

## **Отчет об итогах общественных консультаций по вопросам Доклада по развитию медицинского страхования в Российской Федерации.**

По итогам проведенного анализа и обобщения поступившей от участников рынка информации по вопросам Доклада по развитию медицинского страхования в Российской Федерации (далее – Доклад) сообщаем, что за отведенный для обсуждения срок в Банк России поступило одно заключение от представителей профессионального объединения страховщиков, одно от страховой организации, одно от юридического лица и два от физических лиц. Состоялась очная консультация с представителями профессионального и экспертного сообщества, в рамках которой участники обменялись мнениями по вопросам, затронутым в Докладе, а также высказали дополнительные аргументы в пользу предлагаемых подходов. Помимо этого в Аналитическом центре «Форум» состоялось обсуждение отчета по итогу общественных консультаций, учитывающего мнение страхового сообщества по вопросам реализации инициатив, предложенных в Докладе.

По мнению участников обсуждения, организация публичных консультаций по вопросам Доклада оказалась полезной и актуальной формой общения с профессиональным сообществом, которая позволила получить мнения респондентов о предлагаемых Банком России изменениях, направленных на развитие медицинского страхования в Российской Федерации.

Обобщив представленные в Банк России заключения, можно сделать следующие выводы в отношении высказанных мнений:

### **1. Взаимодействие страховых медицинских организаций и медицинских организаций.**

1.1) Участники опроса поддержали создание системы рейтингования медицинских организаций, основанной на оценке качества предоставленной медицинской помощи. При этом респонденты считают целесообразным

наделить полномочиями по ведению рейтинга медицинских организаций ФФОМС. Отмечается, что впоследствии представляется целесообразным рассмотреть вопрос о создании специального агентства, наделенного расширенными полномочиями по оценке деятельности медицинских организаций, выставлению и регулярной актуализации рейтингов, которое не должно быть подконтрольно или подотчетно Минздраву России и ФФОМС.

1.2) Получено мнение о том, что полномочиями по ведению рейтингов могут обладать разные субъекты в зависимости от цели рейтингования и предполагаемых адресатах содержащейся в нем информации: Ассоциация страховых медицинских организаций, независимые профессиональные организации – рейтинговые агентства (например, «Эксперт-РА»), независимые аудиторские компании.

1.3) Представители страхового сообщества дали предложения по уточнению содержащихся в Докладе Банка России критериев в части оценки деятельности медицинских организаций для мониторинга и анализа показателей качества медицинских услуг. Например, в качестве одного из показателей качества медицинской помощи, можно установить выявление в ходе плановых проверок ТФОМС нецелевого расходования средств обязательного медицинского страхования (процент от целевых средств, перечисленных за отчетный период).

1.4) Часть участников опроса предлагает в качестве дополнительной меры, направленной на повышение качества работы медицинских организаций, замену действующего в настоящее время уведомительного порядка вхождения медицинской организации в систему обязательного медицинского страхования (ОМС) на разрешительный, путем установления специальных критериев для включения медицинской организации в систему ОМС.

1.5) Респондентами отмечено, что расторжение СМО договора с медицинской организацией не является эффективным способом воздействия на недобросовестные учреждения. Вместо этого предложено усилить

взаимодействие органов управления в сфере здравоохранения и страховых организаций, а также разработать систему мер ответственности медицинской организации за отсутствие положительных изменений в ее деятельности.

1.6) Респондентами было поддержано предложение закрепить за медицинскими учреждениями обязанность по предоставлению страховым медицинским организациям 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. Представители страхового сообщества отметили необходимость предоставления доступа к единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения, создаваемой в рамках Федерального закона от 29.07.2017 № 242-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам применения информационных технологий в сфере охраны здоровья».

