

УДК 614.2 : 34 : 368.042] (571.62)

В.С. Ступак¹, М.Г. Свередюк¹, К.Е. Пошатаев², С.С. Пудовиков³, Г.Г. Петров⁴, Н.Н. Шишова¹, И.Е. Попова²

Проблемы взаимодействия субъектов правоотношений в системе обязательного медицинского страхования на территории Хабаровского края

¹ ГУЗ «Перинатальный центр» МЗКХ, г. Хабаровск

² ГУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ КХ, г. Хабаровск

³ ГУЗ «Краевая клиническая больница № 1» МЗ КХ, г. Хабаровск

⁴ ГУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗКХ, г. Хабаровск

Контактная информация: В.С. Ступак e-mail: vsstupak@rambler.ru

Резюме

В статье авторы проводят анализ существующих проблем по реализации положений законодательства в области обязательного медицинского страхования. Предлагается решение ряда вопросов с помощью пересмотра существенных условий типового договора, разработки и внедрения административных регламентов, изменения тарифной политики.

Ключевые слова: здоровье, пациент, регламент, полис.

V.S. Stupak¹, M.G. Sveredyuk¹, K.E. Poshataev², S.S. Pudovikov³, G.G. Petrov⁴, N.N. Shishova¹, I.E. Popova²

Problems of interaction between actors in the legal system of necessary medical insurance on the Territory of Khabarovskiy Kray

¹ State Common Health Institution «the Perinatal center», Khabarovsk

² State Common Health Institution «Regional clinical hospital № 2», Khabarovsk

³ State Common Health Institution «Regional clinical hospital № 1», Khabarovsk

⁴ State Common Health Institution «Children's regional clinical hospital», Khabarovsk

Summary

In this article authors analyze the existing problems in the realization of regulations of the law on necessary medical insurance. The decision of a number of issues by revising the essential conditions of type agreement, developing and implementing of administrative regulations, changes in tariff policy.

Key words: health, patient, regulations, policy.

Введение

В настоящий момент взаимодействие в системе обязательного медицинского страхования регулируется новым Феде-

ральным законом от 29 ноября 2010 года N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации», (далее Закон об ОМС) и приказом

министерства здравоохранения и социального развития от 28 февраля 2011 г. N 158-н «Об утверждении правил обязательного медицинского страхования», другими нормативными актами Российской Федерации и Хабаровского края [1, 2].

Закон об ОМС закрепил общие нормы, установил рамочные требования к правоотношениям, возникающим внутри системы ОМС, определил правила поведения субъектов правоотношений, которые в свою очередь необходимо реализовывать, посредством разработки правовых механизмов. Между тем существуют нерешенные проблемы, которые влияют на качество медицинской помощи населению и сводятся к следующему:

1. Отсутствие механизмов реализации норм Закона об ОМС.

Формирование механизмов реализации правовых норм, закрепленных в Законе об ОМС на территории края становится актуальной проблемой в период реализации программы модернизации здравоохранения.

Переход на новые качественные отношения субъектов правоотношений в системе медицинского страхования является в настоящее время определяющим с позиции новой ступени развития качественной и безопасной медицинской помощи жителям Хабаровского края.

Актуальным является вопрос формирования порядка реализации правовых норм по реализации Закона об ОМС на территории Хабаровского края, путем внедрения административных регламентов на уровне органов исполнительной власти.

Результаты обсуждения

На наш взгляд, посредством разработки административных регламентов и локальных правовых актов необходимо сформировать четкий механизм реализации законодательных положений, сформировать внутрисистемные и межсистемные взаимосвязи, решить вопросы координации и контроля управляющего субъекта с объектом управления, то есть, самого Фонда, страховых организации и медицинских учреждений. В частности в более детальном изложении нуждаются следующие аспекты:

-необходимо приведение к нормативным требованиям договора между лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми медицинскими организациями и КФОМС;

- привести в соответствие с новыми требованиями законодательства осуществление персонафицированного учета пациентов и обмен информа-

цией между субъектами медицинского страхования;

- разработать порядок этапного перехода на тарифы с полным возмещением расходов на оказание медицинской помощи, стоимости оказанной медицинской услуги;

-отработать четкий регламент осуществления платежей за оказанную медицинскую услугу;

- привести в соответствии с положениями главы 9 Федерального закона об ОМС контроль качества оказания услуг медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями в сфере ОМС;

- разработать порядок обжалования актов, принятых в результате проведения контрольных мероприятий и экспертиз в отношении страховых медицинских организаций, так как в Законе об ОМС он не установлен.

