

Менеджер здравоохранения.- 2017.- № 4.- С. 56-61.
Реализация рекомендаций Комитета по социальной политике
Совета Федерации по контролю за деятельностью СМО

Старченко А.А.

Член Общественного совета по защите прав пациентов при Росздравнадзоре
Д.м.н., профессор МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского

Комитет по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ в рамках Круглого стола от 20.06.2016 г. на тему «Оценка эффективности работы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» выработал ряд актуальных рекомендаций, подлежащих реализации в 2017 году:

- регулярный анализ финансовых санкций по результатам контрольных мероприятий в разрезе медицинских организаций для выработки рекомендаций по устранению и дальнейшему недопущению их повторений;

- предоставления страховым медицинским организациям права при проведении контрольных мероприятий в медицинских организациях в рамках обязательного медицинского страхования, одновременно осуществлять контроль оказанных платных медицинских услуг с целью защиты прав застрахованных на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и исключения подмены бесплатной медицинской помощи платной».

- органам государственной власти субъектов Российской Федерации: обеспечить необходимое содействие и контроль за реализацией полномочий страховых медицинских организаций в системе ОМС, в том числе по созданию института страховых представителей; проводить анализ и оценку деятельности страховых медицинских организаций, с целью выработки предложений, направленных на повышение эффективности их работы;

- осуществление межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин.

http://social.council.gov.ru/activity/activities/round_tables/70321/

Проблема разграничения оказания медицинских услуг на условиях программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи в рамках системы ОМС и на условиях прямой оплаты за счет собственных средств не утратила своей актуальности в течение последних 20 лет несмотря на смену высших должностных лиц государства и Правительства РФ.

Высшие должностные лица государства в своих предвыборных программах указывали на насущную необходимость разграничения перечня бесплатных и платных медицинских услуг, которое реально до настоящего времени не осуществлено.

Такое разграничение принципиально необходимо для развития правового государства, т.к. является признаком активного ведения антикоррупционной борьбы и отрицания коррупции как одного из возможных теневых реальных принципов управления государственной машиной и обществом.

Разграничение важно для рядового врача сферы здравоохранения, т.к. именно рядовой лечащий врач является первичным звеном, предлагающим в отсутствие данного разграничения, пациенту получение медицинской помощи на платной основе. Именно этот рядовой лечащий врач должен быть заинтересован в наличии такого разграничения перечней бесплатных и платных медицинских услуг, т.к. именно он может быть подвергнут наказанию в случае незаконного оказания платных медицинских услуг, включенных в программу государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи. Уголовная судебная практика показывает, что в этом случае администрация

медицинских организаций не горит стремлением помочь подсудимому новоявленному «мошеннику» от здравоохранения, категорически открешиваясь от его «преступной мошеннической» деятельности.

Разграничение важно для пациента, который обладает ограниченными ресурсами для оплаты медицинской помощи.

Разграничение важно для сферы здравоохранения и общества граждан в целом - отсутствие разграничения может способствовать:

1. Антиконституционной дискриминации граждан по имущественному признаку: очередь пациента, не располагающего денежными средствами на оплату медицинской услуги (помощи) отодвигается внеочередным оказанием помощи пациенту, оплатившему медицинскую услугу собственными средствами.

2. Росту «коррупционной заинтересованности» собственно коррупции медицинских работников и чиновников сферы здравоохранения: система «откатов» при направлении пациента в торговую организацию за покупкой медицинского изделия.

К примеру, Минздрава одного из субъектов РФ в письме от 17.11.16 г. № 8003ж фактически сообщает о «прокоррупционной деятельности» подведомственных ему медицинских организаций МО: «... эндопротез приобретен гр. К. за счет собственных средств на основании договора купли-продажи, заключенного с обществом с ограниченной ответственностью «Вектор» и является ее собственностью».

