

УДК 614.2

В чём польза обязательного медицинского страхования?

Д.Ю. Кузнецов^{1,2}, А.А. Старченко³

¹ Межрегиональный Союз Медицинских Страховщиков;

² Всероссийский союз страховщиков;

³ ООО «РОСГОССТРАХ-Медицина»



Д.Ю. Кузнецов



А.А. Старченко

Резюме

В статье тезисно излагаются ответы на вопросы о роли страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования и перспективном развитии самой системы, активно обсуждаемые в последнее время на дискуссионных площадках различного уровня и волнующие широкий круг как руководителей профессиональных медицинских объедине-

ний, клиник, так и рядовых практических врачей, а также и их пациентов.

Ключевые слова: система отечественного здравоохранения, обязательное медицинское страхование (ОМС), страховые медицинские организации (СМО), экспертная деятельность СМО, пациентоориентированная система ОМС.

Abstract

What is an advantage of the obligatory medical insurance?

D.Y. Kuznetsov^{1,2}, A.A. Starchenko³

¹ The Interregional Union of Medical Insurer; ² The All-Russian Union of Insurers; ³ The ROSGOSSTRAKH-Medicine Ltd.

The article briefly presents the answers to questions about the role of the insurance medical organizations in the obligatory medical insurance (OMI) system and in the future development of the system itself, actively discussed recently on the forums of various levels the questions concern a wide circle both leaders of professional medical as-

sociations, clinics, and ordinary practitioners as well as their patients.

Key words: system of national health care, obligatory medical insurance (OMI), the insurance medical organization (IMO), expert activities of the IMO, patient-oriented OMI system.

Система оказания медицинской помощи гражданам Российской Федерации, да вся система отечественного здравоохранения находится в последнее время в зоне особого, пристального внимания, причем не только со стороны руководства государства, законодателей, общественно-политических объединений, медиков, но и простых граждан.

Учитывая этот факт, хотелось бы тезисно сформулировать ответы на некоторые злободневные вопросы, волнующие широкий круг как руководителей профессиональных медицинских объединений, клиник, так и рядовых практических врачей и их пациентов.

Что дает система обязательного медицинского страхования медучреждению и врачу?

1. Экспертная деятельность страховых медицинских организаций (СМО) в системе ОМС для медицинских организаций (МО) представляет собой безвозмездный независимый системный профессиональный аудит медицинской помощи, оказываемой пациентам, и реализует принцип «обратной связи» для принятия управлеченческих решений по совершенствованию качества медицинской помощи.

Для надлежаще работающих в системе ОМС МО это инструмент, позволяющий по итогам отчетного периода аргументированно и доказательно требовать увеличения объемов от тарифных комиссий, так как это требование подтверждено актами экспертизы СМО, свидетельствующими о возможностях МО реализовать увеличенные объемы при надлежащем качестве медицинской помощи. СМО заинтересованы в том, чтобы их застрахованные получали медицинскую помощь исключительно в тех МО, которые по результатам экспертизы качества демонстрируют высокую степень доступности при надлежащем качестве медуслуг.

2. Экспертная деятельность СМО - инструмент защиты прав рядовых медицинских работников при ненадлежащем менеджменте в МО, допускающем отсутствие в распоряжении рядового лечащего врача необходимых ресурсов. В этом случае СМО авторитетно и профессионально перекладывает ответственность с невиновного необеспеченного ресурсами рядового врача на плечи руководства, допустившего ресурсную недостаточность в МО.

3. Экспертная деятельность СМО - инструмент справедливости в оценке труда и материальной мотивации для рядовых медицинских работников, осуществляющих свою деятельность без дефектов медпомощи, также является основанием для применения санкций в отношении медработников, допустивших дефекты в оказании медицинской помощи.

4. Экспертная деятельность СМО - инструмент гражданского общества. Она способствует формированию

в сфере здравоохранения между всеми субъектами адекватных гражданских правоотношений. Профессионал-эксперт СМО предъявляет профессиональному врачу допущенные им дефекты в профессиональном споре, а результатом является профессиональный консенсус, на основе которого МО вправе выплатить в досудебном порядке пострадавшему пациенту возмещение вреда. В этом суть гражданских правоотношений.

Альтернативой таким гражданским правоотношениям СМО и МО является уголовный процесс, отличающийся отсутствием возможности профессионального консенсуса.

5. Экспертная деятельность СМО – инструмент для принятия управлеченческих решений органом управления здравоохранением субъекта РФ.

Что дает система обязательного медицинского страхования пациентам?

1. Экспертная деятельность СМО представляет собой независимый инструмент защиты прав пациентов на получение медицинской помощи надлежащего качества и восстановление их прав и законных интересов при возникновении споров с МО по поводу ненадлежащего качества оказанной помощи и причинения вреда здоровью и жизни в процессе ее получения.

