изменения функционала ТФОМС, так как проверка на соответствие СМО формальным критериям, установленным законодательством, проводится ТФОМС в настоящее время в процессе осуществления СМО деятельности в сфере ОМС.

Основные показатели ДМС в 2013–2016 годах¹

Доля ДМС от общего объема страхования в 2016 году составила 11,7 %, в 2015 году – 12,6%, в 2014 году – 12,5%, 2013 году – 12,7%.

	2016	2015	2014	2013
Премии, тыс. руб.	137 816 419	128 956 970	124 074 582	114 966 171
Выплаты, тыс. руб.	100 063 432	99 641 322	95 219 627	89 941 540
Число договоров	10 271 866	10 328 384	11 347 890	10 581 291

¹ По данным Банка России.

Основные показатели ОМС в 2013–2016 годах¹

	2016	2015	2014	2013
Средства, предназначенные для оплаты медицинской помощи, тыс. руб.	1 498 714 001	1 534 851 047	1 367 884 023	1 162 505 129
Оплата медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, тыс. руб.	1 445 905 501	1 455 958 424	1 312 353 708	1 110 964 000
Число застрахованных лиц на конец года, человек	146 773 697	147 131 653	145 958 743	143 031 649

¹ По данным Банка России.

Так, например, СМО согласно действующим приказам ФФОМС обязаны иметь в штате страховых представителей всех уровней, осуществляющих прием и обработку обращений застрахованных через контакт-центр¹. Проверка наличия достаточного количества страховых представителей в штате СМО именно на этапе допуска в ОМС позволит повысить эффективность медицинского страхования, а также снизить вероятность несоблюдения СМО требований ФФОМС в процессе осуществления ОМС.

К специальным критериям можно отнести наличие в СМО минимального количества врачей-экспертов, распределенных по всей территории субъекта Российской Федерации, опыт работы СМО в сфере медицинского страхования, наличие современной IT-инфраструктуры, позволяющей оперативно осуществлять работу со счетами медицинских организаций, а также проводить анализ иных показателей деятельности медицинской организации, наличие call-центра, позволяющего обеспечить круглосуточную поддержку застрахованных и так далее.

Полагаем целесообразным установить, что разработка критериев и проверка СМО на соответствие установленным критериям должны осуществляться ФФОМС, так как эта организация создана для реализации государственной политики в сфере ОМС².

В целях повышения ответственности СМО за надлежащее исполнение возложенных на нее обязанностей также необходимо установить порядок и условия исключения СМО из реестра ТФОМС за нарушения законодательства

в сфере ОМС. Неосуществление деятельности по ОМС в случае исключения СМО из реестров всех субъектов Российской Федерации является основанием для отзыва у нее лицензии Банком России³.

Установление специальных критериев позволит не допустить на рынок ОМС недобросовестные СМО, а также своевременно прекратить их деятельность, что благоприятно отразится на системе медицинского страхования и повысит эффективность контроля за целевым использованием средств ОМС.

Таким образом, предлагается:

- изменить порядок включения СМО в реестр ОМС с уведомительного на разрешительный;
- установить специальные критерии включения СМО в реестр ТФОМС;
- определить порядок и условия исключения СМО из реестров ТФОМС;
- дополнить Закон о страховом деле положением об отзыве лицензии у СМО при исключении ее из реестра осуществляющих деятельность ТФОМС.

Вопрос:

1. Какие критерии к СМО необходимо установить для включения в реестр ТФОМС?
2. Какие основания целесообразно установить для исключения СМО из реестра ТФОМС?

¹ Приказ ФФОМС от 11.05.2016 № 88 «Об утверждении Регламента взаимодействия участников обязательного медицинского страхования при информационном сопровождении застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи».

² Пункт 2 статьи 12 Закона об ОМС.

³ Согласно пункту 2 статьи 32.8 Закона о страховом деле решение об отзыве лицензии принимается в случае, если субъект страхового дела в течение 12 месяцев со дня получения лицензии не приступил к осуществлению предусмотренной лицензией деятельности или не осуществляет ее в течение финансового года.

3. КОНТРОЛЬ И НАДЗОР ЗА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СМО В СФЕРЕ ОМС

Банк России, осуществляя страховой надзор в отношении СМО, действующих исключительно в ОМС, исходит из разграничения полномочий, установленных Законом о страховом деле и Законом об ОМС. Тем не менее Банком России выполняется полный цикл надзорных мероприятий в отношении СМО в соответствии с Законом о страховом деле и нормативными актами Банка России.

ФФОМС в установленном им порядке осуществляет контроль за соблюдением СМО законодательства об ОМС и за использованием средств ОМС, в том числе путем проведения проверок и ревизий¹.

Таким образом, учитывая особый характер ОМС как вида социального страхования, организация контроля и надзора за исполнением СМО возложенных на нее обязательств требует комплексного подхода со стороны Банка России, Минздрава России, ФФОМС, СРО, которым необходимо выстроить систему эффективного взаимодействия, с целью осуществления совместного надзора.

Банк России полагает возможным разработать совместно с Минздравом России, ФФОМС и СРО принципы и критерии добросовестного поведения СМО в части организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи.

К таким критериям можно отнести:

1. Многократные нарушения СМО и применение к ней санкций со стороны ТФОМС.

Предоставление в Банк России информации о применении к СМО санкций со стороны ТФОМС может быть положено в основу применения к СМО мер надзорного реагирования со стороны Банка России.