В административных регламентах необходимо четко прописать ответственных сотрудников, алгоритм последовательных действий по исполнению обязанностей, включая сроки, объемы проверки, применительно к экспертизе качества, сроки платежей.

2. Проблемы взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций.

На сегодняшний день временный порядок координационного взаимодействия в системе ОМС Хабаровского края утвержденного правлением фонда от 19.03.2010 года (далее временный порядок ОМС) утратил действие с 22.02.2011, момента введения Правил ОМС.

Основными проблемами взаимодействия медицинских организаций и страховых медицинских организаций по нашему мнению являются: неурегулированность вопросов оплаты неидентифицированных в системе ОМС пациентов, оплаты объемов медицинской помощи, оказанной сверх плановых, установленных распоряжением министра здравоохранения, несбалансированность тарифа на оказание медицинской помощи в части заработной платы, перерасчет стоимости оказанных медицинских услуг, связанный с фактическим пребыванием больного менее 60% от срока, предусмотренного КСГ вне зависимости от понесенных затрат на оказание медицинской помощи.

Согласно положений закона об ОМС (ст. 1-4, ст. 10, ст. 16) основными положениями реализации мероприятий оказания медицинской помощи в Российской Федерации являются: доступность и качество, бесплатность и охват гарантиями ока-

зания медицинской помощи всего населения страны, субъектов Федерации [1]. Таким образом, существуют гарантии охвата медицинским страхованием всего населения страны как её граждан, так и граждан других государств, находящихся на её территории, т.е. все лица являются застрахованными.

Согласно правилам ОМС «...страховые медицинские организации могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица...», медицинская организация может ходатайствовать об идентификации застрахованного лица территориальным фондом ОМС на основании предполагаемых сведений о застрахованном.

«...территориальный фонд осуществляет в течение пяти рабочих дней со дня получения ходатайства проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц. Результаты проверки территориальный фонд в течение трех рабочих дней представляет в медицинскую организацию...»

Следовательно, обязанность идентификации неидентифицированного в системе ОМС пациента и реализации полномочий финансового обеспечения медицинской помощи такой группе больных лежит на территориальном фонде ОМС.

На примере ГУЗ «ККБ № 2»:

- в сутки в больницу обращается (травмпункт и приемные покои) более 200 пострадавших и больных. Из них большинство не имеет при себе полиса ОМС, затруднительно идентифицировать в системе ОМС на момент пребывания в стационаре около 6 %, травмпункте больницы -10%. Затраты на оказание помощи этой группе не возмещаются.

В этой связи, необходимо регламентировать правила идентификации пациентов, поступающих в учреждения, организовать при территориальном фонде ОМС отдел идентификации пациентов с круглосуточным режимом работы для идентификации и выдачи временных полисов на период оказания помощи в режиме реального времени.

3. Необходимость в гибкости планирования и корректировки объемов медицинской помощи.

Согласно положений современного законодательства в сфере гарантий бесплатной медицинской помощи (закон ОМС, правила ОМС, проекта закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации») гражданин вправе выбрать медицинскую организацию, врача и др.

Согласно Правил ОМС (ст. 123) «Объемы медицинской помощи устанавливаются медицинской организации на год с последующей корректировкой при

необходимости исходя из потребности застрахованных лиц в медицинской помощи и с учетом их права выбора медицинской организации и врача с учетом: «...показателей потребления медицинской помощи, видов, условий оказания медицинской помощи и врачебных специальностей».