Пациент не является врачом-ортопедом, поэтому не может «выбрать» для приобретения в собственность эндопротеза по органолептическим качествам. Для выбора типа, вида, модели и т.д. эндопротеза существует в РФ врач-ортопед, который руководствуется не органолептическими свойствами эндопротеза, а на основе профессиональных знаний выбирает модель, тип, вид и т.д., показанную пациенту по результатам его профессионального ортопедического обследования с учетом всех особенностей его организма и заболевания (стадия, процесс, состояние костно-мышечной системы, парартикулярных тканей и т.д.), а также особенностей социального статуса пациента, характера его трудовой деятельности и т.д. В соответствии с требованиями Закона «О защите прав потребителей» исполнитель услуги – МО в лице врача ортопеда, обязана определить потребительные свойства разных эндопротезов тазобедренного сустава, закупить их для оказания услуги и установить пациенту в соответствие с имеющимися показаниями и с учетом противопоказаний.

Очевидно, что это пример прокоррупционной деятельности: созданы условия «закупки» пациентами по неконтролируемым ценам (с возможностью «отката») эндопротезов; врачу-ортопеду предписано (прокоррупционно) направлять пациента на закупку эндопротеза в торговую организацию. Такая прокоррупционная деятельность не может быть признана законной:

1) она не отвечает требованиям п. 21 ст. 2 Закона РФ № 323-ФЗ, в соответствие с которой качество медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава» не может быть достигнуто по критериям:

- правильности выбора эндопротеза: правильность выбора возложена на пациента, который не обладает специальными знаниями по показаниям и противопоказаниям выбора;

- степени достижения запланированного результата: результат услуги не возможен без приобретения протеза; результативность работы МО ставится в зависимость от наличия личных средств у пациента;

2) она не отвечает требованиям Закона РФ № 326-ФЗ, которым не предусмотрено софинансирование со стороны гражданина оказания медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава», включенной в базовую программу госгарантий бесплатной медпомощи.

3. Развитию системы навязывания платных медицинских услуг, не показанных пациенту по медицинским показаниям или противопоказанных, но потенциально опасных для его жизни и здоровья, в т.ч. с причинением ущерба жизни и здоровью пациента.

4. Развитию системы фальсификации потребительской сущности медицинских услуг: за плату оказывается не сама медицинская услуга, а внеочередность ее оказания без указания об этом в договоре с пациентом-потребителем медицинской помощи.

5. Развитию системы фальсификации тарифных отношений в системе ОМС, примером которой может быть тот же ответ Минздрава одного из субъектов РФ № 8000ж на жалобу о понуждении (взимании) к оплате эндопротеза тазобедренного сустава: *«Стоимость эндопротеза не включена в тариф на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленный Тарифным соглашением в системе ОМС ... области на 2015 год от 31 декабря 2014 года и его стоимость не подлежит возмещению страховой медицинской организацией при оплате медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам».*

Данный пример актуализирует важный общественный интерес и вопрос: «Зачем гражданам-налогоплательщикам-пациентам такой управляющий здравоохранением орган, который, следуя героям басни «Лиса и журавль», вводит в оборот системы ОМС услугу «эндопротезирование тазобедренного сустава», но не включает в состав тарифа не нее стоимость самого главного составляющего - эндопротеза, без чего услуга не имеет потребительских свойств и смысла для пациента?»

Особой оценки со стороны гражданского общества и медицинской общественности, в т.ч. Минздрава России требует пассаж в ответе № 8000ж: *«В связи с отсутствием стандарта медицинской помощи при лечении закрытого перелома бедренной кости, в том случае если бы К. отказалась от приобретения эндопротеза, в отношении нее мог быть применен иной метод лечения без применения эндопротеза».* Этим циничным заявлением Минздрав субъекта РФ расписывается в том, что медицинская помощь во вверенном ему субъекте РФ не является результатом целенаправленной плановой деятельности по медицинским показаниям, не определяется критериями ст. 10 Закона РФ № 323-ФЗ о ее доступности и качестве, а зависит целиком и полностью от наличия личных средств граждан на ее оказание! Профессиональный рост и повышение квалификации врачей с их законным интересом оказывать медицинскую помощь на самом современном и передовом технологическом уровне также ставиться в зависимость от степени обеспеченности населения субъекта РФ, что не может не противоречить и интересам профессионального общественного объединения врачей, в т.ч. Национальной медицинской палаты.

