

подробно

ОМС в запущенной форме

Почему российское страхование превратилось в хаос

18.09.2017

2



Фото: Тимофей Изотов / Коммерсантъ | [купить фото](#)

Федеральный фонд обязательного медицинского страхования оказался в центре скандала: как выяснила прокуратура, фонд тратил бюджетные деньги на закупку квартир своему руководству, а в выплатах сельским врачам отказывал. Почему российское обязательное медицинское страхование превратилось в хаос, разобрался "Огонек"

Наталья Нехлебова

Прокурорская фабула проста: установлено, что Федеральный фонд ОМС активно тратит бюджетные деньги на улучшение жилищных условий своих сотрудников. Например, Арби Ахматханов, заместитель начальника управления фонда, получил на эти цели 11,5 млн рублей. При этом у чиновника в собственности уже есть две квартиры в Арабских Эмиратах площадью 140 и 155,8 квадратных метра, плюс большая квартира в Москве. Всего фонд выделил пяти (!) своим руководителям 45 млн рублей...

У этой правоохранительной фабулы, однако, есть еще одна составляющая, которой следствие (пока?) не занимается: на фоне заметного улучшения жизни руководства организации, аккумулирующей средства ОМС, долги больниц в регионах достигают неслыханных размеров. Миллиард рублей — такой долг, например, у медучреждений Алтайского края, в Свердловской области кредиторская задолженность больниц 600 млн...



"Регионы закупают препараты вслепую"

Цифры по территориям разнятся, но проблема типовая. Так что для понимания общей картины имеет смысл рассмотреть ее в деталях на каком-то одном примере. Эксперты предложили за основу разбора взять Пермский край: здешние "болячки" не просто известны, их пытаются активно лечить — тем проще оценить масштаб явления.

