

**МОНИТОРИНГ
ИНФОРМАЦИОННОЙ ОТКРЫТОСТИ МОСКОВСКОЙ СИСТЕМЫ
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ОМС)**

**В рамках исследования качества исполнения компаниями медицинского страхования
своих обязанностей**

Февраль 2016 г.

Содержание

УТОЧНЕНИЕ ЗАДАЧИ	2
НОРМАТИВНАЯ БАЗА РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КОМПАНИЙ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ	2
ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ	2
<i>Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".</i>	<i>2</i>
Общие положения	2
Положения об информационном обеспечении ОМС в рамках 326-ФЗ	3
Положения об источниках формирования бюджетов системы ОМС.....	5
<i>Правила обязательного медицинского страхования.....</i>	<i>5</i>
<i>Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год</i>	<i>7</i>
МОСКОВСКОГО УРОВНЯ	8
<i>Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год</i>	<i>8</i>
СХЕМА 1. ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СУБЪЕКТОВ ОМС ФЕДЕРАЛЬНОГО И ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО УРОВНЕЙ СОГЛАСНО 326-ФЗ	10
СХЕМА 2. БЮДЖЕТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ В СИСТЕМЕ ОМС СОГЛАСНО СТ. 26-28 326-ФЗ.....	11
ОБЩАЯ ОФИЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ ОМС В МОСКВЕ	12
Общие отчетные данные МГФОМС за 9 месяцев 2015 года.....	12
Данные по обращениям и жалобам граждан в МГФОМС за 9 месяцев 2015 года	13
ДАнные с САЙТОВ МГФОМС И СТРАХОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ МОСКВЫ	14
ДАнные ОБРАЩЕНИЙ В СТРАХОВЫЕ КОМПАНИИ ПО СЛУЧАЯМ ОБРАЩЕНИЙ ГРАЖДАН	20
ВЫВОДЫ	21
Общее резюме по результатам мониторинга.....	21
По нормативной базе	22
По представленным страховым медицинским организациям ОМС открытым данным	23
По результатам обращений в страховые компании.....	24

Уточнение задачи

В рамках исследования требуется оценить готовность страховых компаний оказать содействие в информировании и помощи по случаям обращения граждан, выбранным в рамках исследования горячих линий ДЗМ из тех, что идентифицированы по страховым компаниям или номерам полиса ОМС.

Общим посылом исследования является проверка возможности для граждан, имеющих негативный опыт решения медицинских проблем через систему ДЗМ (включая «горячие линии» и телефоны доверия данного ведомства), иметь альтернативную возможность их решения через официальных коммерческих агентов медпомощи (страховые компании) имеющиеся по ним проблемы помимо государственных служб. В этом смысле оценке также подлежит доступность соответствующих служб и сервисов страховых компаний по имеющимся телефонам (а также самих телефонов на сайтах компаний), наличие в них специализированных отделов по решению проблем медстрахователей, а также заинтересованность в решении проблем и готовность предоставить нужную информацию по всем возможным, предоставляемым полисом ОМС.

Однако в первую очередь оценке подлежит соответствие деятельности страховых компаний по взятым в рассмотрение случаям закону об их деятельности.

Нормативная база регулирования деятельности компаний медицинского страхования

Федерального уровня

Федеральный закон Российской Федерации от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

<http://www.rg.ru/2010/12/03/oms-dok.html>

Общие положения

Статья 2. Правовые основы обязательного медицинского страхования

1. Законодательство об обязательном медицинском страховании основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из

- Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан,
- Федерального закона от 16 июля 1999 года N 165-ФЗ "Об основах обязательного социального страхования",
- настоящего Федерального закона [№ 326-ФЗ],
- других федеральных законов, законов субъектов Российской Федерации.
- Отношения, связанные с обязательным медицинским страхованием, регулируются также иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Статья 3. Основные понятия, используемые в настоящем Федеральном законе

Для целей настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

1) обязательное медицинское страхование – вид обязательного социального страхования, представляющий собой **систему создаваемых государством** правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение **при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания** застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств обязательного медицинского страхования в пределах территориальной программы обязательного медицинского страхования и в установленных настоящим Федеральным законом случаях в пределах базовой программы обязательного медицинского страхования;...

Статья 4. Основные принципы осуществления обязательного медицинского страхования

5) создание условий для обеспечения **доступности и качества медицинской помощи**, оказываемой в рамках программ обязательного медицинского страхования.

Положения об информационном обеспечении ОМС в рамках 326-ФЗ

Глава 4. Права и обязанности застрахованных лиц, страхователей, страховых медицинских организаций и медицинских организаций

Статья 16. Права и обязанности застрахованных лиц

1. Застрахованные лица имеют право на... б) **получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;**

7. Страховые медицинские организации, указанные в части 6 настоящей статьи:

3) **предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.**

Статья 17. Права и обязанности страхователей

1. **Страхователь имеет право получать информацию от Федерального фонда и территориальных фондов, связанную с регистрацией страхователей и уплатой им страховых взносов на обязательное медицинское страхование.**

4. Регистрация и снятие с регистрационного учета страхователей, указанных в части 1 статьи 11 настоящего Федерального закона, осуществляются в территориальных органах Пенсионного фонда Российской Федерации. **Контроль за регистрацией и снятием с регистрационного учета указанных страхователей осуществляют территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, которые представляют соответствующие данные в территориальные фонды в порядке, определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.**

Статья 20. Права и обязанности медицинских организаций

1. Медицинские организации имеют право:

б) размещать на своем официальном сайте в сети Интернет информацию о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи;

Статья 22. Страховые взносы на обязательное медицинское страхование работающего населения

2. Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации представляют сведения об уплате страховых взносов на обязательное медицинское страхование работающего населения в территориальные фонды в порядке, **определяемом соглашением об информационном обмене между Пенсионным фондом Российской Федерации и Федеральным фондом.**

Глава 6. Правовое положение Федерального фонда и территориального фонда

Статья 33. Правовое положение, полномочия и органы управления Федерального фонда

8. Федеральный фонд:

3) **получает из органа, осуществляющего контроль за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, необходимую информацию для осуществления обязательного медицинского страхования;**

8) **определяет общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования;**

14) **в пределах своих полномочий проводит проверку достоверности информации, предоставленной субъектами обязательного медицинского страхования и участниками обязательного медицинского**

страхования, и проверку соблюдения требований к порядку и условиям ее предоставления, получения и использования;

15) **обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;**

Статья 34. Правовое положение, полномочия и органы управления территориального фонда

7. Территориальный фонд осуществляет следующие полномочия страховщика:

3) **получает от органа, осуществляющего контроль** за правильностью исчисления, полнотой и своевременностью уплаты (перечисления) страховых взносов на обязательное медицинское страхование, **необходимую информацию** для осуществления обязательного медицинского страхования;

17) обеспечивает в пределах своей компетенции защиту сведений, составляющих информацию ограниченного доступа;

Статья 38. Договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования

2. В договоре о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования должны содержаться положения, предусматривающие следующие **обязанности страховой медицинской организации**:

