Финансовые санкции в системе ОМС

Воробьев Игорь Викторович

зам. председателя

Новосибирской области Ассоциации врачей

главный врач ГБУЗ НСО «ГКП №20»

кандидат медицинских наук

В.В. Путин (2013 г)

«Эффективно управлять качеством медицинской помощи, образовательных программ, научных исследований можно только опираясь на авторитет профессиональной сферы. Восстановление профессиональной морали, самоуправление и самоощущение профессиональных коллективов – это то, на что вправе рассчитывать общество, пересматривая свои отношения с медицинским, учительским, научным сообществом…»

В.И. Скворцова (2013 г)

«…В перспективе полномочия, которые должны передаваться медицинскому сообществу – они должны увеличиваться в объеме…

…Безусловно, чтобы ни делали министерство здравоохранения …. или другие административные структуры - они ничего не смогут сделать, кроме неких рамочных построений. Потому что смысловая заливка всех этих рамок принадлежит медицинскому сообществу. ***Все решения должны приниматься вместе…»***

В.В. Путин (2013 г)

«Страховые медицинские организации, в основном, исполняют лишь функции посредников при передаче финансовых средств. Кроме того, они не мотивированы на повышение качества медпомощи и практически не несут за нее никакой ответственности. Я прошу министерство здравоохранения вплотную заняться вопросами совершенствования ОМС»

Какие выводы можно сделать из сказанного и чего, казалось бы, в этом ключе мы должны ожидать:

1. Дальнейшие увеличения роли общественных организаций –причем не только Национальной медицинской палаты на федеральном уровне, но и в регионах
2. Система ОМС нуждается в серьезной реконструкции и изменения должны быть направлены в сторону повышения качества медицинской помощи и ее доступности

Согласно ч.8 ст.39 вступившего в силу в **начале 2011** года Федерального закона 326 «Об обязательном медицинском страховании» **размер и порядок оплаты санкций** за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию **устанавливался договором**

В **конце 2013** года в ч.2 ст.30 Федерального закона «Об ОМС» были внесены изменения, предусматривающие полномочия ФФОМС установить Требования к структуре и содержанию Тарифного соглашения в системе ОМС. Эти Требования, утвержденные Приказом ФФОМС от 18.11.2014 года № 200, предусматривали, что **размеры санкций** ненадлежащего качества **должны быть включены в Тарифное соглашение** в системе ОМС в субъекте Федерации

И с начала 2016 года ситуация **опять изменилась (кардинально!)**

так как Минздрав России установил в Приказ МЗ РФ №536н формулы расчета размера санкций.

Эти формулы, установленные Минздравом России, по существу **непосредственно устанавливают размеры этих санкций (по простейшему математическом расчету),** что противоречит ч.8. ст.39 Федерального закона (о том, что это делается в договоре), а также лишает Комиссии по разработке территориальной программы в субъектах Федерации возможности устанавливать эти размеры самостоятельно в Тарифном соглашении

Другими словами, с **принятием этого Приказа потеряло всякий смысл устанавливать размеры санкций в Тарифном соглашении** в системе ОМС, поскольку фактически они уже прямо установлены в Правилах обязательного медицинского страхования

Точно также теперь не имеет смысла предусматривать размеры санкций в договоре на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС, **поскольку произвести расчет размера конкретной санкции в соответствии с Правилами ОМС не составляет никакого труда ни страховой медицинской организации, которая применяет эти санкции, ни медицинской организации, к которой они применяются**

Например, штраф по дефекту 4.6. составляет 100% размера подушевого норматива финансирования, неполная оплата медицинской помощи по дефекту 3.2.4 – 90% размера годового тарифа ОМС на оплату медицинской помощи и т.д.

Таким образом, ***уже второй раз подзаконными нормативными актами*** (сначала Требованиями к структуре и содержанию тарифного соглашения, утвержденным Приказом ФФОМС от 18.11.2014 года № 200, а теперь Приказом Минздрава от 96.08.2015 года о внесении изменений в Правила ОМС) ***сводится на нет действие ч.8 ст.39 Федерального закона «Об ОМС»*** о том, что размеры санкций устанавливаются договором на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС.