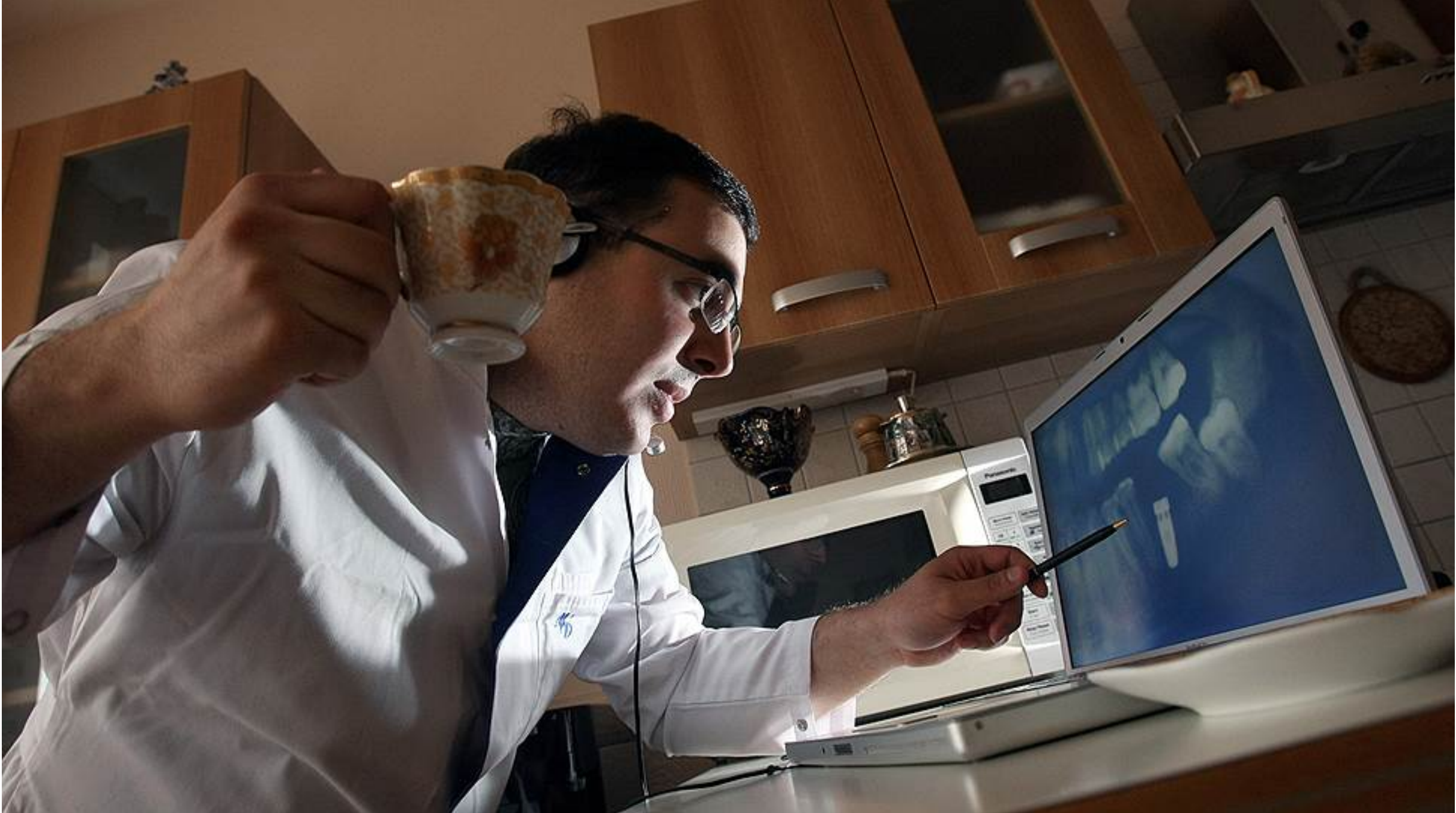
Итак, начнем с цифр. В Пермском крае на начало 2017 года общая задолженность медицинских организаций своим поставщикам составила около миллиарда рублей (сейчас уже больше — сумма продолжает увеличиваться). Избранный губернатор, правда, пытается исправить ситуацию (клиникам обещано 300 млн рублей), но разгрести завалы предшественников не просто. Нельзя сказать, что проблему не замечали — обеспокоенные письма в Пермь исправно слал федеральный Минздрав, в середине прошлого года покинули свои посты министр здравоохранения Перми Ольга Ковтун и директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Антон Бахлыков. Но, как утверждает глава исполкома ОНФ Пермского края Евгений Симакин, "долги продолжают значительно и неуклонно расти". За долгами тянется хвост: зная о неблагоприятии на территории, поставщики медикаментов завышают цену на свою продукцию, закладывая в нее риски, ведь когда они увидят реальные деньги, неизвестно. А значит, новые долги гарантированы. "Я был в нескольких больницах,— рассказывает Евгений Симакин,— там все лекарства подписаны: Сидоров, Григорьев, Попова... То есть люди покупают лекарства сами. Система обеспечения не работает".

Какая же связь между плачевным состоянием медицины в регионах и недвижимостью руководства ФОМС? Да самая прямая.

238 млрд на карманные расходы

Система обязательного медицинского страхования появилась в России в начале 90-х как отчаянная мера в условиях рухнувшего бюджета. Денег не было, и работодателям было предписано выплачивать фиксированный процент с доходов своих сотрудников. "Система ОМС рассматривалась в качестве временной меры",— объясняет Юрий Комаров, создатель НИИ в системе Минздрава РФ по управленческим и экономическим проблемам. Однако, как известно, нет ничего более постоянного, чем временное: с тех пор ОМС существует без изменений, хотя страна встала с колен, пережила тучные годы и вновь оказалась лицом к лицу с экономическими вызовами уже новой эпохи. А с 2013 года было введено одноканальное финансирование: ОМС стало главным источником денег в российском здравоохранении.

