

Минздрав представил проект порядка проведения медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медпомощи в рамках ОМС. По оценкам страховых организаций, ведомство предлагает им проводить больше проверок за меньшее время, что ухудшит их качество. В то же время, по данным статистики, объем контроля со стороны страховщиков в последние годы сокращался, а стоимость штрафов за нарушения для медорганизаций росла. Пациентские организации считают документ недоработанным, хотя признают важность повышения эффективности работы страховщиков.

Минздрав разработал новый порядок контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медпомощи в рамках ОМС. Соответствующий документ был размещен ведомством на портале regulation.gov.ru. Как отмечает ведомство в пояснительной записке к этому документу, он был создан в связи с принятием поправок к закону «Об обязательном медицинском страховании» этой осенью (подробнее см. “Ъ” от 13 октября 2020 года). В частности, их принятие привело к сокращению суммы на ведение дел для медицинских страховщиков, а также дало федеральному фонду новые полномочия в части контроля качества медпомощи в федеральных медорганизациях.

Проект документа Минздрава регламентирует порядок проведения контрольных процедур медицинскими страховщиками, территориальным и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования по отношению к медучреждениям, работающим в рамках системы обязательного медицинского страхования.

Порядок описывает проведение медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медпомощи, а также сроки и частоту этих процедур.

В соответствии с документом цели такого контроля — это обеспечение доступа пациентов к лечению в объеме, предусмотренном программами госгарантий, предупреждение нарушений при оказании медпомощи, оптимизация расходов и проверка соответствия между оказанным и оплаченным лечением.

Как отмечает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев, хотя нынешнюю практику проведения контроля качества лечения в рамках ОМС, несомненно,

нужно совершенствовать, пока неясно, как предложенный Минздравом порядок будет встроен в имеющиеся стандарты ее осуществления. «Сейчас в документе отсутствует ссылка на критерии оказания медпомощи Минздрава, что может сделать его работу неполноценной»,— отмечает он. О том, что качество документа ведомства в целом вызывает вопросы, “Ъ” сообщили и во Всероссийском союзе страховщиков. «Если случай лечения был намеренно оформлен клиникой по более высокому тарифу, это будет считаться нарушением, только если разница между тарифами составит более 30%. Такая формулировка буквально указывает путь будущим нарушителям»,— отмечает председатель рабочей группы союза по ОМС Алексей Березников.

В то же время, по его словам, уже очевидно, что принятие нового порядка приведет к росту числа экспертиз за счет снижения их качества.

«Теперь страховщикам предлагается проводить медико-экономическую экспертизу за 15 календарных дней вместо 30, что сделает невозможным запрос дополнительных материалов (например, учетно-отчетной и прочей документации лечебного учреждения), привлечение востребованных специалистов или специалистов из другого города, а значит, снизит эффективность этой процедуры и процент выявляемости нарушений»,— говорит он. Впрочем, такой рост, если он действительно станет возможен в перспективе, произойдет на фоне сокращения числа проверок — по словам директора Центра политики в сфере здравоохранения Сергея Шишкина, оно продолжается уже несколько лет. «При этом средняя сумма штрафа за одно нарушение растет, следовательно, страховые компании стремятся проводить меньше проверок, фокусируясь на все более “дорогих” случаях»,— отмечает он.

Коммерсантъ, 18 февраля 2021 г.