Крайне важно для гражданского общества и профессиональной медицинской общественности: Минздрав России, являясь уполномоченным федеральным органом исполнительной власти в сфере здравоохранения, фактически не только осуществил до настоящего времени решение задачи о разграничении перечней бесплатных и платных медицинских услуг (помощи), но и не берет на себя обязанность и труд официально отвечать на конкретные запросы о включении конкретных медицинских услуг в базовую программу ОМС, что обязывает субъекты РФ организовать бесплатное их оказание гражданам в рамках территориальных программ ОМС.

В ответе на запрос о включении или не включении рассматриваемой выше медицинской услуги «эндопротезирование тазобедренного сустава» базовую программу ОМС Минздрав России привел заявителю следующую нотацию: *«Департамент организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее - Департамент) сообщает, что юридическую силу имеют разъяснения органа государственной власти в случае, если данный орган наделен в соответствии с законодательством Российской Федерации специальной компетенцией издавать разъяснения по применению положений нормативных правовых актов. Минздрав России действующим законодательством не*

наделен компетенцией по разъяснению законодательства Российской Федерации. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 № 608 «Об утверждении положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации» Министерство здравоохранения Российской Федерации является федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения».

Таким образом, если в настоящее время Минздрав России не вправе официально, т.е. юридически значимо с юридической силой, ответить на запрос относительно состава перечня бесплатных медицинских услуг, оказываемых бесплатно для граждан за счет средств ОМС, то возникает ряд реальных вопросов, требующих срочного разрешения:

1) как официально может рядовой врач, формулирующий показания к лечению с использованием медицинских изделий, решить о включении или не включении медицинского изделия в программу ОМС, а разрешение данного вопроса находится в т.ч. в плоскости уголовного законодательства;

2) как врач-эксперт страховой медицинской организации может официально дать ответ на жалобу застрахованного лица о включении или не включении медицинского изделия в программу ОМС;

3) как пациент сможет защитить свои законные права и интересы на бесплатное получение медицинской помощи с использованием медицинского изделия в рамках программы ОМС?

В связи с выше изложенным предложениями по реализации выше приведенных рекомендаций Комитет по социальной политике Совета Федерации Федерального Собрания РФ в рамках Круглого стола от 20.06.2016 г. являются следующие.

1. Обратиться в Правительство РФ с просьбой наделить Минздрав России специальной компетенцией по разъяснению законодательства Российской Федерации и применения положений нормативных правовых актов.

2. С целью предупреждения нарушений прав и законных интересов граждан на получение доступной бесплатной медицинской помощи надлежащего качества, защиты их прав на компенсацию незаконно взимаемых денежных средств, а также повышения прозрачности финансирования медицинской помощи, точного установления источников оплаты оказанной медицинской помощи предложить Минздраву России направить в субъекты РФ и подведомственные Минздраву РФ медицинские организации, включенные в систему ОМС, письмо с указанием о необходимости внесения в медицинскую документацию пациента сведений об источнике оплаты оказываемой ему медицинской помощи (услуги, прием врача, госпитализация и др.), выполняемого отдельного медицинского вмешательства или применяемого медицинского изделия – «платные услуги», «средства ОМС», «средства ДМС» или «личные средства граждан».

Данное предложение не несет существенных материальных или временных затрат, а также не ограничивает прав и законных интересов граждан, а, наоборот, уточняет право на разные источники оплаты медицинской помощи, предусмотренные Законом РФ № 323-ФЗ.

3. Предложить ФФОМС внести изменения в нормативный правовой акт, регулирующий состав реестров счетов за оказанную по программе ОМС медицинскую помощь: включить в реестр информационное поле для обозначения источника оплаты медицинского изделия: «личные средства граждан», «средства ОМС».

Предлагаемое к реализации внедрение требования Минздрава России о внесении в первичную медицинскую документацию кода источника оплаты медицинской помощи («ОМС», «ДМС», «платные услуги» или «личные средства граждан») медицинского вмешательства (услуги, помощи) будет отвечать пункту 1.5 Рекомендаций итогам заседания «Круглого стола» Комитета по социальной политике Совета Федерации

Федерального Собрания Российской Федерации на тему «Оценка эффективности работы страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования» от 20.06.16 года: «1.5 *предоставления страховым медицинским организациям права при проведении контрольных мероприятий в медицинских организациях в рамках обязательного медицинского страхования, одновременно осуществлять контроль оказанных платных медицинских услуг с целью защиты прав застрахованных на получение гарантированной государством бесплатной медицинской помощи и исключения подмены бесплатной медицинской помощи платной*».