Бюджет фонда ОМС в этом году — 1,7 трлн рублей (заметим, общий бюджет здравоохранения, включая ОМС, 3 трлн рублей). Эти деньги платит каждый из нас — 5,1 процента от зарплаты ежемесячно. Схема на первый взгляд отстроена разумно: собранные средства Федеральный фонд перераспределяет в территориальные фонды, те выдают их страховым медицинским организациям. Последние, в свою очередь, перечисляют деньги клиникам — сколько услуг те оказали, столько и получили. Декларируется принцип: "Деньги идут за пациентом".



Больное лечится на расстоянии

Все бы ничего, но, как выясняется, деньги идут с потерями, причем немалыми. Часть финансового потока оседает в каждой из структур, которая стоит на пути движения средств в больницы. Еще часть достается страховым компаниям от суммы штрафов, которые они выписывают больницам за ненадлежащее оказание медпомощи (от 15 до 25 процентов от выписанного). В 2015 году, например, только страховые медицинские организации получили за свою деятельность 19,2 млрд рублей. А всего, по данным Юрия Комарова, из бюджета ОМС по дороге из фондов в больницы вымывается около 14 процентов. И если цифра верна — это 238 млрд (!).

Что же за такие деньги делают ФФОНС, территориальные (ТФОМС) и страховые организации? Первые две заняты сбором страховых взносов, они следят за работой страховых медорганизаций, выполнением законодательства об ОМС властями регионов. Страховые медорганизации должны представлять и защищать интересы пациентов, контролировать качество оказанного лечения и отвечать за него, так же как и медучреждение, которое оказывает услуги. По идее, все это должно создавать на медицинском рынке конкуренцию и неуклонный рост качества. Наверху пирамиды — господин застрахованный. За право его лечить конкурируют страховые организации и клиники, предлагая ему все самое лучшее. На деле, однако, все три блага, которые должна была бы дать нам ОМС — страховая медицина, конкуренция и качество,— существуют главным образом на бумаге. А в реальности повсеместно плодятся нищие медицинские учреждения и процветает расходование денег на нужды высокопоставленных чиновников ОМС.

Страховка как болезнь

"Страховые медицинские организации не выполняют свою главную функцию. На самом деле их обязанность — управление рисками организации медицинской помощи",— поясняют в Высшей школе организации и управления здравоохранением (собеседник "Огонька" пожелал остаться неизвестным).

То есть они должны заниматься организацией медицинской помощи и контролем за ней. По идее, как только человек заболел, он звонит страховщику, тот вызывает скорую помощь, согласует госпитализацию с тем стационаром, где есть возможность его сейчас принять и есть врач, который готов помочь именно по этой проблеме, где работает необходимое оборудование. Если в больнице пациенту предлагают купить лекарство, он также звонит своему страховщику и жалуется. Страховщик следит, чтобы пациенту последовательно и вовремя была оказана вся необходимая помощь. Во всем мире это называется управление страховыми рисками. Это то, для чего и существуют страховые медицинские компании…

А что у нас? А у нас эти организации занимаются проверкой услуг, уже оказанных, сверяют то, что написано в документах медучреждений, с тем, что обозначено в стандартах Минздрава. То есть к качеству медицинской помощи это никакого отношения не имеет! И хотя на самом высоком уровне говорилось о необходимости перехода с бюрократического именно на страховой принцип работы ОМС, перехода не происходит: страховые медицинские организации (СМО) не несут ответственности за застрахованного человека, который платит им деньги.



Медицина там бессильна

За что же они в ответе? Около половины выявляемых страховыми организациями нарушений приходится на… неправильное оформление медицинской документации (данные Счетной палаты), 53 процента — на нарушения порядков и стандартов медпомощи. Это забавно: до сих пор не на все болезни существуют стандарты. Стало быть, доходы проверяющей стороны зависят не от объективных параметров, а от дотошности и… фантазии при проверках. И вовсе не случайно, что разные страховые компании, проверяя одни и те же организации, находят совершенно разное количество "штрафных позиций" — креатив доступен не каждому. Зато по ключевой для населения графе "доступность медпомощи" нарушений исправно выявляется меньше всего — только 0,1 процента. Причина понятна: эта болевая точка нашего здравоохранения страховым организациям просто не видна — ведь они работают с уже написанной историей болезни. Больной, который год ждет госпитализации, не может им пожаловаться.

