

Мало кто знает, что больницы или поликлинике, которая не окажет пациенту своевременно квалифицированную помощь, грозят не только санкции со стороны страховой компании в виде неоплаты счетов, но еще и специально предусмотренные для таких случаев штрафы. Такой способ контроля врачей начал действовать не так давно, но уже вызвал серьезный резонанс в медицинской среде.

Все началось с того, что в конце 2010 года заработал закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (от 29.11.2010 года № 326-ФЗ). В статье 41 этого закона определено, что к медицинским организациям применяются санкции за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи. Медицинский центр в соответствии с законодательством могут теперь наказать тремя способами: страховая компания может не оплатить оказанную медицинскую услугу, оплатить ее не полностью или наложить на больницу или поликлинику штраф.

Страховщики карают...

Перечень дефектов в оказании медицинской помощи, за которые предусмотрено наказание в виде неоплаты или неполной оплаты медуслуги, зафиксирован в приказе Федерального фонда ОМС (от 01.12.2010 года № 230). Дефекты, при выявлении которых медицинская организация может быть оштрафована, перечислены в Тарифных соглашениях. Их, в свою очередь, подписывают региональные органы управления здравоохранением, территориальные фонды ОМС, представители профессиональных союзов медицинских работников, профессиональные некоммерческие медицинские организации или их ассоциации, страховые медицинские компании. Так, например, в Нижегородской области в 2014 году штрафные санкции на медицинские организации могут налагать за 39 видов нарушений, в Тюменской области – за 43 вида нарушений.

Если переходить к деталям, то оштрафовать поликлинику или больницу могут, например, за необоснованный отказ застрахованному лицу в бесплатном оказании медицинской помощи, за выявленные дефекты медпомощи, приведшие к ухудшению здоровья застрахованного, его инвалидизации, к летальному исходу. Штрафы могут быть наложены за фальсификацию медицинской документации, за несоблюдение персоналом врачебной этики и деонтологии.

...врачи – возмущаются

Не так давно на официальном портале Национальной медицинской палаты (НМП) появилось заявление, что медицинское сообщество считает принятую систему штрафов «финансовым игром» страховых организаций и требует пересмотра взаимоотношений в системе ОМС. «Пора начать серьезный разговор об эффективности существующей системы медицинского страхования, о функциях медицинских страховых компаний в России, о той системе санкций, которые сейчас применяются к медицинским организациям», – прямо заявляет президент Национальной медицинской палаты Леонид Рошаль.

«Размеры санкций по некоторым видам нарушений доходили до 500% от размера норматива финансового обеспечения территориальных программ государственных гарантий в расчете на одно застрахованное лицо в год», – негодуют представители НМП.

«Сейчас медицинские организации воспринимают штрафные санкции со стороны страховых компаний как чрезмерно высокие, основанные на формальных признаках и никак не влияющие на качество оказания медицинской помощи. Существует мнение, что страховщики просто «зарабатывают» на медицинских организациях», – декларируют на сайте НМП. Впрочем, лично прокомментировать ситуацию представители Национальной медицинской палаты тем не менее отказались, сославшись на невероятную занятость всех экспертов.

А в чем сила? В правде?

Вместе с тем страховщики уверены – все жалобы врачебного сообщества на то, что налагаемые штрафные санкции разоряют медицинские организации, носят исключительно популистский характер. Ссылаются при этом на цифры, намекая, что они – вещь упрямая! «Есть данные ФФОМС. В 2012 году сумма, которую медицинские организации недополучили из-за выявленных в результате проверок дефектов, составила 26,3 млрд рублей. Для сравнения: в 2011 году – 21,7 млрд рублей. Это только 3,6% от всего объема денег, направленных медицинским организациям за оказанную помощь», – приводит данные Нина Галаничева, генеральный директор компании «РОСНО-МС». – Кроме того, медицинские организации заплатили штрафов на 203,7 млн рублей, что составляет мизерные 0,8% от всей суммы предъявленных санкций. Как

видно из представленных цифр, сумма штрафов, налагаемых на медицинские организации, весьма невелика».

Как оказалось, и не все врачи так уж обеспокоены возможными штрафами. Напротив, некоторые представители медицинского сообщества считают, что страховщики выполняют сегодня важную роль контроля медиков. «Если больница в полном объеме не выполнила стандарты оказания медицинской помощи, то страховая компания может не оплатить ее услуги, и это правильно,» – уверен в своей точке зрения Евгений Ачкасов, профессор Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. – «Сегодня страховая компания является одним из гарантов качества медуслуг. Понятно, что нужно говорить о совершенствовании экспертизы качества медицинской помощи. Это абсолютно точно».

Профессор уверен, что проблемой является лишь то, что эксперты страховых компаний зачастую бывают оторваны от медицинской практики. «Они теряют свою профессиональную квалификацию, если не работают в больнице. Сейчас идут разговоры о том, что эксперты страховщиков должны параллельно вести и практическую медицинскую деятельность», – говорит профессор.