11) **раскрытие информации о своей деятельности в соответствии с настоящим Федеральным законом;**

Статья 39. Договор на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию

3. **В договоре на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию должны содержаться положения**, предусматривающие следующие обязанности страховой медицинской организации:

1) **получение от медицинских организаций сведений, необходимых для осуществления контроля** за соблюдением требований к предоставлению медицинской помощи застрахованным лицам, информации о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи и иных сведений в объеме и порядке, которые установлены договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, обеспечение их конфиденциальности и сохранности, а также осуществление проверки их достоверности;

8. **Медицинская организация не вправе препятствовать доступу экспертов к материалам, необходимым для проведения медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи, и обязана предоставлять экспертам запрашиваемую ими информацию.**

Статья 43. Персонифицированный учет в сфере обязательного медицинского страхования

4. **Для целей персонифицированного учета Федеральный фонд и территориальные фонды осуществляют информационное взаимодействие** со страхователями для неработающих граждан, с Пенсионным фондом Российской Федерации и его территориальными органами, медицинскими организациями, страховыми медицинскими организациями **и иными организациями** в соответствии с настоящим Федеральным законом.

Статья 44. Персонифицированный учет сведений о застрахованных лицах и сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам

5. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов как в письменной форме, так и в электронной форме при наличии гарантии их достоверности (подлинности), защиты от несанкционированного доступа и искажений. В этом случае **юридическая сила представленных документов подтверждается электронной цифровой подписью** в соответствии с законодательством Российской Федерации. Решение о возможности предоставления информации в электронной форме принимается совместно участниками информационного обмена.

6. Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи относятся к информации ограниченного доступа и подлежат защите в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 49. Взаимодействие территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователя для неработающих граждан и территориального фонда при ведении персонифицированного учета сведений о застрахованных лицах

3. Территориальные органы Пенсионного фонда Российской Федерации, страхователи для неработающих граждан осуществляют обмен информацией с территориальными фондами в электронном виде в порядке, определяемом соглашениями об информационном обмене, и по форме, утверждаемой Федеральным фондом и Пенсионным фондом Российской Федерации.

Статья 50. Программы модернизации здравоохранения

3. Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели:

2) **внедрение современных информационных систем** в здравоохранение в целях перехода на полисы обязательного медицинского страхования единого образца, в том числе обеспеченных федеральным электронным приложением универсальной электронной карты, внедрение телемедицинских систем, систем электронного документооборота и ведение медицинских карт пациентов в электронном виде; ...

Положения об источниках формирования бюджетов системы ОМС

Согласно Ст. 11-15, страхователями источником средств для ОМС являются типичные налогоплательщики: физлица, ИЧП, предприятия и иные организации, а также налоговые и штрафные платежи от них; страховщиком и основным источником средств ОМС – Федеральный фонд ОМС, состав бюджета которого формируется из отмеченных типичных источников. Важной частью 326-ФЗ является Ст. 26 п. 4. пп. 5), где в числе доходов территориального фонда ОМС обозначены «*доходы от размещения временно свободных средств*», фактически являющиеся декларацией полномочия субъекта РФ на ведение инвестиционной деятельности и целевого использования полученных от нее доходов на нужды местного фонда ОМС.

Особую категорию пунктов закона составляют статьи об ОМС для неработающего населения, источником средств для которого оказывается территориальный бюджет, однако ничего не говорится про соотношение работающих и неработающих среди застрахованных лиц, а также об источниках пополнения бюджета Фондов ОМС в общих условиях роста безработицы, дефицита ликвидности и связанных с изменением этих показателей в негативную сторону изменений в перечне оказываемых в рамках ОМС видов медпомощи.

Правила обязательного медицинского страхования

Правила представляют собой приложение к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н («Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования»): <http://www.rg.ru/2011/03/10/oms-pravila-dok.html>

I. Общие положения

1. Настоящие Правила обязательного медицинского страхования (далее - Правила) **регулируют правоотношения субъектов и участников обязательного медицинского страхования при реализации Федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326 "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"**¹ (далее - Федеральный закон).

2. Правила устанавливают...

- **требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации;**

...XIII. Требования к размещению страховыми медицинскими организациями информации

182. Страховые медицинские организации размещают на собственных официальных сайтах в сети "Интернет", опубликовывают в средствах массовой информации следующую информацию:

- 1) о деятельности в сфере обязательного медицинского страхования;
- 2) о составе учредителей (участников, акционеров);
- 3) о финансовых результатах деятельности;
- 4) об опыте работы;
- 5) о количестве застрахованных лиц всего, в том числе в субъектах Российской Федерации;
- 6) о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации;
- 7) о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи;**
- 8) о выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушениях при предоставлении медицинской помощи;
- 9) о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе о праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации;
- 10) о порядке получения полиса, в том числе:
 - заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации; заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса; адреса и режим работы пунктов выдачи полисов;
 - адреса официальных сайтов в сети "Интернет" страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;
 - номера телефонов и адреса электронной почты справочной службы страховой медицинской организации, участвующей в сфере обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации;
 - перечень документов, необходимых для получения полиса;
 - порядок обжалования решений, действий или бездействия работников при выдаче полисов;
 - номера телефонов и адреса электронной почты подразделений по организации защиты прав застрахованных лиц страховых медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации и территориального фонда;
- 11) об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом.

183. Вышеперечисленная информация должна быть размещена на главной странице собственного официального сайта страховой медицинской организации в сети "Интернет" следующими способами:

- 1) непосредственно в виде текста, а при необходимости должны содержать таблицы, графики, диаграммы, графические изображения;
- 2) в виде активных ссылок, при активации которых пользователь получает доступ к страницам сайта, содержащим информацию, указанную в пункте 182 настоящих Правил;
- 3) в виде пиктограмм, обозначающих размещенные файлы, содержащие информацию, указанную в пункте 182 настоящих Правил.

184. Способы размещения информации, указанные в пункте 182 настоящих Правил, должны обеспечивать возможность пользователю распечатать на бумажном носителе информацию: о порядке получения полиса, об обязанностях застрахованных лиц в соответствии с Федеральным законом, о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, в том числе праве выбора или замены страховой медицинской организации, медицинской организации, о медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования на территории субъекта Российской Федерации, о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.

185. Размещаемая на официальном сайте информация подлежит актуализации не позднее трех рабочих дней с момента ее изменения.

186. Опубликование в средствах массовой информации (включая электронные) информации, указанной в пункте 182 настоящих Правил, осуществляется страховой медицинской организацией **не реже одного раза в год**. Максимальное число публикаций не ограничено. Страховые медицинские организации хранят экземпляры или электронные версии публикаций **не менее трех лет**.

187. При размещении на официальном сайте в сети «Интернет» или в средствах массовой информации, включая электронные, персональных данных необходимо учитывать требования законодательства Российской Федерации, определяющих необходимость получения согласия субъекта персональных данных на их опубликование в открытых источниках.

188. Размещению на официальном сайте страховой медицинской организации в сети «Интернет» и средствах массовой информации не подлежит информация, содержащая государственную или иную охраняемую тайну.