Во всем мире страховые медорганизации — это НКО. Только у нас и в США — это коммерческие, частные компании. И, конечно, они в первую очередь заинтересованы в прибыли. "Мы государственные деньги государственным же учреждениям передаем через частных коммерческих посредников! — возмущается Юрий Комаров.— У нас все участники процесса в ОМС заинтересованы в росте числа оказанных медицинских услуг, но не заинтересованы в их результатах (лучше стало больному или хуже и т.д.). То есть смысл деятельности в том, чтобы лечить, а не в том, чтобы вылечить: чем больше медицинских услуг будет оказано, тем больше денег они все получают. Система работает на самовоспроизводство. Она экономически заинтересована в росте числа больных людей, а особо — в увеличении доли тяжело больных, с длительно или хронически протекающими болезнями. Но это ведь вступает в противоречие с потребностями государства и общества!"

"Сейчас мы по закону проверяем в совокупности не более 10 процентов случаев оказания медицинской помощи. Это смешно,— поясняет президент Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрий Кузнецов.— Ведь что такое страховая модель? Это когда вы заранее налаживаете процессы так, чтобы конвейер не выдавал брак. Тот контроль, который существует у нас, настроен по другому принципу — мы оцениваем то, что выходит с конвейера. То есть не предупреждаем брак, а боремся с его последствиями. Хотя надо отметить: ситуация постепенно меняется…"

Всего, по данным Юрия Комарова, из бюджета ОМС по дороге из фондов в больницы вымывается около 14 процентов. И если цифра верна — это 238 млрд

Перемена в следующем: год назад было объявлено, что начал создаваться институт страховых представителей. Это человек в страховой компании, которому вы можете позвонить и рассказать, что вас не устраивает в лечении. Новация замечательная, но, увы, пока это полумифический персонаж. Например, в Новосибирской области по филиалу Росно-МС один (1) страховой представитель обслуживает 19 тысяч застрахованных, а по филиалу Ингосстрах-М — 314 тысяч застрахованных. В Москве не лучше: один представитель Ингострах-М обслуживает 30 тысяч застрахованных, а один человек на этой позиции в "Спасских воротах" — 370 тысяч человек…

Хотя будем объективны: в существующей диковатой системе ОМС страховые организации все же выполняют важную контролирующую функцию в ряде случаев (экспертизы смерти, например, или реального ущерба здоровью пациентов), а главное — они борются с тотальными приписками медучреждений.

Дело в том, что, пытаясь получить больше денег, больницы приписывают больному ненужные процедуры, в историях болезни появляются медицинские услуги, которые никто не оказывал. "Каждая приписка — это деньги,— объясняет Юрий Комаров,— так больницы пытаются выживать". На это упирают и сами страховщики, отмечая свою полезность и незаменимость: именно санкции за приписки составляют большую часть так называемых штрафов за неправильно оформленную документацию.

В целом же мы имеем дивную систему: больницы наживаются на приписках, а страховые компании — на их обнаружении. Государство это устраивает, так как сложившаяся практика экономит бюджет (в среднем в год СМО возвращают в казну около 60 млрд рублей), а страховые организации действуют как канал, по которым деньги текут сразу в двух направлениях — в клиники на больных и обратно в бюджет через штрафы. Удобно, конечно. Особенно страховщикам — с любой транзакции они получают прибыль.

Рука в руке

Эксперты, впрочем, отмечают: даже если страховые медорганизации захотели бы осуществлять реальный контроль качества помощи, это было бы невозможно. Ведь они только пешки в этой игре на миллиарды — над ними целая система, которой они должны подчиниться.

Поясним. В каждом регионе существуют Территориальные фонды обязательного медицинского страхования. И — удивительное дело — они не зависят от Федерального фонда. Их учредителем является субъект Федерации. Центр, передав в регионы деньги, не несет никакой ответственности — ни за их расходование, ни за качество медпомощи в регионах.

