

ВОПРОСЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ ПРАВООТНОШЕНИЙ В СИСТЕМЕ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д.О. Афанасьев,
студент ИГиП ТюмГУ
направление «Юриспруденция»
afanasevshd@gmail.com
Научный руководитель:
О.Г. Геймур,
доцент кафедры административного и
финансового права ИГиП ТюмГУ,
кандидат юридических наук, доцент

Под качеством медицинской помощи понимается совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата. Другими словами, качество медицинской помощи - это характеристика, отражающая степень адекватности технологий, выбранных для достижения поставленной цели и соблюдения профессиональных стандартов при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенностей пациента и уровня конкретного медицинского учреждения. Важнейшей функцией управления качеством медицинской помощи является контроль, включая ее экспертизу. Система контроля качества медицинских услуг подразумевает объективную оценку качества и повышение эффективности оказания медицинской помощи населению. Это совокупность служб, а на уровне медицинских учреждений - подразделений, обеспечивающих планомерную деятельность по сбору и анализу данных о состоянии качества медицинской помощи, разработке и реализации управленческих решений по ее улучшению в целях обеспечения прав граждан в получении медицинской помощи надлежащего качества и необходимого объема [1; 3].

Основой правовой системы, регулирующей медицинскую помощь гражданам РФ, в настоящее время является федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее - ФЗ № 323) [2]. Данный закон во многом является «рамочным» и большее значение приобретают другие законы и подзаконные акты. Так, регулирующим правоотношения в системе обязательного медицинского страхования является федеральный закон от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - ФЗ № 326) [3]. В рамках данных законов большое значение уделено доступности, качеству медицинской помощи. В ст. 87 ФЗ № 323 определено, что контроль качества и безопасности медицинской деятельности осуществляется в следующих формах: государственный контроль; ведомственный контроль; внутренний контроль. В соответствии с ФЗ № 326 страховые медицинские организации осуществляют контроль качества медицинской помощи и защиту прав застрахованных граждан в системе обязательного медицинского страхования (далее - ОМС). Две эти функции тесно взаимосвязаны и дополняют друг друга. Выполнение указанных функций страховыми компаниями, работающими в системе ОМС, контролируют территориальные фонды обязательного медицинского страхования.

С целью выполнения функций по контролю качества медицинской помощи и защите прав застрахованных в страховых компаниях создаются отделы по экспертизе качества медицинской помощи и защите прав застрахованных. Указанные структурные подразделения страховых компаний проводят следующую работу: информируют застрахованных граждан об их правах в системе обязательного медицинского страхования и способах их защиты; принимают и рассматривают обращения застрахованных по поводу нарушения их прав в медицинских учреждениях; проводят плановые и целевые экспертизы качества медицинской помощи, предоставленной по обязательному медицинскому страхованию; выявляют случаи ненадлежащего оказания медицинской помощи; принимают меры для устранения нарушений прав застрахованных и восстановления прав в случае их нарушения.

Страховые медицинские организации несут ответственность за качественное исполнение обязательств по контролю качества медицинских услуг, на оплату которых они направляют средства фонда обязательного

медицинского страхования. Деятельность страховых медицинских организаций контролируют территориальные фонды обязательного медицинского страхования (далее - ТФОМС). В случае выявления нарушения закона по результатам проверок со стороны ФОМС в соответствии с пунктом 13 статьи 38 ФЗ № 326 и с приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования (далее - ФФОМС) от 01.12.2010 № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (далее - Приказ № 230) на страховую компанию налагается штраф [4]. С учетом все большего перехода на одноканальное финансирование медицинских организаций через систему обязательного медицинского страхования именно этот контроль приобретает все большее значение.

При внутреннем контроле, проводимом внутри медицинских организаций используется пресловутый показатель УКЛ (уровень контроля лечения), как правило процент нарушений не превышает 5% не зависимо от уровня медицинских организаций и форм. Ведомственный и государственный контроль не может охватить всего масштаба медицинской помощи, оказываемой гражданам РФ, чаще ограничивается реагированием на жалобы и обращения или плановыми проверками, осуществляемыми главными специалистами по той или иной специальности или штатными специалистами Росздравнадзора. Независимые экспертные организации в настоящее время не имеют актуального значения в контроле за медицинской деятельностью в отсутствие правового регулирования их деятельности. В связи с этим основными контрольными организациями в настоящее время являются страховые медицинские организации (далее - СМО) и территориальные фонды медицинского страхования. При этом количество нарушений при оказании медицинской помощи выявляемых СМО как правило около 50%, т.е. в 10 раз больше, чем при внутреннем контроле, несмотря на то, что методология контрольных мероприятий не отличается внутри медицинской организации и СМО. Основами являются порядки оказания медицинской помощи, стандарты и клинические рекомендации.