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год

I. Общие положения

Программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год (далее - Программа) устанавливает перечень видов, форм и условий медицинской помощи, оказание которой осуществляется бесплатно, перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых

осуществляется бесплатно, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, средние нормативы объема медицинской помощи, средние нормативы финансовых затрат на единицу объема медицинской помощи, средние подушевые нормативы финансирования, порядок и структуру формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, а также требования к территориальным программам государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в части определения порядка и условий предоставления медицинской помощи, критериев доступности и качества медицинской помощи.

Программа формируется с учетом порядков оказания медицинской помощи и **на основе стандартов медицинской помощи**, а также с учетом особенностей половозрастного состава населения, уровня и структуры заболеваемости населения Российской Федерации, основанных на данных медицинской статистики.

Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с Программой разрабатывают и утверждают территориальные программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2016 год, включая территориальные программы обязательного медицинского страхования, установленные в соответствии с законодательством Российской Федерации об обязательном медицинском страховании (далее – территориальная программа).

...III. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно

Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни;
- новообразования;
- 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, в том числе болезни полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования);
- 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;
- психические расстройства и расстройства поведения;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

В соответствии с законодательством Российской Федерации отдельным категориям граждан осуществляются:

- обеспечение лекарственными препаратами (в соответствии с разделом V Программы);
- профилактические медицинские осмотры и диспансеризация определенных групп взрослого населения (в возрасте 18 лет и старше), в том числе работающих и неработающих граждан, обучающихся в образовательных организациях по очной форме;
 - медицинские осмотры несовершеннолетних, в том числе при поступлении в образовательные организации и в период обучения в них;
 - диспансеризация пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, а также детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку(попечительство), в приемную или патронатную семью;
 - пренатальная (дородовая) диагностика нарушений развития ребенка у беременных женщин, неонатальный скрининг на 5 наследственных и врожденных заболеваний и
 - аудиологический скрининг.

Московского уровня

По запросу «(закон об обязательном медицинском страховании) & москва» и подобным ему особым нормативных актов по вопросам ОМС не обнаружено.

В части нормативной базы раздела «документы» на сайте Московского городского фонда ОМС (<http://www.mgfoms.ru/documents/basa>) обозначен список методических рекомендаций по учету в АИС ОМС различных групп граждан, а также приказ № 55 от 19.02.2015 «Об организационных и технических требованиях по присоединению ИС медорганизаций к ресурсам АИС ОМС Москвы» за подписью директора Фонда И.А.Зеленского.

Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год

1.1. Территориальная программа государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве на 2016 год (далее также - Территориальная программа) устанавливает:

1.1.1. Перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, **перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно**, категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно, нормативы

2.11. ... В медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную, в стационарных условиях, ведется «лист ожидания» оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме и осуществляется информирование граждан в доступной форме, в том числе с использованием информационно-телекоммуникационной сети Интернет, о сроках ожидания оказания специализированной медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, с учетом требований законодательства Российской Федерации о персональных данных.

3. Перечень заболеваний и состояний, оказание медицинской помощи при которых осуществляется бесплатно, и категории граждан, оказание медицинской помощи которым осуществляется бесплатно

3.1. Гражданам медицинская помощь оказывается бесплатно при следующих заболеваниях и состояниях:

3.1.1. Инфекционные и паразитарные болезни.

3.1.2. Новообразования.

3.1.3. Болезни эндокринной системы.

3.1.4. Расстройства питания и нарушения обмена веществ.

3.1.5. Болезни нервной системы.

3.1.6. Болезни крови, кроветворных органов.

3.1.7. Отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм.

3.1.8. Болезни глаза и его придаточного аппарата.

3.1.9. Болезни уха и сосцевидного отростка.

- 3.1.10. Болезни системы кровообращения.
- 3.1.11. Болезни органов дыхания.
- 3.1.12. Болезни органов пищеварения, в том числе болезней полости рта, слюнных желез и челюстей (за исключением зубного протезирования).
- 3.1.13. Болезни мочеполовой системы.
- 3.1.14. Болезни кожи и подкожной клетчатки.
- 3.1.15. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.
- 3.1.16. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин.
- 3.1.17. Врожденные аномалии (пороки развития).
- 3.1.18. Деформации и хромосомные нарушения.
- 3.1.19. Беременность, роды, послеродовой период и аборты.
- 3.1.20. Отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.
- 3.1.21. Психические расстройства и расстройства поведения.
- 3.1.22. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

4.1. Развитие системы обязательного медицинского страхования в городе Москве осуществляется Московским городским фондом обязательного медицинского страхования в рамках реализации законодательства Российской Федерации об обязательном медицинском страховании, предусматривающего реализацию комплекса мер, направленных на повышение социально-экономической эффективности системы обязательного медицинского страхования, обеспечение целевого и рационального использования средств обязательного медицинского страхования, модернизацию, развитие и **обеспечение бесперебойного функционирования информационной системы обязательного медицинского страхования за счет использования современных информационных технологий, аппаратных, программных и телекоммуникационных средств путем обеспечения персонализированного учета сведений об оказанной медицинской помощи и защиты персональных данных.**

Схема1. Взаимодействие субъектов ОМС федерального и территориального уровней согласно 326-ФЗ