"Это ненормальная и одновременно уникальная ситуация,— замечают в Высшей школе организации и управления здравоохранением.— Все бюджетные федеральные фонды — Пенсионный фонд, Фонд социального страхования — работают в регионах напрямую. Но в ОМС все хитрее: деньги у Федерального фонда, а ответственность за финансирование медицинской помощи в регионах — на территориальных фондах и региональных властях. В результате, когда в регионе закрывается больница и народ выходит на улицы, пишет письма в Москву, им сверху говорят: извините, мы деньги отдали в регион, а тот распределил, как получилось. А регион всегда может перевести стрелки на центр: деньги дают сверху, но их мало. И так обе стороны кивают друг на друга".

Что в сухом остатке? А вот что: с деньгами ОМС при таком раскладе можно обращаться как угодно. И обращаются — кто как может.

В каждом субъекте распоряжением губернатора создается так называемая комиссия по формированию территориальной программы обязательного медицинского страхования. В нее входят представители власти региона, члены территориального фонда ОМС, страховщиков, лечебных учреждений и профсоюза медработников. Эта комиссия (а не рынок и не выбор пациентов) распределяет деньги ОМС между лечебными учреждениями. Предполагается, что коллективная ответственность должна обеспечить справедливость этого распределения. Но на самом деле комиссии не несут никакой ответственности за свои решения (кроме моральной). А поступают они, как правило, следующим образом: поступившие средства разделяют на два потока. Первый — это так называемые лимиты, те суммы средств ОМС, которые каждая больница получает на год (вопреки страховому принципу "деньги идут за пациентом"). Второй поток направляется на оплату услуг. И здесь заветное слово — "тарифы", то есть стоимость оказания той или иной медицинской услуги. По идее, тарифы должны формироваться на основе расчета себестоимости медицинской услуги, чтобы как минимум возместить лечебному учреждению расходы. Однако сегодня в России реальной себестоимости медицинских услуг в системе ОМС не знает никто. Единой методики расчета нет. "Никому не известно, сколько стоит, например, УЗИ,— говорят эксперты "Огонька".— Поэтому тарифы серьезно разнятся не только от региона к региону, но и зачастую в рамках одного региона между разными лечебными учреждениями".

И устанавливаются эти тарифы и лимиты для разных лечебных учреждений в большинстве случаев на основе личных отношений (так, во всяком случае, заявляют эксперты "Огонька"). Например, региональная больница с авторитетным главным врачом, который к тому же является родственником губернатора, получит львиную долю, а районные и сельские больницы — крошечный лимит, минимальный тариф, к тому же у них маленький поток пациентов. И если главный врач сельской больницы не имеет сильного административного веса, то он будет довольствоваться теми лимитами и тарифами, которые ему дадут. Так и появляются громадные долги — ведь за небольшим количеством пациентов идут крохотные деньги. Сама система ОМС уничтожает низовую медицину.

"Де-факто на уровне региона мы имеем бюджетно-распределительную систему в худшем ее варианте,— утверждают эксперты,— создаются идеальные условия для воровства денег, неэффективного расходования". Звучит резко, а как сказать иначе, если огромные средства распределяются на основе личных отношений, если клиники разделены на "свои" и "чужие". И если вдруг "чужие" работают хорошо, востребованы пациентами и превышают установленный лимит, то им нужно или "договариваться" о его увеличении, или судиться, пытаясь получить оплату своей работы, или уходить в убыток. А по-другому не получится — ведь они не имеют права отказывать в помощи по ОМС, даже если лимит финансирования исчерпан. "Свои" же лечебные учреждения, даже если они и не очень востребованы, пытаются "освоить" выделенные лимиты с помощью приписок.