Этим же приказом значительно увеличились размеры штрафов в абсолютном значении

Например,

2015 г. штраф по п. 4.6. составлял 3% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год – *280,4 руб*

2016 г – штраф увеличился в 33 раза и составит 100% размера норматива финансового обеспечения территориальной программы обязательного медицинского страхования в расчете на одно застрахованное лицо в год, установленного на дату оказания медицинской помощи, т.е. для НСО – *9 346,96 руб*

Кроме того, размеры штрафов, рассчитанные в соответствии с утвержденной методикой, несоразмерны стоимости случаев оказания медицинской помощи.

Например, при тарифе осмотра на ТВС в 257 **руб. штраф превышает его в 36 раз!**

В то же время при применении данного нарушения по случаю оказания **высокотехнологичной медицинской помощи** доля штрафа от стоимости оказанной медицинской помощи значительно ниже (например, метод ВМП №34, стоимость 305 849 руб., доля штрафа составляет 3%)

Более того, и в гражданском, и в административном, и в уголовном праве существует правовой принцип о соразмерности между санкциями о общественной опасностью правонарушения. Какую такую опасность несет неправильная кодировка случая лечения? Или неумышленное дробление случая лечения?

В гражданско-правовых отношениях такие штрафы могут быть оспорены пострадавшей стороной и признаны в судебном порядке несоразмерными, даже если они установлены договором (см. например, ст.333 ГК РФ)

Сами санкции (даже по названию) претерпевают изменения, ничем не обусловленные и только ухудшающие ситуацию. Например, раньше санкция 4.4 называлась «Наличие признаков **фальсификации** медицинской документации с **умышленным** искажением сведений…». Сейчас «Наличие признаков искажения сведений, представленных в медицинской документации (дописки,, исправления, вклейки и т.д.)

Но самое неприятное (и за что все практикующие врачи просто проклинают нашу систему ОМС) – это рост количества экспертиз из года в год.

	Количество МЭЭ	Количество ЭКМП	Количество дефектов
2014	6226	1500	17,8%
2015	7001	2000	12,4%
2016	24122	3000	10,7%

Кроме того, на реэкспертизу в ТОФМС ежегодно забирается около 2, 5 тыс. МЭЭ и 1 тыс. ЭКМП.

Резкий подъем количества экспертиз в 2016г. обусловлен тем, что с начала года СМО стали проверять в 100% все случаи, когда количество обращений не соответствует стандарту, а так же все повторные случаи обращения к одному специалисту в течение 30 дней по одному заболеванию.

№1
МОСФАРМ

В.И. Скворцова

«Передовая всего здравоохранения – это первичное звено. Именно поэтому работа медиков санитарной службы, участковых терапевтов, врачей общей практики в последние годы является одним из приоритетов Министерства здравоохранения»

В.И. Скворцова

«… В странах с эффективной системой здравоохранения 70% пациентов решает свои проблемы со здоровьем в поликлиниках, и лишь 30% - в стационарах»

Уменьшить количество плановых экспертиз, проводимых страховыми медицинскими организациями, в 10 раз. Целевые экспертизы ограничить случаями жалоб пациентов, летальных исходов, внутрибольничных инфекций и осложнений, первичного выхода на инвалидность лиц трудоспособного возраста и детей.

Реэкспертизы ФОМСа проводить только по обращениям, медицинских организаций или страховых медицинских организаций в случаях наличия разногласий

Уменьшить количество нарушений, за которые предусмотрены санкции в системе ОМС. Отказаться от взыскания штрафов по незначительным поводам, существенно не влияющим на качество, доступность и своевременность оказания медицинской помощи застрахованным лицам. Оставшиеся составы нарушений в системе ОМС укрупнить и систематизировать, предварительно обсудив их с врачебным сообществом

Отказаться от использования подушевого норматива финансово обеспечения в качестве основы для расчета суммы штрафных санкций, поскольку, например, в поликлиническом звене он несоизмеримо выше тарифа за отсутствующие медицинские услуги. Возможно, было бы целесообразно, использовать для расчета штрафных санкций нормативы финансовых затрат (на случай стационарной помощи, на случай поликлинической помощи и т.д.), которые более адекватны по размерам

Включить в расходы медицинской организации, которые она имеет право осуществлять за счет средств ОМС, приобретение оборудования стоимостью более 100 тысяч рублей за единицу, поскольку фактически медицинские организации даже с существующим уровнем финансового обеспечения могут сэкономить средства на приобретение такого оборудования, но по формальным причинам не могут этого сделать

Средства из нормированного страхового запаса направлять в медицинские организации пропорционально суммам штрафов, наложенных на них