## **2. Создание единой информационной системы.**

Согласно полученным мнениям создание единой информационной системы может стать эффективным инструментом для решения государственных задач в сфере здравоохранения. При этом функциями оператора указанной системы на федеральном уровне респонденты опроса предлагают наделить Минздрав России, а доступ к сведениями, содержащимся в ней, предоставить всем участникам ОМС. При этом необходимо предусмотреть порядок, регламентирующий доступ к единой информационной системе физических лиц.

По вопросу определения источников финансирования единой информационной системы респонденты отметили, что хотя в качестве основного источника финансирования целесообразно рассматривать средства Федерального бюджета, однако, учитывая общую заинтересованность в создании единой информационной системы, представляется целесообразным разделить бремя финансирования ее создания и функционирования между государством и бизнес-сообществом.

### **3. Допуск страховых медицинских организаций на рынок обязательного медицинского страхования.**

3.1) Значительная часть участников опроса не поддерживает инициативы по установлению дополнительных критериев для включения страховых медицинских организаций в реестр ТФОМС. Вместо этого предложено повысить требования к финансовой устойчивости страховых медицинских организаций. Вместе с тем, респонденты отмечают о целесообразности разработки требований и стандартов деятельности страховых организаций в сфере ОМС на уровне СРО.

3.2) В отношении вопроса об исключении страховой медицинской организации из реестра ТФОМС респонденты отметили, что, принятие решения должно осуществляться исключительно ФФОМС по представлению территориального фонда после проведения дополнительной проверки ФФОМС и подтверждения им наличия обстоятельств, требующих исключения СМО из реестра. При этом в качестве основания для принятия соответствующего решения предложено использовать подтвержденное решением суда нецелевое использование денежных средств, а также существенное нарушение условий договора о финансовом обеспечении ОМС, свидетельствующее о невозможности исполнения страховой медицинской организацией принятых на себя обязательств.

### **4. Контроль и надзор за деятельностью страховых медицинских организаций.**

4.1) В отношении предложений об установлении дополнительных оснований для принятия Банком России мер надзорного реагирования в отношении СМО респонденты полагают, что мониторинг количества случаев применения страховыми медицинскими организациями санкций к медицинским организациям не является надлежащим способом оценки эффективности исполнения страховыми медицинскими организациями своих обязательств. В качестве инструмента контроля и надзора предложено требовать от страховых медицинских организаций проведения анализа

причин нарушений и подготовки рекомендаций по их устранению с составлением соответствующей дорожной карты. По итогам исполнения мероприятий дорожной карты может быть принято решение о возможности дальнейшей работы руководителя медицинской организации. Также профессиональным и экспертным сообществом предложено наделить Росздравнадзор функциями по принятию мер надзорного реагирования в отношении недобросовестных медицинских учреждений на основании заключения и анализа экспертиз контроля объемов, сроков и качества и медицинской помощи, проводимых СМО.

4.2) В отношении стандартизации механизма регулирования в сфере ОМС участники опроса полагают, что при определении порядка и целей расходования средств РВД окажет негативное влияние на развитие конкурентной среды и качество предоставляемых услуг.

Следует отметить, что по результатам рассмотрения представленных заключений большая часть предложений, изложенных в докладе Банка России по реформированию системы ОМС, поддержана.

Банк России находит полученные от участников страхового рынка предложения актуальными и заслуживающими рассмотрения.

В тоже время, принимая во внимание социальную значимость медицинского страхования, Банк России полагает возможным наряду с поддержанными сообществом инициативами о расширении полномочий СМО, рейтинговании медицинских организаций, создании единой информационной системы, совершенствовании путей взаимодействия участников системы ОМС в целях защиты прав застрахованных, продолжить проработку вопросов о допуске страховых медицинских организаций в систему ОМС, порядке и условиях их исключения из реестра ТФОМС, совершенствовании инструментов контроля и надзора за страховыми медицинскими организациями со стороны Банка России, а также иные предложения Банка России, рассматривая их во взаимодействии с

Минздравом России, ФФОМС и профессиональными объединениями участников рынка.