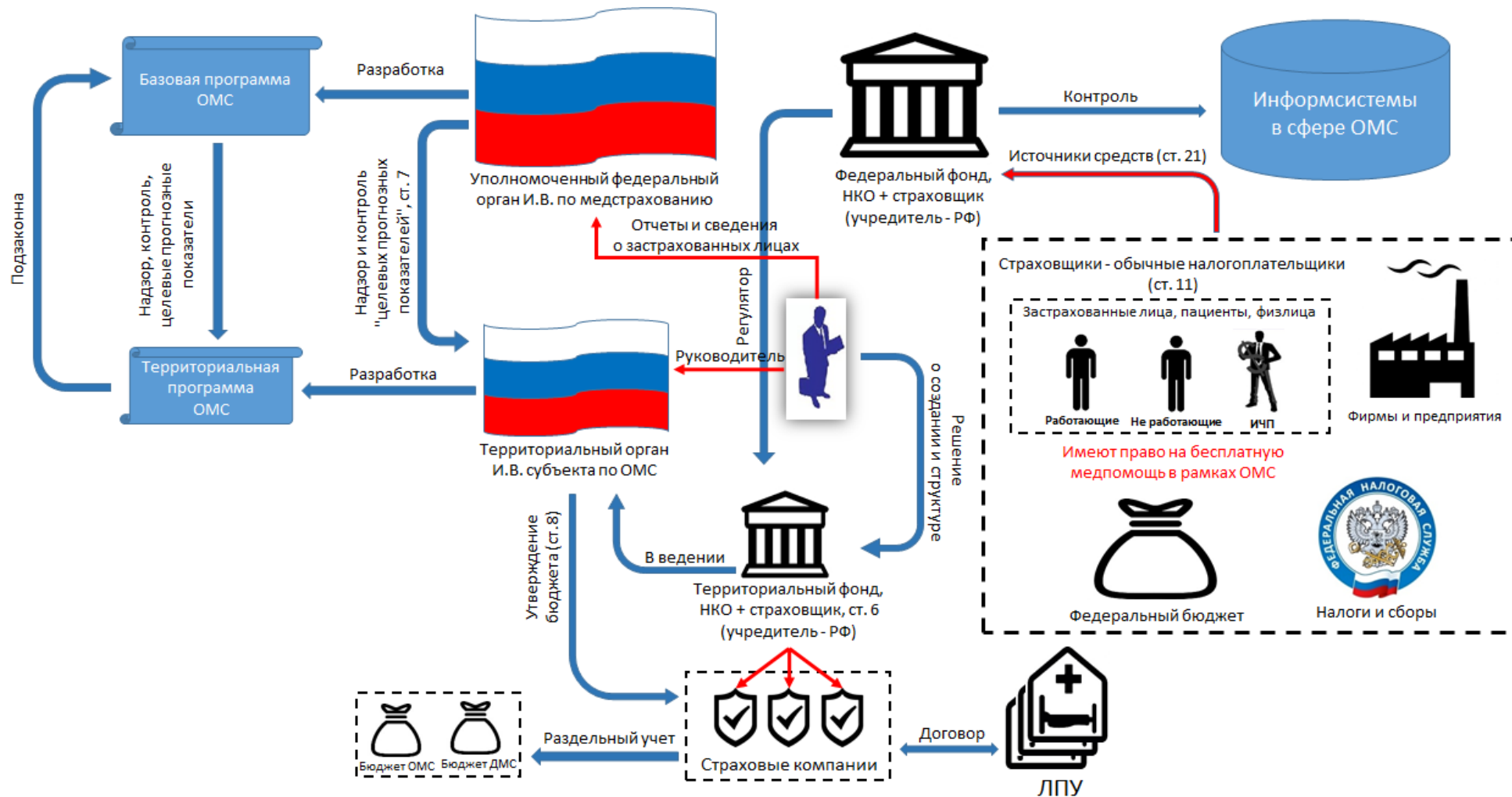
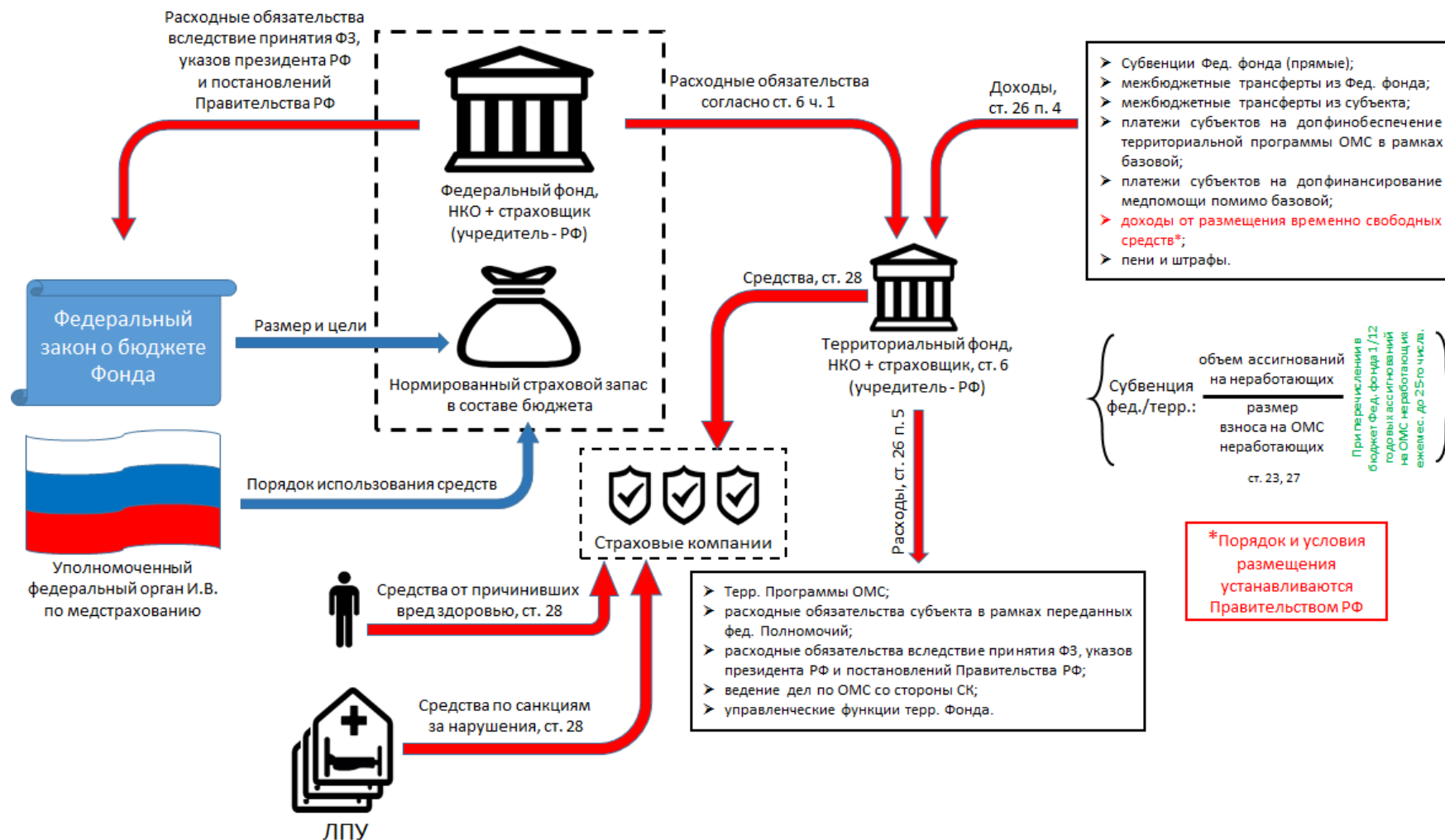


Схема 2. Бюджетные отношения в системе ОМС согласно ст. 26-28 326-ФЗ



Общая официальная статистика состояния системы ОМС в Москве

Итоговые данные заседания Правления МГФОМС (территориальный фонд ОМС по г. Москва) на 11.2015¹, дают конкретные цифры, свидетельствующие о «повышении экономической эффективности», однако приводятся неравномерно по сравнимым категориям, что вызывает устойчивое впечатление «подгона фактов». Можно видеть, что одним из ключевых факторов пополнения фонда ОМС Москвы обозначаются штрафные сборы по результатам экспертизы качества медпомощи и деятельности компаний медстрахования, однако официальные отчетные данные не привязывают критерии оценки качества медпомощи к проблемам, вызванным существующей системой ее оказания (10 мин. на 1 пациента, непрогрессивная система медстрахования и т.п.).

Особенностью контроля в существующей системе ОМС является то, что МГФОМС одновременно является и распределителем средств, и контролером деятельности медучреждений совместно с компаниями медстрахования, и контролером деятельности этих компаний.

