

– **Антон Николаевич, можно ли в принципе гармонизировать отношения системы здравоохранения с системой ОМС, и какую роль в этом играют страховые медицинские организации: помогают, мешают или их участие ни на что не влияет? Например, в такой чувствительной зоне, как онкологическая помощь, которая очень высокочатратна, но не всегда приводит к положительному результату по объективным причинам – болезнь неуправляемая. Здесь исход лечения может не зависеть от качества оказания медицинской помощи, тем не менее экспертиза проводится на общих основаниях.**

– Для того чтобы гармонизировать отношения, нам нужно договориться о правилах игры, чтобы не осталось «серых зон», а именно двойного трактования одного и того же нормативного акта. Также важно чётко регламентировать, какие именно записи и с какой регулярностью должен делать врач в медицинской документации пациента. Делаю акцент на этом, потому что для СМО главными «свидетелями» при экспертизе качества медицинской помощи являются амбулаторная карта или стационарная история болезни пациента. Между тем не следует забывать, что медицина – самая неточная из всех неточных наук. И это не шутка: возможна масса вариантов развития событий при одном и том же диагнозе и одинаковой схеме лечения.

В то же время я не считаю, что СМО нужно лишить экспертной функции. Контроль деятельности и финансовых расходов лечебных учреждений должен быть, и логично, что этим занимаются именно страховщики. Другое дело – когда в руках у кого-то есть такой инструмент, как контроль, возможны перекосы. Если мы ослабляем контроль, происходит перекосяк в сторону снижения качества медицинской помощи. Если же контролировать излишне жёстко, то есть делать крен в сторону надзора и придираков, это приводит к росту количества штрафных санкций и походов в арбитражные суды.

– **При ужесточении контроля качество медпомощи растёт?**

– В том-то и дело, что оно не меняется. Когда начинают штрафовать врачей за неразборчивый почерк или за цвет чернил в ручке, это никак не сопряжено с исходом лечения пациента. Во время конгресса мы вновь говорили о том, что при экспертизе нужно связывать выявленный дефект оказания медицинской помощи с её результатом: на что именно этот дефект повлиял и повлиял ли в принципе? Всё, что не связано напрямую с исходами оказания медицинской помощи, вообще надо убрать из объектов экспертизы, проводимой страховыми компаниями.

Вот конкретный пример. Эксперт СМО счёл дефектом отсутствие записи в дневнике наблюдения онкологического больного. Ну, не сделал врач запись в дневнике в какой-то из дней, как конкретно это сказалось на результате лечения? Если, судя по всем записям в истории болезни, наблюдается устойчивая положительная динамика состояния пациента, а потом он вдруг умирает, здесь действительно нужно разбираться. Но если из десяти дневников наблюдения врач заполнил только девять, при этом пациент выписан из стационара с улучшением и явился на следующий курс лечения, выходит, эта отсутствующая дневниковая запись ни на что не повлияла. Сокращение объектов экспертизы снизило бы нагрузку и на страховые медицинские организации, и на врачей.

Далее. Даже между Федеральными ФОМС, страховыми компаниями, врачами-экспертами и юристами нет единого мнения, они по-разному трактуют одни и те же документы. В частности, в отношении онкологической помощи идёт спор о возможности

переноса курсов химиотерапии. Эксперты СМО считают это недопустимым. Онкологи же пытаются убедить своих оппонентов в том, что есть случаи, когда перенос курса химиотерапии на два-три дня никак не повлияет на конечный результат лечения. В частности, если у пациента метастазирующий рак, все понимают, что этот больной не будет окончательно вылечен никогда. Мы проводим

которые утверждает ведомство. Мы должны сформулировать свою позицию и доказать регулятору её справедливость.

Почему не Федеральному фонду ОМС? Потому что в экспертной деятельности все, включая страховые медицинские организации, руководствуются приказом Минздрава России № 231н «Об утверждении Порядка проведения контроля объёмов, сроков, качества и ус-

эффективное взаимодействие лечебного учреждения со страховыми компаниями и территориальным фондом ОМС? Если вопрос выносится на крупнейший медицинский форум, значит, не у всех больниц такие отношения с «контрагентами» складываются.