Реализация данного предложения позволит наладить действенный массовый контроль и профилактику незаконного оказания платных медицинских услуг, включенных в программу ОМС, дисциплинировать медицинские организации и осуществлять быструю и массовую, действенную защиту прав застрахованных лиц и пациентов возмещением незаконно взимаемых с них личных денежных средств.

Рекомендация Комитета по социальной политике Совета Федерации об осуществлении межведомственного взаимодействия в сфере ОМС с целью повышения качества медицинской помощи и снижения смертности населения от управляемых причин была подхвачена социальным блоком Правительства РФ и реализовалась поручением уполномоченным федеральным органам исполнительной власти разработать критерии оценки деятельности страховых медицинских организаций по снижению смертности.

Анализ деятельности СМО в системе ОМС показывает, что мероприятия, выполняемые СМО в рамках действующего законодательства, в т.ч. информационное сопровождение застрахованных лиц (понуждение застрахованных лиц на диспансеризацию здоровья), не состоят в прямой или косвенной причинной связи с демографическим показателем смертности населения.

В качестве критериев оценки деятельности страховых медицинских организаций (СМО) по снижению летальности при оказании медицинской помощи, т.е. выявление вклада снижения доступности медицинской помощи и ненадлежащего качества оказанной медицинской помощи, способствовавшей летальному исходу, в уровень летальности, могут быть предложены следующие, характеризующие деятельность СМО по контролю качества оказанной застрахованным лицам медицинской помощи, результаты которой (акты экспертизы) могут быть использованы для принятия управленческих решений органами управления здравоохранением субъектов РФ и Минздравом РФ:

1. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.2.3. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, приведших к ухудшению состояния здоровья застрахованного лица, либо создавшее риск прогрессирования имеющегося заболевания, либо создавшее риск возникновения нового заболевания» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

2. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.2.5. Невыполнение, несвоевременное или ненадлежащее выполнение необходимых пациенту диагностических и (или) лечебных мероприятий, оперативных вмешательств в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи и (или) клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи,

приведших к летальному исходу» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

3. Доля выявленных СМО при экспертизе качества медицинской помощи дефектов оказания медпомощи с кодом дефекта «3.11. Неправильное действие или бездействие медицинского персонала, обусловившее развитие нового заболевания застрахованного лица (развитие ятрогенного заболевания)» среди всех экспертиз качества медицинской помощи, выполненных по поводам фактов летальных исходов застрахованных лиц.

Предлагаемые критерии оценки выражаются в относительных показателях (%), характеризуют способность и волю СМО к объективности оценки оказанной медицинской помощи и выявлению дефектов медицинской помощи, способствующих повышению летальности среди умерших застрахованных лиц, которым была оказана медицинская помощь ненадлежащего качества

Данные критерии характеризуют способность СМО выявлять и представлять обществу в результате выявления указанных дефектов объективные проекты управленческих решений, направленных на снижение летальности.

Данные критерии характеризуют конкурентные способности и возможности СМО: чем выше показатели данных критериев, тем более действенна экспертная деятельность СМО, тем больше возможности у родственников умерших пациентов защитить свои права и интересы в судебных инстанциях, опираясь на аргументы – выявленные СМО в процессе экспертизы дефекты медицинской помощи, способствующие или приведшие к смерти.

Введение данных «конкурентных» критериев не позволит органам исполнительной власти субъектов РФ осуществлять нередкие в настоящее время попытки скрывать грубые дефекты в оказании медицинской помощи от общественности и вышестоящих управляющих инстанций под видом «незначительных» дефектов, к примеру, недочетами оформления медицинской документации.

Введение данных «конкурентных» критериев будет способствовать реализации принципа неотвратимости судебного наказания за допущенные дефекты при оказании медпомощи, что станет побудительным мотивом к реализации в повседневной лечебно-диагностической практике предлагаемых СМО управленческих решений, направленных на снижение летальности, а не рассчитывать на «административный ресурс» и внеправовое давление на участников процесса разрешения споров о компенсации материального и морального ущерба.