Краевые учреждения, оказывающие экстренную и срочную медицинскую помощь, самостоятельно не могут регулировать объемы такой медицинской помощи.

Так на примере:

- ГУЗ «ККБ №2» - 90% медицинской помощи оказывает по экстренным и по срочным показаниям. Остальные больные госпитализируются в плановом порядке. Ежегодно перевыполнение плана по пролеченным больным составляет 8-13%;

- ГУЗ «Перинатальный центр» - высокая востребованность в акушерской помощи, перевыполнение объемных показателей по акушерской службе за последние три года составляет 15%, а в отделении акушерском наблюдательном – перевыполнение объемов на 15%.

Следовательно, возможность корректировки объемов медицинской помощи в соответствии со сложившимися объемами в течение периода времени есть.

В связи с выше изложенным, необходимо проведение корректировки планового задания на выполнение объемов медицинской помощи в течение года по результатам квартала и за 9 месяцев работы.

4. Несбалансированность тарифа на оказание медицинской помощи в части заработной платы.

Общеизвестно, что среднепрофильные тарифы на оказание медицинской помощи не покрывают расходы на заработную плату исходя из тарификации существующего штатного расписания, рассчитанного на объемы оказываемой медицинской помощи.

В настоящее время медицинские организации покрывают дефицит фонда оплаты труда в тарифе за счет значительного дефицита кадров, интенсификации труда работников при оплате за совмещение в пределах финансового обеспечения этого раздела расходов.

Иными словами, при гипотетической укомплектованности штатами 100%, фонда заработной платы не хватит на оплату труда работников, выполняющих объемы медицинской помощи.

Попытка снизить плановые объемы помощи и тем самым «подогнать» штатное расписание под имеющиеся финансовые ресурсы ведет к еще большей интенсификации труда работников, при сниже-

нии материальных стимулов и как результат к снижению качества оказываемой медицинской помощи.

Необходимо провести анализ объемов оказываемой в Хабаровском крае медицинской помощи в разрезе диагностических родственных групп заболеваний, обеспечение единых сроков пребывания больного на койке для каждой группы, т.е. сокращение числа коек в крае за счет развития стационар-замещающих видов медицинской помощи и за счет этого полного обеспечения финансовой составляющей тарифов в части заработной платы в пределах финансирования Территориальной программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи в Хабаровском крае.

Кроме того, необходимо обратить внимание на необходимость перехода от возмещения затрат на оказание медицинской помощи по среднепрофильному тарифу к системе оплаты по дифференцированным тарифам в зависимости от сложности и продолжительности курации, объема применения современных методов диагностики и лечения.

5. Проблемы ведения персонифицированного учета

Федеральным законом №326-ФЗ предусматриваются условия для организации единого информационного пространства в рамках системы ОМС на ос-

нове введения персонифицированного учета.

Программа по персонифицированному учету настроена в соответствии с устаревшими нормативными документами и рассчитана, на примере акушерских стационаров, на родильные отделения (родильные дома), оказывающие первичную медико-санитарную помощь. Об этом свидетельствует необоснованное ограничение используемых кодов по МКБ-10 в отделении патологии беременности (ОПБ) и акушерских отделениях.

Например: акушерская служба Перинатального центра выполняет отличные от обычного родильного дома (отделения) функции и задачи, оказывает специализированную помощь беременным и роженицам. Так, в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 02.10.2009 г. №808-н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» (п. 13 приложения 1) «в случаях преждевременных родов после 22 недель беременности госпитализация осуществляется в перинатальный центр, где имеется возможность выхаживания новорожденных с массой тела 500-999 г». Но в соответствии с государственной статистической отчетностью данные случаи до сих пор регистрируются как выкидыш (код диагноза по МКБ-10 O03). Поэтому в соответствии с

III группой акушерского стационара количество выкидышей с 22 до 28 недель в Центре ежегодно увеличивается.