Общие отчетные данные МГФОМС за 9 месяцев 2015 года

	2012	2013	2014	2015	Планы на 2016 г.
Расходы бюджета МГФОМС	69,8 млрд. руб. (5 597 руб. X 1 чел.)				184,9 млрд руб. (15 478 руб. X 1 чел.; X 5 раз)
Число СК ОМС	11				11
Число застрахованных		12, 5 млн. чел. ²			
Число прикрепленных к поликлиникам по заявлениям		357 тыс. чел. (из 9,5 млн. всех прикрепленных)		4,3 млн. чел.	
Число медорганизаций ОМС	618				432 ³
Поступления за оказанную медпомощь			143,6 млрд. руб.		Более 174 млрд. руб.
Экспертизы МЭЭ X нарушения Хсумма			1,4 млн. X 3,6 млн. X 1,5 млрд. руб.	5 млн. X 2 млн. X 800 млн. руб.	
Экспертизы ЭКПМ			287 тыс.	1,6 млн.	Увеличение числа

¹ <http://www.mgfoms.ru/press-center/press-releases/1773>

² Возникает вопрос: если число застрахованных соответствует численности населения города, то сколь обоснованно введение отдельной статьи на СиНМП для незастрахованных и не идентифицированных лиц объемом в 5 млрд. руб.? Если же общие демданные по Москве выше (неофициально – до 20 млн. чел.), то на какую численность не идентифицированных ориентированы эти 5 млрд. руб. (см. ниже в таблице)?

³ Объясняется объединением юридических лиц поликлинической сети. С 2013 года количество организаций, участвующих в ОМС, стало расти – их количество увеличилось на 20% за счет вхождения в систему ОМС Москвы федеральных и частных учреждений.

X нарушения X сумма			X 570 тыс. X 248 млн. руб.	X 662 тыс. X 216 млн. руб.	экспертиз качества с 300 (538 врачей-экспертов) до 600
Проверка СК от МГФОМС X сумма штрафа			12 X 63,7 млн. руб.	36 X 173,9 млн. руб.	
СинМП неидентифицированным и незастрахованным лицам				5 млрд. руб.	5 млрд. руб.
Амбулаторная медпомощь			486 млн. услуг (125 руб./услуга)	325 млн. услуг (194 руб./услуга)	
Стационарная медпомощь			2,2 млн. пациентодней (735 руб./пац-тодень)	2,5 млн. пациентодней (2,1 тыс. руб./пац-тодень) ⁴	
Число госпитализаций в ОМС		1,3 млн. случаев (31,7 тыс. руб. X 1 случай)	1,4 млн. случаев (33 тыс. руб. X 1 случай)	1,5 млн. случаев (40 тыс. руб. X 1 случай) ⁵	
Цена средней госпитализации			33,3 тыс. руб.	40,1 тыс. руб.	
Число застрахованных, получающих ВМП			35,3 тыс. чел.	44 тыс. чел.	

Данные по обращениям и жалобам граждан в МГФОМС за 9 месяцев 2015 года

Общее число обращений за период	1,2 млн.
Заявления, связанные с полисным обеспечением	651 тыс.
Консультации по разным вопросам	565 тыс.
Всего жалоб X обоснованные	14 797 X 8 627
Жалобы на выбор медицинской организации	40%
Жалобы на обеспечение полисами	37%
Жалобы на качество медпомощи или отказ в ней	5%

⁴ Увеличение из-за изменения тарифов на дневные стационары по химиотерапии и радиологии.

⁵ Увеличение числа случаев госпитализации и средней цены одного случая связывается с «доступностью стационарной помощи для застрахованных», а не с увеличением рисков здоровья и общим ростом цен.

Данные с сайтов МГФОМС и страховых медицинских организаций Москвы

На официальном сайте ОМС Москвы (<http://www.mgfoms.ru/strahovye-kompanii>) представлено **11** компаний, работающих обслуживающих город.

Также, согласно официальной статистикена **1 Н 2014 г.**: «*Сеть медицинских организаций (далее – МО), оказывающих медицинские услуги по программе ОМС г. Москвы на конец отчетного периода включала **379** медицинских организаций, в том числе **169** ведомственных и негосударственных медицинских организаций. Количество обращений за медицинской помощью иногородних в МО города Москвы составило **1 млн.** обращений на общую сумму **4261,18 млн. рублей.** Количество обращений москвичей за медицинской помощью в МО других субъектов РФ составило **1,7 млн.** обращений на сумму **2318,87 млн. рублей.** Страховыми медицинскими организациями и МГФОМС проведено **1 142 346** медико-экономических экспертиз по **1 554 484** страховым случаям. При проведении медико-экономических экспертиз выявлено **2 643 125** нарушений; количество страховых случаев, содержащих нарушения составило **835 166.** Проведено **184278** экспертиз качества медицинской помощи по **266 786** страховым случаям. Выявлено страховых случаев, содержащих нарушения – **96292,** выявлено нарушений– **340 074**» (<http://www.mgfoms.ru/sistema-oms/pokazateli>)⁶.*

Данные по штрафам также представлены на 2014 год: **53 млн. рублей** – для страховых компаний и **300 млн. рублей** – для медучреждений (по результатам поисковой выдачи на запрос «штрафы» в разделе «показатели»).

Основания (рейтинговые), по которым отобраны именно данные компании, в отмеченном источнике не приводятся.

№	Страховая компания в программе ОМС Москвы	Случаи обращений граждан-клиентов СК ОМС
1	Уралсиб	
2	Медстрах	2
3	РЕСО	1
4	Ингосстрах	
5	ВТБ	
6	Спасские ворота	1
7	Согласие	1
8	Росгосстрах	2
9	МАКС	
10	РОСНО	2

⁶ Единственная, прямо доступная, отчетно-статистическая информация на сайте МГФОМС.

11	Сораз	
----	-------	--

В следующей таблице приведены данные по страховым компаниям ОМС Москвы. Проверке подлежит наличие соответствующей информации на сайтах самих компаний. Категории оценки представленной информации составлены в соответствии:

- с правилами обязательного медицинского страхования;
- с категориями и в логике официальных отчетных данных, представленных по результатам итогового заседания в ноябре 2015 г. правления МГФОМС – ключевого регулятора системы медстрахования в Москве.