Финансовая устойчивость СМО – главный фактор независимости и объективности эксперта в системе ОМС. Основным гарантом независимости и объективности эксперта является финансовая устойчивость и независимость от местных органов власти страховой медицинской организации. Чем СМО финансово более устойчива, чем больше застрахованных из большего числа субъектов РФ отдали ей предпочтение, тем больше социальная база и опора этой страховой компании, тем больше возможностей привлекать разных экспертов к работе, тем объективнее выводы экспертов, тем уважительнее к этим выводам относятся представители судебно-медицинской службы, правоохранительных органов и суда.

Независимый статус эксперта медицинской помощи страховой медицинской организации обеспечивается:

- финансовой независимостью страховой медицинской организации и ее экспертов от федеральных и территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых медицинских организаций;
- служебно-трудовой независимостью экспертов СМО от территориальных органов управления здравоохранением и контролируемых экспертом медицинских организаций;
- правовой регламентацией экспертной деятельности страховой медицинской организации и ее экспертов на основе норм закона;
- уровнем профессиональной подготовки, подтвержденным наличием авторских работ, ученой

степенью, ученым званием, опытом экспертной работы, стажем работы по специальности, врачебной квалификационной категорией, аккредитацией в регистре экспертов.

2. Экспертная деятельность СМО - инструмент защиты прав пациента на надлежащее качество оказываемой медицинской помощи путем минимизации возможного причиняемого в процессе оказания помощи вреда его жизни и здоровью. Очная экспертная деятельность СМО выявляет несоответствие этапа оказания медицинской помощи заболеванию пациента и указывает на необходимость соблюдения порядка оказания медицинской помощи, предписывающего оказывать помощь пациенту с данной нозологией на более высоком этапе медицинской помощи, тем самым спасая его жизнь.

Какие возможности обязательного медицинского страхования недостаточно используются пациентами?

1. Система ОМС самостоятельно не решает главной проблемы пациента – получения возмещения материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи. Решение данной проблемы возложено на судебные инстанции, досудебное возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, в системе ОМС не предусмотрено. Пациенты (застрахованные лица) в районных центрах, малых городах, в сельской местности предпочитают не обращаться в суд с исками к МО о компенсации материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи, т.к. опасаются негатива со стороны администрации и медицинского персонала этих МО.

По этим основаниям пациенты считают недостаточной защиту их прав исключительно экспертной деятельностью СМО и представительством их интересов в суде. Застрахованные лица указывают на необходимость развития досудебных институтов защиты их прав на возмещение материального и морального вреда, причиненного ненадлежащим качеством оказанной помощи.

2. Пациенты (застрахованные лица) не обращаются в СМО с жалобами на нарушение их прав на выбор медицинской организации для госпитализации, так как СМО не обладает правом непосредственного прямого восстановления этого нарушенного права пациента.

СМО при получении жалобы на нарушение права на выбор пациентом МО предписывает нарушающей право пациента организации восстановить его, вместо того, чтобы самостоятельно восстановить нарушенное право непосредственно выдачей направления на госпитализацию в выбранную пациентом МО.

3. Пациенты считают бессмысленными обращения в СМО с жалобами на отказ в оказании медицинской по-



мощи, так как СМО не обладает реально (существенно) значимыми экономическими рычагами профилактики этого нарушения и наказания МО за отказ в оказании медпомощи.

В настоящее время финансовая санкция со стороны СМО в системе ОМС к медицинской организации за отказ застрахованному лицу (пациенту) в оказании медицинской помощи составляет размер подушевого норматива, то есть в среднем около 8-9 тысяч рублей. Застрахованные лица, понимая ничтожность наказания МО за отказ в оказании помощи в таком мизерном размере, не обращаются в СМО.

Перспективы системы обязательного медицинского страхования

В.В. Путин, выступая с Посланием Федеральному Собранию 3 декабря 2015 года, определил: «Со следующего года российское здравоохранение полностью переходит на страховые принципы». Банк России, являющийся регулятором финансовых рынков, рассматривает систему медицинского страхования в числе трех драйверов отечественного страхового рынка.

Конкретизация обязанностей страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи медицинскими организациями – это новое перераспределение страховых рисков пациентов при получении ими медицинской помощи в системе ОМС на плечи СМО.