Кроме того, в акушерское наблюдательное отделение госпитализируются беременные со сроками более 25 недель беременности для прерывания по медицинским показаниям в соответствии с решением Краевой комиссии по тактике ведения женщин с пренатальной патологией плода. Эти случаи тоже кодируются как выкидыш.

В свою очередь O12.0, отеки беременных, уже давно не подлежат стационарному лечению (необоснованная госпитализация в ОПБ) и корректируются на амбулаторном этапе.

Следует срочно внести изменения в программу по персонализированному учету в соответствии с уровнем учреждения и III группой акушерского стационара и дать четкое письменное руководство по кодированию заболеваний в соответствии с настройкой программы.

6. Несогласованность и нарушение закона в части обслуживания полисов.

В связи с тем, что согласно Закону об ОМС полисы ОМС, выданные до первого января 2011г., считаются действительными, медицинские организации обязаны принимать пациентов с такими полисами и не имеют права им отказывать.

На пример: ГУЗ «Перинатальный Центр» принимает всех застрахованных с полисами старого образца. При формировании реестров на проверку выходит, что многих граждан нет в веб-регистре. Часто приходится звонить в компанию РОСНО-МС и подолгу выяснять «почему застрахованный отсутствует в регистре». На это уходит много времени и часто заканчивается ничем, так как на другом конце телефонного провода застрахованного найти не могут, хотя (дословно): «эта серия полисов у нас действующая». При сдаче счетов реестров за февраль по причине неверных данных полисов ОМС компаниями РОСНО, ДАЛЬРОСМЕД, СО-ГАЗМЕД не оплатила более 60 пролеченных больных.

Медицинская организация не занимается страхованием граждан, а пользуется только данными предъявленных документов, веб-регистром и телефонной связью со страховыми компаниями, поэтому, считаем, что ответственность за правильные сведения о страховом медицинском полисе, а, следовательно, и за четкое формирование веб-регистра, лежит целиком на СМО и штрафные санкции должны быть применены в данном случае к ней.

Пользуясь программой VipNet страховые медицинские организации запросы информации, нередко конфиденциаль-

ной, не оформляют на официальном бланке, а посылают как простые записки. Медицинскую документацию не запрашивают официальным письмом, а ссылаются на закон об ОМС и не проявляют заинтересованности в ее получении, в том случае, если медицинская организация запрашивает оплатить страховой случай за фактически проведенные дни лечения.

В настоящее время предлагаемый для ведения персонифицированного учета программный продукт не работает должным образом, не осуществляется его информационная поддержка, нет единства в требованиях к его заполнению ни со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования, ни со стороны страховых медицинских организаций.

До устранения возникших коллизий считаем возможным и необходимым предоставлять сведения о пролеченных больных на бумажном носителе. Данный вариант в полном объеме соответствует действующему законодательству. Так, в частности, в части 5 статьи 44 Федерального закона №326-ФЗ от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» сказано, что: «Сведения о застрахованном лице и об оказанной ему медицинской помощи могут предоставляться в виде документов,

как в письменной форме, так и в электронной форме ...». Кроме того, предоставление информации в письменной форме позволит получать информацию без потерь и без дефектов.

7. Защита персональных данных.

Много вопросов возникает по персональным данным пациентов (пол, дата рождения, данные документа, удостоверяющего личность, место жительства, данные о страховой медицинской организации и др.).

К примеру, ГУЗ «Перинатальный центр» начал работу в рамках ОМС с первого января 2011 года, с этой же даты вступил в силу Федеральный закон №326-ФЗ, согласно которому медицинское учреждение предоставляет в страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС только сведения об оказанной медицинской помощи, но не какие-либо другие сведения о застрахованном лице (статья 47 часть 1).

В данном вопросе страховые медицинские организации и территориальный фонд ОМС ссылаются на приложение №11 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 28.12.2010 №1219н. Однако данный Приказ, также как и приказ Минздравсоцразвития РФ от 28.02.11 № 158н, противоречит норма-

тивному акту имеющему большую юридическую силу – Федеральному закону.