	Уралсиб	Медстрах	РЕСО	Ингосстрах	ВТБ	Спасские ворота	Согласие	Росгосстрах	МАКС	РОСНО	Сораз
URL	https://msk-uralsib.ru/	http://www.medstrakh.ru/	http://msk.reso-med.com/?region=%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0&city=%D0%9C%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%B2%D0%B0	http://www.ingos-m.ru/	http://www.vtbms.ru/	https://sv-m.ru/	http://www.soglasie-oms.ru/	http://www.rgs-oms.ru/	http://www.makcm.ru/	http://rosno-ms.ru/	http://www.sogaz-med.ru/
Число ссылок перехода на раздел ОМС с сайта МГФОМС	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Упоминание нормативной базы (в т.ч. ФЗ-326)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Дата последнего отчета ⁷	2014	2014-1Н2015	2014	2014	9 мес. 2015	2014	2013	2014	2014	9 мес. 2015 (общероссийские)	2014
Виды, качество и условия предоставляемой медпомощи (п. XIII пп. 7) Правил ОМС) ⁸	Отдельно – нет, только в составе Правил и ГП госгарантий	Отдельно – нет, только в составе Правил и ГП госгарантий	Отдельно – нет, широко представлены права и виды нарушений прав застрахованных	Отдельно – нет, только в составе Правил и ГП госгарантий	Отдельно – нет, только в составе Правил и ГП госгарантий	Есть отдельный пункт меню с поиском https://sv-m.ru/reestr/medicinskih_uslug/	Отдельно – в виде выдержки из ГП госгарантий (с отсылкой на полный перечень ПГГ Москвы)	Вопрос о платности обозначен в разделе FAQ: http://www.rgs-oms.ru/faq/index.wbp	Данные не найдены	Есть отдельный пункт меню с поиском http://rosno-ms.ru/revestr_meditsinskikh_uslug/?search=%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8	Вопрос о платности обозначен в разделе FAQ: http://www.sogaz-med.ru/questions.html
Состав учредителей/участников (п. XIII пп. 2) Правил ОМС)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Фин. показатели по Москве, URL отчета (п. XIII пп. 3) Правил ОМС)	https://msk-uralsib.ru/upload/iblock/b67/b6741909d8b5ebd1522e59957751e826.pdf	http://www.medstrakh.ru/upload/rsbu_2014.pdf	http://msk.resso-med.com/about_us/finalnso_vaya_otchetnost/%D0%A4%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B0%20%E2%84%9662014.pdf ⁹	http://www.ingos-m.ru/upload/iblock/223/22323302f3a19adc2f9f42b633980e9b.pdf	http://www.vtbms.ru/about/files/financial_state_ments_use_funds_OMS_9.pdf	https://sv-m.ru/o-kompanii/stranitsa-buhgalterskiy-balans-i-otchet-o-finansovykh-rezultatah-za-god	http://www.soglasie-oms.ru/user_files/primechaniya%20k%20finotchetnosti2.pdf	http://www.rgs-oms.ru/media/oms/Buhgalterskiy_balans_i_otchetnost/RGS%20buhgalterskiy_balans_i_otchetnost%202014.pdf	Данные не найдены	http://www.makcm.ru/about/information-disclosing/financial_state_ments_2014-RBSU.pdf	http://www.sogaz-med.ru/files/info/o-celevom-ispolzovanii-sredstv.pdf

⁷ О целевом использовании средств ОМС (преимущественно по РСБУ); проверка на соответствие п. 186 Правил ОМС.

⁸ Оценивается наличие четкого перечня бесплатных медуслуг в рамках действия полиса ОМС.

⁹ Очень трудно найти документ об источниках средств среди 10 отчетных документов.

Объем поступлений от МГФОМС	26 147 170 руб.	14 237 167 руб.	53 448 392 руб.	51 855 785 руб.	35 450 015 руб.	33 417 026 руб.	428 459 руб.	119 637 409 руб.	159 228 958 руб.	Данные не найдены	153 645 276 руб.
Штрафы медорганизаций, общее (число нарушений / сумма)	2 306 297 руб.	6 818 нар. / 4 310 924+ 513 956 руб. 507 190 руб. (по отчету)	5 254 нар. (МЭЭ + ЭКМП) / 1 464 634 руб.	3 156 340 руб.	2 088 506 руб.	435 / 381 658 руб.	Единые данные за 2013 год не представлены	6 514 154 руб.	9 148 542 руб.	Данные не найдены	6 794 980 руб.
Результаты МЭК ¹⁰ (сумма)	1 916 993 руб.	202 775 руб.	903 776 руб.	2 613 249 руб.	1 663 792 руб.	13 312 руб.	Данные не найдены	5 813 177 руб.	7 599 789 руб.	Данные не найдены	5 547 525 руб.
Результаты МЭЭ ¹¹ (сумма)	208 825 руб.	257 035 руб.	414 139 руб.	379 615 руб.	285 138 руб.	317 191 руб.	486 000 руб.	399 286 руб.	985 624 руб.	Данные не найдены	538 191 руб.
Результаты ЭКМП ¹² (сумма)	172 055 руб.	42 916 руб.	132 737 руб.	159 729 руб.	125 991 руб.	43 444 руб.	2 151 руб.	259 664 руб.	479 622 руб.	Данные не найдены	653 785 руб.
Штрафы медорганизаций за нарушения в оказании МП (сумма)	8 424 руб.	4 464 руб.	13 982 руб.	3 747 руб.	13 585 руб.	7 711 руб.	Данные не найдены	42 027 руб.	83 507 руб.		55 479 руб.

¹⁰ Медико-экономический контроль

¹¹ Медико-Экономическая Экспертиза

¹² Экспертиза Качества Медицинской Помощи

О выявленных по обращениям застрахованных лиц нарушений при предоставлении МП: (п. XIII пп. 8) Правил ОМС	https://msk-uralsib.ru/kompaniya/raskrytie-informatsii/ Отчет только по МО	Данные не найдены	http://msk.reso-med.com/about_us/indicators/ Обращений 46 937 Жалоб 161 Обосновано 161	Данные не найдены	Данные не найдены	https://sv-m.ru/zaschita-prava-zastrahovannykh/ Обращений 316 478 Жалоб 1994 Обосновано 435	http://www.soglasie-oms.ru/ru/protection/narusheniya/ Отчет только по Самарской области	http://www.rgs-oms.ru/media/oms/violations/Moscow-2015-3.pdf Обращений 174 152 Жалоб 232 Обосновано 164	http://www.makcm.ru/generator/moskva/menu/obrascheniya/ Обращений 198 086 Жалоб 2 339 Обосновано 24	http://rosno-ms.ru/to_protect_your_rights/medical_examination/item285553/ Обращений 128953 Жалоб 1 016 Обосновано 66% ¹³	Данные не найдены
Сведения о медорганизациях Москвы (п. XIII пп. 6) Правил ОМС	130	373	Не найдено	367	382 - всего (377 – по списку)	388 (со ссылкой на МГОФМС)	431 (по списку)	446	388 (со ссылкой на МГОФМС)	430	Данные не найдены
Опыт работы, показатели качества (п. XIII пп. 4) Правил ОМС	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Сведения о числе застрахованных лиц в Москве (п. XIII пп. 5) Правил ОМС	188 404	1 500 000	245 413	175 976	912 222	1 856 094	38 200 (на 01.07.2015)	358 000	Данные не найдены	3 109 960 ¹⁴	Данные не найдены
О правах и обязанностях застрахованных лиц (+ получение	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

¹³ В силу того, что данные по МЭЭ и ЭКМП приведены в % вне стандартного формата отчета, они не сравнимы с данными прочих компаний.

¹⁴ Среднегодовая численность (http://rosno-ms.ru/to_protect_your_rights/medical_examination/item285553/); на другой странице – 3 093 000 (<http://rosno-ms.ru/information/>), в разделе защиты прав застрахованных – 3 088 000 на 01.10.2015 (http://rosno-ms.ru/to_protect_your_rights/medical_examination/item285553/).