– В моём понимании, правильные и эффективные взаимоотношения подразумевают следу-

наши доводы: копировать протокол консилиума в историю болезни не надо, а если эксперту понадобится оригинал протокола, он может сделать запрос в поликлинику по месту проведения консилиума. Всё, вопрос урегулирован раз и навсегда. К слову, нам было важно добиться решения данного спора ещё и потому, что в Пермском крае 7 страховых медицинских организаций, и остальные 6 тоже

Проблемы и решения

Самая неточная из наук

Это относится как к медицине, так и к медицинской экспертизе

Понятие «качество» в здравоохранении приобретает всё более ясное содержание, а критерии качества – чёткие формы. Лечебные учреждения вынуждены подчиняться требованиям вновь сформулированной парадигмы качества медицинской помощи в системе ОМС, что заставляет их весьма существенно пересмотреть все рабочие процессы и «подтянуться». А главным механизмом контроля качества медицинской помощи считается экспертная работа страховых медицинских организаций (СМО).

На этом фоне врачей и организаторов здравоохранения не может не раздражать тот факт, что нередко претензии к ним со стороны страховых компаний необоснованны. Ещё сильнее раздражает медицинское сообщество, когда повторная экспертиза подтверждает правильность доводов лечебного учреждения, а не СМО: встаёт вопрос о «качестве» самих экспертов.

Как преодолеть взаимное отчуждение и выстроить эффективное взаимодействие лечебных учреждений со страховыми медицинскими

ему паллиативный курс терапии, который направлен не на выздоровление, а на продление жизни и улучшение её качества, и если перенести начало курса по каким-либо причинам на один-два-три дня, никакого риска для больного не возникает.

Не так давно я, как приглашённый эксперт, участвовал в арбитраже на стороне лечебного учреждения, которое было оштрафовано как раз за перенос начала курса химиотерапии больному с метастатической болезнью. Нам удалось доказать суду, что данное обстоятельство не могло привести к ухудшению состояния, потому что хуже быть уже не может – у человека неизлечимое заболевание.

Обратная ситуация: когда у пациента небольшая первичная опухоль и заболевание подлежит интенсивному лечению, расценивать ли прерывание терапии как дефект оказания медицинской помощи, повлияет ли этот перерыв на исход? Теоретически может повлиять. В то же время для эксперта важно разобраться, почему именно очередной курс лечения был отсрочен, ведь это может происходить по объективным причинам, не зависящим от врача и лечебного учреждения. Например, начало очередного регламентного курса химиотерапии пришлось на праздничные или выходные дни.

Эксперты СМО заявляют, что данная причина необидительна, откладывать начало курса терапии на три дня в связи с праздниками недопустимо, врачи должны выходить на работу ежедневно. Выдают заключение о дефекте медицинской помощи и штрафуют больницу. Странно? Конечно! Тем более когда другая объективная причина – пациент простыл и начать курс химиотерапии вовремя было невозможно – толкуется ими же как отсутствие дефекта оказания медпомощи. Ну и где здесь логика?

– **В чьих силах отменить двоякое толкование экспертами одного и того же события?**

– Ответу так: это задача медицинского сообщества, но прерогатива Министерства здравоохранения РФ, потому что периодичность курсов химиотерапии расписана в клинических рекомендациях,

ловий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, а также её финансового обеспечения».

Приказ совсем свежий, он вступил в силу в 2021 г., идёт накопление опыта работы в его рамках. Кстати, за прошедшее время кое-какие изменения в нормативный акт уже внесены, то есть ведомственные регламенты – это, к счастью, не догма, они подлежат корректировке.

– **Итак, одна из проблем экспертизы качества медицинской помощи, требующая устранения, – это возможность двоякого толкования одной и той же нормы, закреплённой в ведомственных документах. Ещё какие проблемы вы могли бы выделить?**

– Как ни странно будет услышать это от человека, который является не только врачом, но и сам проводит экспертизы качества в других учреждениях, к числу важнейших проблем я бы отнёс некомпетентность и необъективность ряда экспертов.