8. Нарушения положений п. 2 части 3 статьи 50 Закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», где в частности сказано: «Предусмотренные в бюджете Федерального фонда средства на финансовое обеспечение региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации направляются на следующие цели: «... 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...»[3].

Для примера: специалисты ГУЗ «Перинатальный центр» неоднократно обращались в территориальный фонд ОМС с просьбой обеспечить за счет средств фонда ОМС рабочие места в количестве 12 (двенадцать) комплектами оргтехники (системный блок, монитор, принтер, блок бесперебойного питания) для работы со сводным регистром застрахованных в режиме реального времени (on-line), а

также программным обеспечением – VipNet.

По разным причинам Фонд ОМС Хабаровского края уклонился от исполнения обязательств, предусмотренных действующим законодательством и учреждение вынуждено было приобрести оргтехнику и программное обеспечение за счет средств полученных от приносящей доход деятельности.

Выводы

На основе вышеизложенного авторы предлагают:

- сформировать механизм реализации законодательных положений, восстановить внутрисистемные и межсистемные взаимосвязи, решить вопросы координации и контроля управляющего субъекта с объектом управления, то есть, самого Фонда, страховых организации и лечебных учреждений;
- привести к нормативным требованиям Закона об ОМС договора между лечебно-профилактическими учреждениями и страховыми медицинскими организациями и ФОМС; ведение персонафицированного учета и обмен информацией;
- разработать новый порядок расчета тарифов с этапами перехода на

оказание медицинской помощи по полной стоимости оказанной медицинской услуги; сформировать четкий регламент осуществления платежей за оказанную медицинскую услугу;

- предусмотреть в новых порядках обязательное проведение корректировки планового задания на выполнение объемов медицинской помощи в течение года, по квартально (за 9 месяцев работы);

- учитывая практику в других территориях Российской Федерации необходимо разработать и ввести единые дифференцированные тарифы на оплату медицинской помощи по дополнительному профилю отделений, по диагностическим родственным группам, а также выделить отдельно тарифы на 1 койко – день по реанимационной медицинской помощи, оплату по которым проводить за каждый день пребывания больного на этих койках;

- производить оплату медицинской помощи пациентам с фактическим пребыванием больного менее 60% от срока в случае летального исхода по фактически понесенным расходам после проведения медико-экономической экспертизы по каждому представленному медицинской организацией случаю;

- учитывая не совершенство программы ведения персонифицированного учета, недостаточную информационную

поддержку, отсутствие единства в требованиях к его заполнению, ни со стороны Территориального фонда обязательного медицинского страхования, ни со стороны страховых медицинских организаций и до устранения возникших проблем, считаем возможным и необходимым предоставлять реестр о пролеченных пациентах в СМО в письменной форме для окончательного расчета;

-разработать Порядок обжалования актов, принятых в результате проведения контрольных мероприятий и экспертиз в отношении страховых медицинских организаций, в соответствии с новым законом об ОМС;

- в целях защиты прав пациента в срочном порядке обязать СМО и ФОМС организовать деятельность территориального фонда ОМС по идентификации пациентов и выдаче временных полисов на период оказания помощи в режиме реального времени - в круглосуточном режиме;

- внести в обязательные условия для СМО непрерывное оказание консультативной помощи населению в соответствии с круглосуточным режимом работы лечебно-профилактических учреждений;

- усилить роль медицинских ассоциаций в реализации положений Закона об ОМС.

Список литературы

1. Об обязательном медицинском страховании Российской Федерации : федеральный закон от 29.11.2010 года № 326-ФЗ // СПС «Консультант Плюс.
2. Об утверждении правил обязательного медицинского страхования: приказ министерства здравоохранения и социального развития от 28.02.2011 года №158-н // СПС «Консультант Плюс.
3. Пешкова Х.В. Место Федерального фонда обязательного медицинского страхования в бюджетном устройстве России/Х.В. Пешкова// Медицинское право. - 2011.- №1.
– С.