Медицинская деятельность все больше становится экономической. Медицинские организации (далее - МО) в рамках договорных отношений с СМО получают оплату за пролеченных пациентов и «подушевое» финансирование за прикрепленных граждан при оказании амбулаторной помощи. Именно страховые медицинские организации сегодня имеют реальные возможности контроля за медицинской деятельностью обладая штатом независимых от государственных исполнительных органов власти экспертов. Несмотря на то, что все участники взаимоотношений декларируют одинаковую цель: доступную, качественную медицинскую помощь гражданам РФ застрахованным в системе обязательного медицинского страхования между ними порой возникают сложные взаимоотношения.

Все участники ОМС финансируются из одного источника - бюджета ФФОМС. Так СМО получают как правило около 1% от объема Территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и дополнительно в соответствии с ч. 4 ст. 28 ФЗ № 326 15% от санкций к МО. Здесь необходимо указать, что большая часть средств, удержанных у МО возвращается в систему ОМС для финансирования медицинской помощи, приобретения оборудования, обучения специалистов. До 2016г СМО оставляли себе 30% средств полученных по результатам экспертиз [4].

В прессе и на общественных площадках постоянно поднимаются вопросы о ликвидации СМО как лишней структуры в системе здравоохранения. «Медицинское лобби» достаточно влиятельно, но альтернативе СМО в настоящее время нет, только они могут проводить вневедомственную экспертизу медицинской помощи, и реально осуществлять защиту прав пациентов. Спекулятивные разговоры о том, что страховые компании «съедают огромную часть финансовых средств из системы ОМС» не состоятельны. СМО получают не более 1,5% средств ОМС. В это же время сами медицинские организации тратят огромные средства на проведение внутреннего контроля (об эффективности его было сказано выше). Основной задачей этих структур в МО становятся споры с СМО за нивелирование финансовых санкций, применяемых к их организациям за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества.

Наименование вопроса	Описание возникающих в процессе реализации Порядка проблем их детализация	Возможные мероприятия для их устранения
<p>На этапе медико-экономического контроля как правило значительных разногласий не возникает.</p>	<p>Территориальные программы в регионах формируются на основе приказов Минздрава России, ФФОМС, методических руководств. Но, тем не менее, в разных субъектах до настоящего времени используются несколько отличные способы формирования тарифов, оплаты отдельных услуг и т.д.</p>	<p>В целях унификации оптимальнее разработка единых программ для ЛПУ, СМО и ТФОМС при оформлении реестров с возможностью их интеграции в локальные информационные продукты, используемые участниками системы ОМС. Это задача ФФОМС и Минздрава России. При применении единых систем достигается значительная экономия финансовых средств участников ОМС.</p>
<p>О сроках проведения экспертиз</p>	<p>П. 15. Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию. Для мелких и средних ЛПУ с учетом объемов медицинской помощи и объемов проверяемой документации, определенных п.17 Порядка необходим более редкий порядок проверки. Если в плане проверки (п.51) установить более редкий порядок проверки возникает коллизия какой период использовать для проверки. Некоторые участники склонны считать, что в этом случае необходимо выполнить плановые показатели, но документацию брать за последний месяц перед проверкой. В этом случае мы создаем предпосылки к умышленному внесению в реестры недостоверной информации и припискам, так как ЛПУ зная сроки проверки, утвержденные планом будет уверено, что запрашиваться будет лишь документация за последний месяц.</p>	<p>Статья актуальна для крупных ЛПУ и средних находящихся вблизи от контролирующего органа. Необходимо внести изменения в п.15 Плановая медико-экономическая экспертиза осуществляется в течение месяца по счетам, предоставленным к оплате за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь по обязательному медицинскому страхованию. В отдельных случаях, по согласованию с ТФОМС, возможны более редкие периоды проверки. При этом отбор документации в соответствии с утвержденными объемами осуществляется за весь период проверки.</p>
<p>Срок проведения как плановых, так и целевых медико-экономических экспертиз (далее - МЭЭ) определены Порядком - 1 месяц.</p>	<p>Выполнение этих задач требует всегда стабильных, одинаковых ресурсов у проверяющих органов. Иногда возникают необходимости проведения большего количества экспертиз (например: выполнение распоряжений ТФОМС по проведению тематических экспертиз требующих дополнительных ресурсов; отпускные периоды и т.д.). Качественное проведение проверок может стать затруднительным. Кроме этого предоставление результатов экспертиз, возврат документов могут зависеть от транспортных схем, работы структур связи. МО могут отказать от результатов экспертиз по истечению сроков.</p>	<p>Дополнение к пп.15 и 19. При невозможности по объективным причинам выполнения установленных Порядком сроков окончания проверки СМО извещает МО и ТФОМС о невозможности предоставления актов экспертиз документации в срок и согласовывает новый (разумный) срок по разрешению</p>