Посмотрим, как это работает в нашем "модельном" для разбора ситуации регионе — Пермском крае. Как выяснила аудиторская проверка Контрольно-счетной палаты Пермского края, в течение 2015 года здешний территориальный фонд менял тарифы для разных медучреждений аж 11 раз. Только в 2016 году там в результате изменений финансирование поликлиник и скорой медицинской помощи было снижено на 534 млн рублей. В том же году у 81 медицинской организации (из имеющихся 102) с помощью тарифных манипуляций были снижены доходы, а у 21 организации — увеличены. "При этом расширен перечень услуг и тарифов на медицинские услуги диализа, что приводит к увеличению доходов медицинских организаций, оказывающих услуги диализа",— говорится в отчете проверки. Почему так расщедрились на диализ? Все просто: диализные центры в крае обслуживает некая компания, с хозяевами которой, как утверждают в регионе, бывший министр здравоохранения края поддерживала неформальные отношения…

Пытаясь получить больше денег, больницы приписывают больному ненужные процедуры, в историях болезни появляются медицинские услуги, которые никто не оказывал

Страховые организации в такой крепкой конструкции — простые "операторы". Ведь даже их борьба с приписками ограничена личными интересами. "В рамках неформальных практик субъект Федерации устанавливает лимиты страховым медицинским организациям на штрафы,— сообщает собеседники "Огонька".— Это значит, что глава территориального фонда вызывает руководителя страховой медицинской организации и говорит, например: "Горбольница N 1 — не больше полутора процента штрафов! Если больше — ты работать здесь не будешь"". Бывший руководитель Пермского территориального фонда Бахлыков хотел было установить размер штрафов в 30 процентов от всех проверенных дел, но его осадили. Теперь он возглавляет… департамент здравоохранения Севастополя.

Под занавес сюжет из жизни. "В больницу поселка Гайны привезли лесника,— рассказывает глава исполкома пермского ОНФ Евгений Симакин,— ему на ногу упало дерево и раздробило кость. Нужна срочная ампутация. Сельская больница не имеет права это делать, это не предусмотрено ее тарифом. Но медики все равно оперируют, потому что это вопрос жизни и смерти. Но денег они за операцию не получают. Только если через суд". Но и это не все. Страховая медорганизация может сельских врачей еще и оштрафовать — ведь это высокотехнологическая помощь, а по стандарту ее могут оказывать только в районной больнице...

Нехорошее место



Самое поразительное, что за качество медицинских услуг не отвечает никто

Фото: Олег Харсеев, Коммерсантъ

"Сегодня на уровне регионов сформирована замкнутая самодостаточная закрытая неконкурентная система финансирования медицинской помощи, не имеющая ничего общего со страхованием",— делают вывод эксперты "Огонька"

Можно ли это изменить? Можно. Необходимо возложить на федеральный Минздрав ответственность за доступность медицинской помощи по всей территории страны, заменив территориальные фонды ОМС и региональные Минздравы региональными отделениями Федерального фонда ОМС и федерального Минздрава. Добиться, наконец, выполнения страхового принципа "деньги идут за пациентом", исключив практику лимитов и других ограничений. Уточнить функции страховых медорганизаций, возложив на них ответственность за управление рисками организации медицинской помощи и поддержки пациентов в период ее оказания. Дмитрий Кузнецов, президент Межрегионального союза медицинских страховщиков, соглашается: "Страховщик должен стать именно страховой организацией. Кроме того, должна произойти конкретизация объема услуг, оказываемых в ОМС".

Есть и более радикальные предложения. Глава СП Татьяна Голикова, к примеру, в качестве решения предлагала ликвидировать страховые медорганизации вообще, передав их функции терфондам. Но не все эксперты это разделяют: "Если бы дело было только в страховых организациях, их можно было бы отрезать как опухоль и дело с концом,— комментирует Евгений Гонтмахер, заместитель директора по научной работе Института мировой экономики и международных отношений,— но вся система абсолютно гнилая. Страховые организации поддерживают в ней определенный баланс. Без них это превратится вообще в совершенный хаос. Давать больному в качестве защитника чиновника — дело опасное".

Как показывает прокурорское следствие, с которого мы начали этот материал, оставлять все как есть — тоже небезопасно.