Критерий истины – практика

На практике все происходит так: выявлением нарушений занимаются как специалисты-эксперты страховых компаний, так и эксперты качества медицинской помощи, привлекаемые страховщиками для этой работы. Функции и сфера деятельности этих категорий экспертов строго разграничены нормативными документами ФФОМС.

Так, например, в соответствии с действующим законодательством экспертизу качества медицинской помощи может осуществлять только эксперт качества медицинской помощи, являющийся врачом-специалистом, имеющим высшее профессиональное образование, свидетельство об аккредитации специалиста или сертификат специалиста, стаж работы по соответствующей врачебной специальности не менее 10 лет. А еще он должен пройти подготовку по вопросам экспертной деятельности в сфере ОМС, быть включенным в территориальный реестр экспертов качества медицинской помощи.

Сегодня в Едином реестре экспертов качества медицинской помощи более 10500 специалистов, из которых 9126 имеют квалификационную категорию, 2988 врачей имеют ученую степень кандидата или доктора медицинских наук. Среди них 2388 заведующих отделениями, кафедрами, руководителей (заместители руководителей) медицинских организаций. «Зная состав и квалификацию экспертов, включенных в реестр и привлекаемых для проведения экспертиз качества, нам кажутся по меньшей мере странными неоднократные заявления отдельных чиновников от здравоохранения, что экспертизу проводят врачи, не имеющие необходимой квалификации», – сетует Нина Галаничева.

Напомним, что все счета больниц и поликлиник, которые поступают в информационно-аналитический отдел страховой компании, обрабатываются экономистами и финансистами. После чего они принимают решение оплатить 100% суммы по выставленному счету или применить финансовые санкции.

«Пришел счет, мы тут же проверяем, относится ли пациент, на которого выставлен счет, к нашей страховой компании, – рассказывает о процедуре принятия решений Людмила Овсянникова, директор Санкт-Петербургского филиала СК «Капитал-полис Медицина». – Так как пациент, например, мог за два дня до страхового случая перестраховаться в другой компании. Кроме того, контролируется правильность оформления счета: все ли поля заполнены, паспортные данные пациента, дата оказания услуги, вид услуги. Затем следует медико-экономическая экспертиза с выездом в медицинскую организацию. Мы там проверяем, действительно ли пациент находился в стационаре или обращался в поликлинику, есть ли запись на оказанную медицинскую помощь. Проверяем медицинскую документацию». По словам эксперта, бывают случаи, когда страховой компании выставляют счет за семь дней пребывания в стационаре, а фактически запись прерывается на пятом дне. Два дня лечения идут в так называемые приписки. Это все выявляется в результате медико-экономической экспертизы.

Медицинская организация может обжаловать заключение страховой компании в течение 15 рабочих дней со дня получения акта. Претензию можно направить в территориальный фонд ОМС, который в течение 30 рабочих дней с даты поступления жалобы организует ее рассмотрение и проводит необходимые проверки. При несогласии с заключением и этого ведомства всегда можно обратиться в суд.

На первый взгляд может показаться, что все эти волнения вокруг системы ОМС могут негативно отразиться на процессе вхождения частных медицинских учреждений в систему обязательного медстрахования. Однако, по словам экспертов, это не совсем

так. «Возможность прихода частных от медицины – желательный и необходимый этап развития рынка медицинских услуг в России, – говорит Нина Галаничева. – Финансовых средств, направляемых государством на цели реализации программы госгарантий по ОМС, достаточно, чтобы мотивировать бизнес-сообщество на работу в этой системе». С ней соглашается и Людмила Овсянникова: «Много частных клиник желает войти в систему ОМС. Казалось бы, им это невыгодно, потому что уровень требований очень высокий по сравнению с вливанием финансовых средств. Считается, что и тарифы невысокие, хотя на поверку на сегодняшний день уровень тарифов достойный». ОМС – это гарантированный источник финансирования медицинской помощи, утверждают эксперты. «Частная медицинская организация знает, что, к примеру, 30% своего бюджета она гарантированно получит, даже с учетом возможных отказов, поступление средств из частных источников не гарантирует стабильности объема ежемесячного бюджета», – резюмирует Овсянникова.

Вопрос вхождения частных в систему ОМС решают не страховые медицинские организации. Существует специальная комиссия, которая ежемесячно проводит заседание, где принимается решение, кто входит в систему ОМС, на каком основании и по какому объему медицинской помощи. Частные структуры хотят войти в систему, но местные власти по здравоохранению больше ориентированы на медицинские учреждения городского подчинения и стремятся к тому, чтобы финансовые средства были распределены между ними. Это понятно, надо развивать территориально свою систему здравоохранения.

В заключение можно сказать: получать средства ОМС без серьезного уровня и степени ответственности уже в ближайшем будущем медицинским организациям будет все сложнее. Этого требуют и социальная политика государства, и граждане. Медицинским организациям в целом и, в частности, врачам придется принять эти реалии времени.

Источник: [Известия](#) , 29.04.14

Автор: [Макеева М.](#)