полиса и смена СК) (п. XIII пп. 9), 11) Правил ОМС)											
Порядок получения полиса (п. XIII пп. 10) Правил ОМС)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Данные обращений в страховые компании по случаям обращений граждан

	Тел.	Название тел.	Место размещения	Работоспос.	Порядок приема	Доброжел.	Наводящ. вопросы	Круглосут.	Взятие на контроль	Упом. источника права	Упом. адреса реестра	Удалось ли решить проблему по обращению
РОСНО	8-800-100-80-05	«горячая линия»	Главная страница	Ответ сразу	IVR+оператор+специалист	Да	Да	Да	Нет	Да	Нет	Нет
РЕСО	+7-800-200-92-04	«горячая линия»	Главная страница	Ответ сразу	Оператор	Да	Да	Да	Нет	Нет	Нет	Нет
Медстрах	+7 (495) 777-23-23	Без названия	Главная страница	Постоянно занято	IVR	--	--	--	--	--	--	Нет
Спаские ворота	8-800-770-07-99	Без названия	Главная страница	Ответ сразу	IVR+оператор+специалист	Да	Нет	Да	Нет	Нет	На сайте МГФОМС	Нет
Согласие	+7 (495) 730-20-90	«горячая линия»	Главная страница	Долгое ожидание	Оператор	Да	Да	Нет	Нет	Нет	На сайте МГФОМС	Нет
Росгосстрах	8-800-100-81-01/02	«горячая линия»	Главная страница	Постоянно занято	--	-	--	--	--	--	--	Нет

Выводы

Общее резюме по результатам мониторинга

1. Закон 326-ФЗ выглядит запутанным, и для неподготовленного конечного потребителя трудно определить, кто является «окончательной ответственной инстанцией» за систему ОМС на местном уровне. Однако порядок информирования граждан о возможностях в сфере ОМС представлен достаточно четко.
2. Число законодательных актов, регулирующих сферу ОМС, выходит за рамки 326-ФЗ, распространяясь на иные нормы, регулирующие систему здравоохранения, что также препятствует однозначному пониманию застрахованным своих прав в рамках ОМС.
3. На основании открытых информационных источников в системе ОМС Москвы:
 - не представлено четкое разграничение между ОМС и ДМС;
 - отсутствует четкая и понятно изложенная информация о перечне видов медицинской помощи, предоставляемой на бесплатной основе.
4. Нарушены сроки представления публичной отчетности, так как, согласно Правилам ОМС, отчеты должны ежегодно обновляться; страховые медицинские организации (СМО) представляют частичную информацию за 2015 год, большинство из них отчитываются за 2014 год.
5. Отсутствует унификация в представлении обязательной информации на сайтах СМО.
6. Сайт МГФОМС является малоинформативным по публичному представлению материалов, которые обязаны быть представлены застрахованным гражданам; представленная в открытых источниках годовая отчетная информация МГФОМС разрознена.
7. Произведена подмена понятий «горячая линия» и «телефон для справок и консультаций».
8. Не удалось решить ни одной проблемы обратившихся через взаимодействие со страховыми компаниями по телефону, поэтому эффективность таких консультаций сомнительна.
9. Ни на одном сайте СМО не наблюдается перестройки в подходах работы с застрахованными (во исполнение двух поручений президента). СМО остаются непрозрачными и не дружелюбными по отношению к застрахованным.

По нормативной базе

Фактически 326-ФЗ является нормативом, регулирующим вовлечение пула страховых финансовых организаций (работающих на прибыль) во внефинансовую сферу с контрольно-распределительной и правоустанавливающей функцией государства. Тот факт, что в нормах права страховые компании, работающие на рынке ОМС, называются «медицинские страховые организации», вносит определенную терминологическую путаницу, поскольку «страховые компании», в строгом значении этого выражения, несмотря на сферу приложения их деятельности, нельзя называть «медицинскими организациями». Данное обстоятельство, в числе прочих, может быть рассмотрено на совещании РГ «Здравоохранение», с последующей передачей рекомендаций на вышестоящий уровень.

В целом, законодательство выглядит запутанным, и для неподготовленного конечного потребителя трудно определить, кто является «окончательной ответственной инстанцией» за систему ОМС на и исполнения поручений президента РФ в связи с ним.

В законе широко представлены виды, направления и субъекты информационного взаимодействия, что дает основание запрашивать в рамках данного закона в ДЗМ и Фондом ОМС Москвы необходимую информацию в целях контроля качества деятельности последних. В частности, в нем прямо закреплены:

- право застрахованных по ОМС лиц на получение полной информации о доступности бесплатных медуслуг (Ст. 7);
- возможность информационного взаимодействия с фондами ОМС по вопросам персонализированного учета медстраховых случаев (Ст. 43);
- в качестве цели – внедрение информационных систем (ИС) учета застрахованных по ОМС лиц (Ст. 50), а значит – возможность выстраивания единого порядка взаимодействия с клиентами СК ОМС по страховым случаям в соответствии с законом 59-ФЗ («Об обращениях граждан») в режиме «горячих линий» и контроль эффективности работы этих ИС.

В аспекте последнего, первоначальное предположение о содержательной связанности мониторинга «горячих линий» ДЗМ с мониторингом информационной открытости московской системы ОМС, выглядит как подтверждающееся законом 326-ФЗ в части Ст. 4, п. 5), а также Ст. 5 п. 9), согласно которому доступность и качество бесплатной медпомощи связано с ответственностью государства за качество информационного обеспечения в рамках ОМС и формированием системы защиты застрахованных лиц, и при этом передается на местный уровень, то есть, в частности, согласно Ст. 6 п. 3 пп. 3), может рассматриваться как сфера ответственности руководителей городской мэрии и Департамента Здравоохранения Москвы. А значит, является законодательно обоснованным предметом контроля со стороны общественных организаций.

326-ФЗ конкретизируется Правилами, прилагаемыми к приказу Минздравсоцразвития от 28.02.2011 г. № 158н, носящими подзаконный характер. Список обозначенных в них требований к публичной отчетности перекликается с отчетными данными территориального фонда ОМС по Москве, однако, в отличие от последних, этот список является комплектным. Структура федеральных норм ОМС напоминает аналогичные ситуации с нормами московского уровня (регулирующими здравоохранение, образование и др. направления), когда содержащий общие положения местный закон дополняется местной же госпрограммой, конкретизирующей направления его исполнения.

NB! В п. 7 Правил ОМС обозначено четкое требование размещения компаниями медстрахования «видов, качества и условий» предоставляемой медпомощи, однако *de dicto* не уточнено, что речь идет именно о бесплатной оказываемой в рамках ОМС согласно полису застрахованных лиц, в купе с их же требованием ежегодного обновления этой информации. Эта информация следует

из официального названия правил (de re), однако п. 7 может расширительно толковаться и, в их нарушение, быть исключенной из отчетной информации на сайте.