К страховым рискам пациентов относятся:

- отказ в оказании медицинской помощи;
- навязывание платных услуг, которые могут быть оплачены СМО, т.к. включены в программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи;
- отказ в бесплатном предоставлении лекарственных препаратов, медицинских изделий, питания – всего, что предусмотрено программой государ-



ственных гарантий бесплатной медицинской помощи (программа ОМС);

- возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни при оказании медицинской помощи;
- возможность нанесения пациенту ущерба здоровью и жизни отказом в оказании медицинской помощи;
- возможность потери трудоспособности при оказании ему медицинской помощи;
- возможность остаться без средств при затяжных судебных процессах по искам о возмещении материального и морального вреда при оказании медицинской помощи, включенной в программу ОМС.

В строгом соответствии с требованием президента Российской Федерации «отстаивать права пациента, в том числе при необоснованных отказах в бесплатном оказании медицинской помощи», страховые принципы (страховые риски) в системе ОМС должны обеспечиваться и реализовываться СМО. Это включает:

- Введение обязанности СМО иметь офисы (филиалы, представительства) во всех субъектах РФ, независимо от наличия или отсутствия в этих субъектах РФ застрахованных лиц. Это финансовый риск для СМО - вести ОМС в субъекте при малом числе или отсутствии застрахованных лиц. Но это – предотвращение риска для застрахованного лица, оказавшегося в данном субъекте РФ (командировка, отпуск), оказаться без медицинской помощи в отсутствие поддержки страховой компании. Этот страховой принцип можно было бы назвать федерализацией СМО.
- Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного навязыванием ему платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС.
- Возмещение материального вреда застрахованному лицу, нанесенного ему обязательством опла-

тить лекарственные препараты и медицинские изделия, включенные в программу ОМС.

- Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью при отказе в оказании ему медицинской помощи (У66 - Случайное нанесение вреда больному: не-предоставление хирургической и терапевтической помощи, преждевременное прекращение хирургической и терапевтической помощи).
- Реальное досудебное возмещение пациенту морального вреда и материального ущерба, связанного с причинением вреда его жизни и здоровью по формулировке диагноза по МКБ-Х, например, оставлением инородного тела; перфорацией органа; ошибочностью дозировки; недостаточной стерильностью; несовместимостью крови и др. причинами, конкретизированными разделом У60-У65 МКБ-Х пересмотра.
- Прямое непосредственное право СМО восстанавливать нарушенное МО право застрахованного лица (пациента) на выбор медицинской организации для целей госпитализации выдачей СМО направления на госпитализацию.

Принцип пациентоориентированности

С целью реализации принципа пациентоориентированности в системе контрольно-надзорных органов ОМС целесообразно внедрение новых норм предотвращения смертности - объективизация контроля преемственности оказания медицинской помощи, соблюдения этапности оказания медицинской помощи и ее стандартизации. Для этого было бы актуальным:

1. Указание в нормативных актах руководителей органов государственной власти субъектов Российской Федерации соответствующих требований по последовательности внедрения обязательных позиций стандартов медицинской помощи в форме утвержденных:

- перечня нозологических форм в соответствии с ч. 16-19 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ (заболевание, состояние, основное заболевание, сопутствующее заболевание), курация (диагностика, лечение, профилактика, реабилитация) которых разрешена на уровне конкретной отдельной медицинской организации в соответствии с требованиями, обеспечивающими доступность и качество оказания медицинской помощи пациенту;
- правил направления, перевода и медицинской эвакуации больных конкретными нозологическими формами (состояниями, заболеваниями) с целью консультации, диагностики, лечения, профилактики и реабилитации из конкретной медицинской организации одного этапа оказания медицинской помощи на другой, вышестоящий

этап с соблюдением требований своевременности оказания медицинской помощи и учетом соизмерности временного, пространственного и транспортного факторов для ее оказания.

2. Введение в реестр пролеченных онкологических пациентов данных:

- стадия онкологического процесса в соответствии с отечественной классификацией (I-IV стадия)
 - для оценки своевременности оказания медицинской помощи, правильности выбора методов диагностики (стандарты для разных стадий) и контроля результата;
- номенклатурный код или наименование хирургического вмешательства, выполненного пациенту, определяющее КСГ болезней.

3. Введение в Программу государственных гарантий конкретных цифровых значений критериев качества медицинской помощи:

- доля впервые выявленных случаев онкологических заболеваний на ранних стадиях (I и II стадии) в общем количестве выявленных случаев онкологических заболеваний в течение года;
- доля пациентов, получивших специализированную медицинскую помощь в стационарных условиях в медицинских организациях, подведомственных федеральным органам исполнительной власти, в общем числе пациентов, которым была оказана медицинская помощь в стационарных условиях в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования;
- доля выездов бригад скорой медицинской помощи со временем доезда до пациента менее 20 минут с момента вызова в общем количестве вызовов;
- доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда;
- количество проведенных выездной бригадой скорой медицинской помощи тромболизисов у пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда в расчете на 100 пациентов с острым и повторным инфарктом миокарда, которым оказана медицинская помощь выездными бригадами скорой медицинской помощи;
- доля пациентов с острыми цереброваскулярными

болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями;

- доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом.