Судьба предыдущего руководителя Федерального фонда ОМС Андрея Таранова и его замов, дружной компанией отправившихся в тюрьму в 2009 году (руководители фонда получили от 4 до 9 лет колонии за коррупцию), не произвела впечатление на сменщиков — теперь вот пришел их черед общаться с правоохранителями. Может, как говорил классик, все-таки что-то поправить в консерватории?..

Деньги на все

Детали

Как распределяются средства ОМС

Для пациентов

Первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением санитарно-авиационной эвакуации), специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная медицинская помощь, в следующих случаях: онкология; болезни эндокринной системы; расстройства питания и нарушения обмена веществ; болезни нервной системы; болезни крови, кроветворных органов; отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм; болезни глаза и его придаточного аппарата; болезни уха и сосцевидного отростка; болезни системы кровообращения; болезни органов дыхания; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани; травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин; врожденные аномалии (пороки развития); деформации и хромосомные нарушения; беременность, роды, послеродовой период и аборт; отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Как больницы тратят средства ОМС

Оплата труда и начисления на выплаты по оплате труда — 70,7%

Приобретение медикаментов и перевязочных средств, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, стекла, химпосуды и прочих материальных запасов — 15,2%

Приобретение продуктов питания — 1,8%

Покупка мягкого инвентаря — 0,1%

Оплата работ (услуг) — 10%

Источник: ФФОМС. На что тратятся недостающие 2,2 процента, ФФОМС информации не дает

 Главные новости от «Ъ» вы можете получать на e-mail

Материалы по теме:

- Деньги на все
- "Регионы закупают препараты вслепую"
- Больное лечится на расстоянии
- Медицина там бессильна

Журнал "Огонёк" №37 от 18.09.2017, стр. 12

КАТЕГОРИИ:

Авторы:

Наталья Нехлебова

Темы:

Здоровье и здравоохранение

Борьба с мошенничеством и хищениями

Рынок страхования

подписка

КОММЕНТИРОВАТЬ

PDF-ВЕРСИЯ ПЕЧАТЬ

рекомендуем



Общественники поместили московский мусор



Искусственный интеллект проверили на IQ



За расстрел в Лас-Вегасе ответят гостиница, организаторы концерта и производители оружия

Россия увеличит онлайн-экспорт



Грузовики поехали за деньгами



У iPhone проверили регистрацию



Эрдоган не признал Крым и пообещал объединиться с Украиной



ЦБ ввел в обращение новые банкноты



Откуда у Улюкаева золотые слитки: неожиданное объяснение

наглядно



ФОТОГАЛЕРЕЯ:

[illegible]

Водоступность грунтов на глубине до десяти тысяч метров торговых территорий и подземную парковку

спецпроекты



Время вторых

Краткая история сиквела

Прокатная десятка

Что посмотреть в кино на выходных 14-15 октября



«Взяли на роль моей милой жены уродливую тетку с огромным ртом»

Самые нелепые претензии к биографическим фильмам



500 лет Реформации

Почему Российская империя склонялась к «криптолютеранству»



От империи к советам

Что происходило в России 1917 года



Курс доллара

Что будет с рублем 16-20 октября





Цена счастья
Сколько мечтают зарабатывать жители разных стран — в инфографике “Ъ”

[все спецпроекты](#)

актуальные темы



Смена губернаторов
«Матильда» в кинотеатрах
«Мертвые души» в Роскомнадзоре
Активность Центробанка
Санкции США в отношении Ирана

[все темы](#)

партнерский проект

Вопрос доверия
Примите участие в небольшом опросе и расскажите, кому вы доверяете



[все проекты](#)

обсуждение

опрос

Нужна ли стране особая молодежная политика?

- ☐ Необходима, если не будет своей программы, молодежи будет навязана чужая
- ☐ Бред, тогда нужна отдельная политика для мужчин, женщин, стариков и детей
- ☐ Профанация в таком деле неизбежна, и советский опыт это подтверждает

[Ответить](#) | [Архив опросов](#)

[ПОЛНАЯ ВЕРСИЯ САЙТА](#) | [КОНТАКТЫ](#) | [ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ](#)