2. Количество случаев применения СМО санкций к медицинским организациям.

Законом об ОМС предусмотрено направление определенного процента от сумм санкций в собственные средства СМО. С одной стороны,

это представляется обоснованным, поскольку объем расходов СМО (затраты на проведение экспертиз, рассмотрение жалоб от застрахованных лиц и так далее) в отношении медицинской организации, оказывающей некачественные медицинские услуги (например, завышающей объемы оказанной медицинской помощи), значительно возрастает. С другой стороны, возникает риск заинтересованности СМО в регулярном применении к медицинской организации финансовых санкций за некачественное оказание услуг.

В целях недопущения злоупотреблений со стороны СМО целесообразно установить право Банка России требовать расторжения договора СМО с медицинской организацией по результатам проведенного совместно с ФФОМС мониторинга неоднократного применения СМО санкций к медицинской организации по одному основанию и выявления факта их неэффективности. Одним из показателей неэффективности применения мер воздействия в отношении медицинской организации может служить отсутствие повышения ее позиции в рейтинге. Закрепление в Законе о страховом деле основания для применения мер надзорного реагирования за систематическое применение санкций СМО к медицинской организации при отсутствии положительных изменений в деятельности медицинской организации будет способствовать принятию решения СМО о прекращении договора с недобросовестной медицинской организацией.

Реализация содержащихся в настоящей главе предложений возможна путем установления дополнительных оснований мер надзорного реагирования в Законе о страховом деле.

Таким образом, предлагается:

– разработать совместно с Минздравом России, ФФОМС и СРО принципы и критерии добросовестного поведения СМО;

– сформировать систему взаимодействия между Банком России, ФФОМС и Минздравом

¹ Подпункт 6 пункта 2 статьи 7 Закона об ОМС.

России, включающую в том числе информационный обмен данными;

– установить в Законе о страховом деле дополнительные основания для принятия Банком России мер надзорного реагирования в отношении СМО.

Результатом предлагаемых изменений станет формирование единого поля надзора за СМО в ОМС, что позволит создать синхронизированную правоприменительную практику, основанную на понятных для рынка критериях и принципах оценки деятельности СМО, повысить оперативность надзорного реагирования, качество и эффективность работы СМО.

Вопросы:

1. Какие критерии для оценки СМО, по вашему мнению, способствуют анализу эффективности ее деятельности?

2. На ваш взгляд, какие критерии оценки деятельности СМО должны войти в периметр надзора и контроля со стороны Банка России?

3. Какие дополнительные основания могут быть предложены для применения Банком России мер воздействия в отношении СМО?

4. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ РВД

Саморегулируемые организации в сфере финансового рынка объединяют все организации, осуществляющие деятельность соответствующего вида¹, дают им возможность устанавливать обязательные для всех членов СРО стандарты и контролировать их соблюдение.

Банк России 6 декабря 2016 года внес сведения о Всероссийском союзе страховщиков в единый реестр СРО в сфере финансового рынка².

Приобретение ВСС статуса СРО, объединяющего все страховые организации, позволяет страховому сообществу влиять на формирование и развитие рынка страховых услуг, содействовать добросовестному поведению страховых организаций, в том числе СМО.

Несмотря на то, что в настоящее время новые полномочия ВСС на страховом рынке не используются в полной мере, реализацию возможностей СРО в будущем можно рассматривать в качестве одного из направлений повышения эффективности медицинского страхования.

Механизм саморегулирования в сфере ОМС можно использовать при определении порядка и целей расходования средств РВД, которые СМО получают от ТФОМС сверх средств целевого финансирования.

СМО является коммерческой организацией. При этом следует учитывать, что ее деятельность сосредоточена в одной из важнейших социальных сфер, что подразумевает необходимость установления определенных ограничений к СМО, которые позволят соблюдать баланс частных и публичных интересов.

РВД являются источником средств, который обеспечивает эффективное исполнение СМО возложенных на нее полномочий в сфере ОМС.

В связи с этим представляется целесообразным определить внутренним стандартом СРО структуру (долю) расходов на ведение дела СМО (например, на оплату деятельности экспертов, покупку программного обеспечения, повышение эффективности экспертной деятельности СМО, повышение квалификации сотрудников). Расширение функционала СРО, в рамках которого следует предоставить СРО право осуществлять проверку обоснованности использования и соблюдения требований о направлении средств РВД на решение стоящих перед СМО задач в сфере ОМС. Передача контроля за использованием средств РВД на уровень СРО позволит осуществлять проверку деятельности СМО, оценить наличие необходимых профессиональных кадров и технических средств для работы в ОМС, исключив формальный подход к осуществлению СМО своих функций.

Таким образом, предлагается установить во внутреннем стандарте, который будет разработан ВСС:

- конкретизацию направлений использования РВД, которые должны быть непосредственно связаны с деятельностью СМО по осуществлению ОМС;
- механизмы контроля за целевым использованием средств РВД.

Вопросы:

1. Какие еще направления использования СМО средств РВД целесообразно определить?
2. Какие вопросы деятельности СМО, помимо вопросов использования РВД, могут быть отражены в стандартах СРО?

¹ Статья 3 Федерального закона от 13.07.2015 №223-ФЗ «О саморегулируемых организациях в сфере финансового рынка».

² Сайт Банка России, раздел «Финансовые рынки» (www.cbr.ru/finmarkets/).