<p>В соответствии с п. 19 Порядка результаты медико-экономической экспертизы, оформленные соответствующим актом, могут являться основанием для проведения экспертизы качества медицинской помощи (далее - ЭКМП).</p>	<p>Как правило после проведения МЭЭ медицинская документация сразу же направлялась на ЭКМП. В п.70. Порядка указано, что при наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по одному страховому случаю не производится. Мы считаем, что применение двух и более оснований для отказа в оплате по разным экспертизам одного страхового случая также недопустимо. Таким образом, окончательный вариант акта МЭЭ возможно предъявить только, зная результаты ЭКМП. Также, как и в окончательном варианте акта ЭКМП должны быть учтены результаты МЭЭ.</p> <p>Финансовые результаты разных видов экспертиз в учетно-отчетной, в том числе бухгалтерской, документации ведутся раздельно. При возникновении ситуации, когда первоначально были удержаны средства по результатам МЭЭ, а после проведения ЭКМП необходимо удержать большую сумму все столкнутся со значительными трудностями, т.к. невозможно удержать эту сумму дополнительно. Необходимо сначала вернуть средства, а затем вновь их получить. СМО может вернуть автоматически лишь 15% удержанной суммы, которая считается ее собственными средствами. Остальные средства направляются в бюджет ТФОМС на формирование целевых средств и средств нормированного страхового запаса. Целевые средства на оплату медицинской помощи СМО не может удерживать у себя более трех дней. Для получения дополнительных средств необходима подача заявки и т.д. При этом необходимо учитывать, что дополнительные средства потребуются за предыдущие финансовые периоды. Это сопряжено с необходимостью дополнительных распоряжений, бухгалтерских проводок и т. д., что нельзя назвать рациональным подходом к сложившейся ситуации.</p> <p>Кроме этого при предъявлении результатов МЭЭ СМО должно вернуть медицинскую документацию в ЛПУ, а после их рассмотрения вновь запросить ее для проведения ЭКМП, что также трудно назвать рациональным, так как потребует дополнительных временных и материальных затрат. Также не ясен вопрос, каким образом, например, можно обжаловать результаты МЭЭ и одновременно готовить документацию для направления ее на ЭКМП, каким образом исчислять при этом сроки.</p> <p>МО отказываются принимать финансовые результаты МЭЭ при одновременном проведении ЭКМП ссылаясь на истечение сроков.</p> <p>Кроме этого с учетом разных целей и задач МЭЭ и ЭКМП МО отказываются принимать результаты МЭЭ если санкция по ним больше, чем по ЭКМП, ссылаясь на более высокий уровень ЭКМП. Эксперт качества в первую очередь оценивает качество оказанной медицинской помощи и не всегда соответствие этой помощи и ее объемов той или иной КСГ, видам помощи и т.д.</p>	<p>ТФОМС.</p> <p>Необходимо дополнить Порядок пунктом: При проведении двух видов экспертиз (МЭЭ и ЭКМП) по одному страховому случаю окончательные результаты обеих предъявляются одновременно после ЭКМП. При этом при наличии в одном и том же случае оказания медицинской помощи двух и более оснований для отказа в оплате медицинской помощи или уменьшения оплаты медицинской помощи к медицинской организации применяется одно - наиболее существенное основание, влекущее больший размер неоплаты, или отказ в оплате. Суммирование размера неполной оплаты медицинских услуг по разным экспертизам по одному страховому случаю не производится.</p>
--	--	--

Учитывая сложность регулирования данных правоотношений возникает необходимость в совершенствовании их правового регулирования. Большая часть предложений к изменению или уточнению положений Приказа № 230, предлагаемых нами, определились из правоприменительной практики.

В настоящее время при проведении контроля в системе ОМС СМО и ТФОМС пользуются Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее - Порядок), утвержденном Приказом № 230. В процессе реализации его положений при проведении контрольных мероприятий между МО и СМО возникают разногласия из-за разных трактовок некоторых статей. Это возникает из-за разных целей у участников контроля. МО часто пытаются уклониться как от самих проверок, так и результатов, используя формальные поводы, искажая понятия, утвержденные в Порядке. Кроме этого Порядок не учитывает некоторые особенности регионов (например, отдаленность участников контрольных мероприятий, мощности лечебно-профилактического учреждения (далее – ЛПУ), отсутствие в регионах высших образовательных учреждений, которые могли бы использовать свой потенциал для проведения экспертиз, отсутствие конкурентной среды между ЛПУ и др.). Предложения для более четкого функционирования нормативно-правового акта, регулирующего контрольные мероприятия в системе ОМС приведены в таблице.

Нами приведена только часть нерешенных, неправильно понимаемых, несправедливых положений касающихся вопросов организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования. Вопросы регулирования медицинской помощи и ее качества еще сложнее и многогранней, что потребует дальнейшего совершенствования правовой системы здравоохранения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Нестеров О.Л. Уровни контроля качества медицинской помощи / О.Л. Нестеров // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. - 2015. - № 8. – С. 3 - 8.
2. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ: по сост. на 03.07.2016 г. // Собрание законодательства РФ. – 2011. -№ 48. - Ст. 6724.
3. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации: федеральный закон от 29 ноября 2010 №326-ФЗ: по сост. на 09.01.2017 г. // Собрание законодательства РФ. – 2010. -№ 49. - Ст. 6422.
4. Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию: приказ ФФОМС от 01.12.2010 № 230: по сост. на 29.12.2015 г. // Российская газета. - 2011. -№ 20.