Основанием для подобного предложения является ежегодное постановление Правительства РФ, которым утверждается Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включающая раздел «IX. Критерии доступности и качества медицинской помощи», но она не содержит цифровых параметров критерия качества медицинской помощи, поэтому субъекты РФ нередко устанавливают произвольные цифры. Из такого подхода к критериям качества медицинской помощи следует возможность нарушения конституционной гарантии на равное право граждан РФ на получение медицинской помощи равно надлежащего качества, что способствует дискриминации граждан в равноправии на надлежащее качество медицинской помощи в зависимости от места проживания.

С целью общественного контроля и медицинской экспертизы документ должен содержать цифровые параметры критериев качества медицинской помощи, которые бы соответствовали и отражали именно надлежащее качество медицинской помощи.

4. Введение в реестр пролеченных пациентов с ОНМК и ОКС:

- 1) на догоспитальном этапе:
 - время доезда кареты СМП (время контакта с больным с момента вызова СМП);
 - дату выполнения тромболитической терапии (ТЛТ);
 - код препарата для ТЛТ;
 - доза препарата для ТЛТ;
 - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата;
- 2) на госпитальном этапе:
 - дату выполнения тромболитической терапии;
 - код препарата для ТЛТ;
 - доза препарата для ТЛТ;
 - при отсутствии введения препарата – причина: противопоказание по инструкции, отсутствие препарата или др.
 - время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с инфарктом миокарда, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с инфарктом миокарда);
 - сведения о проведенной тромболитической те-

рапии (препарат, доза и т.д.) и причины отказа в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведена тромболитическая терапия, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);

- сведения о стентировании коронарных артерий (дата операции, номенклатурный код вмешательства и т.д.), в случае отказа: причина (конкретное противопоказание для постановки стента, отсутствие стента, др.) (доля пациентов с острым инфарктом миокарда, которым проведено стентирование коронарных артерий, в общем количестве пациентов с острым инфарктом миокарда);
- время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации (доля пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями, госпитализированных в первые 6 часов от начала заболевания, в общем количестве госпитализированных пациентов с острыми цереброваскулярными болезнями);
- сведения о проведенной тромболитической терапии (препарат, доза и т.д.) и причины от-

каза в применении лекарственных средств (противопоказания по инструкции, отсутствие препарата, др.) (доля пациентов с острым ишемическим инсультом, которым проведена тромболитическая терапия в первые 6 часов госпитализации, в общем количестве пациентов с острым ишемическим инсультом).

Исходя из приведенных выше положений, пациентоориентированность в отечественном здравоохранении следует рассматривать как двуединую принцип-задачу:

- конкретный набор реально реализуемых организационно-медицинских предложений, которые могут существенным образом снизить негативные риски пациентов при получении медицинской помощи и в первую очередь летальный исход как безвозвратную потерю для общества;
- создание ориентированной на результат системы контроля с интегрированным функционированием всех контрольно-надзорных органов (СМО-ТФОМС-Росздравнадзор) с целью выявления дефектов при оказании пациенту медицинской помощи и последующего их предупреждения.

Для корреспонденции:

Кузнецов Дмитрий Юрьевич – Президент Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков, вице-президент Всероссийского союза страховщиков

Тел.: +7(495) 956-55-23. E-mail: ofis@iumi.ru

Адрес: 115093, г. Москва, ул. Люсиновская, д. 27, стр. 3, оф. 225

Старченко Алексей Анатольевич – д.м.н., профессор, зам.генерального директора ООО «РОСГОССТРАХ-Медицина», член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре, сопредседатель комитета независимой медицинской экспертизы НП «Национальная медицинская палата»

Тел.: +7(495) 287-81-27. E-mail: oms@rgs-oms.ru

Адрес: 121059, г. Москва, ул. Киевская, д. 7

For correspondence:

Dmitry Y. Kuznetsov – President of the Interregional Union of Medical Insurers, Vice President of the All-Russian Union of Insurers

Tel.: +7(495) 956-55-23. E-mail: ofis@iumi.ru

Address: Ul. Lyusinovskaya 27, bld. 3, off. 225, Moscow, 115093.

Alexey A. Starchenko, MD, PhD, Professor – Deputy Director General of the ROSGOSSTRAKH-Medicine Ltd. , Member of the Public Council for Protection of Patients' Rights at the Roszdravnadzor, Co-chairman of the Committee of Independent Medical Expert Examination of the National Medical Chamber

Tel.: +7(495) 287-81-27. E-mail: oms@rgs-oms.ru

Address: Ul. Kievskaya 7, Moscow, 121059.