В Программе госгарантий бесплатной медпомощи на 2016 год определен общий перечень заболеваний по системам организма, их конкретизация согласно диагнозу и при наличии полиса ОМС недвусмысленно предполагает наличие права на получение бесплатной медпомощи; аналогичная территориальная программа для Москвы фактически повторяет общий перечень федеральной, и не содержит более конкретного реестра видов заболеваний и медпомощи (каковой, однако, представлен на сайтах СК «Спасские ворота» и «РОСНО»). Программа является основанием для проверки служб страховых компаний и многоканальной горячей линии МГФОМС решать проблемы по предмету обращений граждан.

Однако, поскольку в Федеральной Программе на 2016 год бесплатность распространяется на заболевания всех подсистем организма, неясно, какие виды медпомощи оказываются на платной основе, что предполагает возможность расширительного толкования перечня бесплатных услуг на местах и произвольного отнесения к категории платной услуги.

Уточнения на интернет-ресурсах страховой компании может быть предметом обсуждения с представителями ДЗМ и основанием соответствующей законодательной инициативы в рамках текущей экспертизы. Другим предметом обсуждения может стать требование раскрытия данной информации по территориям.

По представленным страховым медицинским организациям ОМС открытым данным Большинство страховых компаний ОМС так или иначе удовлетворяют требованиям нормативной базы в части информационной открытости, однако в ряде случаев представленная информация может быть затруднена для восприятия рядовым держателем полиса ОМС: несмотря на хорошую проработанность информационных ресурсов большинства страховых компаний, получить информацию о доступности бесплатных услуг «на-гора» хотя и можно, но не с первой попытки – такая информация доступна по двум-трем ссылкам в числе нормативной документации, представленной Правилами ОМС и территориальной программой госгарантий.

Однако, судя по составленной таблице, данные за 2014 год оказываются не актуальны на начало марта 2016 года (всего две компании из рассмотренных представили данные за 2015 год – ВТБ и Макс), что идет в нарушение п. 186 Правил ОМС, требующего ежегодного обновления информации.

В нескольких случаях обращают на себя внимание специализированные поисковые сервисы «Спасских ворот» и «РОСНО», дающие информацию о конкретных видах заболеваний и медуслуг, входящих в ОМС. Между тем, такую информацию желательно иметь на главной странице либо по первой ссылке в пункте меню «для застрахованных» всех СК ОМС Москвы, а также на главной странице МГФОМС, что может быть предметом обсуждения в экспертной группе по направлению «Здравоохранение».

По факту получается так, что если по одним параметрам компании дают корректную информацию, то по другим ее либо нет, либо она выглядит запутанной.

Поскольку эти сведения представлены в общем виде и недостаточно информативны, представляется также целесообразным повысить информативность прав застрахованных лиц, обозначив отдельный перечень нарушений в категории неоказания бесплатной медпомощи, как это представлено на сайте РЕСО-мед (http://msk.reso-med.com/protecting_rights_in_omc/check_analysis/). Данный список может быть использован для обсуждения в качестве рекомендации к содержательному раскрытию и размещению всеми СК

ОМС по Москве, и может быть дополнительно снабжен конкретизацией штрафов за каждый вид нарушения.

Сайт Территориального фонда ОМС по Москве (МГФОМС) по запутанности и неконкретности информации, пожалуй, превосходит интернет-ресурсы всех рассмотренных страховых компаний. Так, данные по нормативной базе ОМС на сайте МГФОМС не начинаются с Конституции и 326-ФЗ, даже в разделе «Федеральные законы», подраздел «Требования к медицинским организациям» существует отдельно от раздела с нормативной базой (<http://www.mgfoms.ru/medicinskie-organizacii/trebovaniya>); трудно найти данные о структуре бюджета Фонда и агрегированные данные о деятельности страховых компаний и результатах проверок входящих в систему ОМС «компаний медицинского страхования» и лечебно-профилактических учреждений; подраздел «архивы» не наполнен (<http://www.mgfoms.ru/documents/archiv>).

В этой связи видится целесообразным унифицированное представление для всех страховых компаний Москвы категорий годовой финансовой отчетности, включающей поступления от МГФОМС и штрафов по результатам МЭЭ и ЭКМП, а также и расходов, вкпе с данными о результатах работы по обоснованным обращениям и жалобам граждан. В силу того, что каждый из проанализированных интернет-ресурсов имеет свою корпоративную стилистику, размещение такой унифицированной информации предлагается на официальном сайте МГФОМС. Этот вопрос требует уточнения, поскольку из 326-ФЗ не вполне ясны полномочия территориального фонда ОМС по обеспечению контроля работы местной информационной системы ОМС, хотя четко обозначено для аналогичного фонда федерального уровня (см. схему 1).

По результатам обращений в страховые компании

Несмотря на небольшое число рассмотренных примеров обращений по конкретным случаям проблем клиентов компаний медицинского страхования, оказывается возможным отметить более профессиональную, чем в случаях с горячими линиями ДЗМ, организацию обратной связи с клиентами, что очевидным образом объясняется работой этих компаний в коммерческом секторе и широкой практикой использования систем и способов работы колл- и контакт-центров для реализации принципов массового обслуживания – от чего напрямую зависит прибыль этих компаний, в отличие от госструктур, где название «горячая линия» может быть фиктивным.

Почти все телефоны исследованных «страховых медицинских организаций» – реальные горячие линии, работающие в круглосуточном режиме и располагающими IVR-компонентой, организующей входящие звонки и взаимодействующей с клиентом до оператора. Второй уровень взаимодействия – оператор, задающий наводящие вопросы с целью принятия решения о переключении на профильного специалиста (как правило, это врач-консультант), являющегося третьим уровнем взаимодействия и дающим расширенную консультацию. Наиболее полно и грамотно данная система была представлена сервисом РОСНО, однако не исключено, что сервисы аналогичного качества будут обнаружены при более детальном исследовании каналов устной связи иных страховых компаний, не взятых в текущее рассмотрение. Во всяком случае, эти формы и стандарты качества информационного взаимодействия могут быть рекомендованы для рассмотрения и принятия в работу аналогичными сервисами ДЗМ Москвы. Между тем, исправность канала информирования, в первую очередь, зависит от многоканальности линий – в некоторых из рассмотренных случаев отмечается невозможность дозвониться до оператора страховой компании.

Контактная информация представлена на стартовых страницах разделов, посвященных ОМС, всех страховых компаний очевидным и легко доступным образом, однако в тех случаях, когда они названы горячими линиями, фактически сервисы являются справочно-консультационными, и не рассчитаны на решение конкретных проблем граждан.

Что касается содержательной части взаимодействия – попытки получения значимой информации – то эти линии носят исключительно характер справочно-консультативных сервисов, и не берут на контроль проработку случаев обращения. Даваемые рекомендации конкретны, однако трудно определить их реальную эффективность – особенно для человека, обратившегося в компанию по вопросам прав на бесплатную медпомощь в рамках ОМС впервые. В компаниях неохотно (либо с задержками) давали информацию о правовых основаниях получения бесплатной медпомощи в рамках полиса, а места размещения реестра конкретных ее видов и заболеваний были указаны лишь в двух случаях (на сайте МГФОМС) – при том, что поиск по такому конкретизированному реестру был найден лишь на сайтах 2 из 11 компаний, и ни в одной из компаний, отвечавших по случаям обращений, не было указано нормативное основание данного реестра.