В ходе онкологического конгресса мы в очередной раз говорили о том, что эксперты должны быть предельно объективными, нельзя давать оценки, основанные на собственном мнении, надо руководствоваться исключительно фактами. И тем более недопустимо, когда эксперт недостаточно хорошо ориентируется в нормативных документах. К огромному сожалению, иной раз приходится сталкиваться с подобным. Хотя врач, которому поручили заниматься организацией системы внутреннего контроля качества в лечебном учреждении, как и врач, которого СМО приглашает в роли эксперта, должны проходить специальную подготовку. Быть судьёй – одно из самых сложных и ответственных занятий человека.

Справедливости ради надо сказать, что система контроля качества и медицинской экспертизы претерпела за последние годы значительные изменения. При том что ещё далеко не все вопросы решены, сдвиги колоссальные.

– **Так можно ли, учитывая сказанное вами, выстроить**

организациями и территориальными фондами ОМС в целях обеспечения высокого качества медицинской помощи? Имеет ли смысл добиваться проведения реэкспертизы и даже обращаться в арбитраж, зная, что это противостояние может обернуться негативными последствиями для клиники, или же поиск истины принципиально важен? Ответы на эти вопросы искали участники XXVI Российского онкологического конгресса.

Одним из участников дискуссии был заместитель главного врача Пермского краевого онкологического диспансера кандидат медицинских наук Антон ЖИГУЛЁВ. Его мнение особенно интересно, учитывая, что А.Жигулёв не только представитель администрации лечебного учреждения и практикующий онкохирург, но также независимый эксперт качества медицинской помощи, которого приглашают для проведения повторных экспертиз в спорных случаях Федерального ФОМС, страховые компании, арбитражные суды и даже правоохранительные органы.



сторонами встречаются и выслушивают мнения друг друга по спорным результатам экспертиз не в суде, а в рамках досудебного урегулирования. На конгрессе именно о таком положительном опыте своего региона рассказывала директор Севастопольского территориального ФОМС Татьяна Гроздова.

Расскажу, как это работает в Пермском крае. Допустим, возникает какой-то сложный вопрос, мы с подобными раньше не встречались, у эксперта СМО своя позиция, у лечебного учреждения другая, и оба приводят убедительные доводы. Территориальный ФОМС читает протокол разногласий, видит, что ситуация действительно неординарная и приглашает стороны к себе для обсуждения. За стол переговоров садятся юристы фонда, юристы СМО и представитель лечебного учреждения, ещё раз вместе пересматривают историю болезни. В итоге юристы фонда делают вывод, какая из сторон в данном случае права. Если с этим выводом согласны обе стороны, вопрос считается урегулированным, арбитражный суд не требуется.

Хочу привести один из примеров такого досудебного урегулирования, возможно, наши коллеги в других субъектах РФ тоже сталкиваются с подобными недоразумениями. СМО проводила проверку в нашем диспансере и сочла дефектом оказания медицинской помощи отсутствие в истории болезни пациента копии протокола консилиума. Мы возражали, опираясь на Порядок оказания онкологической помощи, согласно которому тактику лечения определяет консилиум специалистов на этапе первичной помощи, а не стационарной, то есть протокол консилиума заносится в амбулаторную карту пациента и там хранится. В истории болезни, которую пациенту заводят в стационаре, есть ссылка на это заключение консилиума, и лечат больного строго в соответствии с ним. Зачем там копия документа?

Страховая компания с нашими доводами не согласилась. Тогда мы вышли с претензией на уровень ТФОМС, и фонд поддержал

могли попытаться оштрафовать диспансер за этот надуманный дефект. Теперь такой вероятности нет, поскольку все СМО получили разъяснение по данному вопросу.

– **И подобных коллизий в экспертизе качества много?**

– Очень много. Самое главное – мы ведь не бьёмся за то, чтобы СМО в принципе перестали штрафовать лечебные учреждения, потому что все понимают: штрафная санкция – это какой-никакой, а рычаг повышения производственной дисциплины. Не будет его, все сразу расслабятся, чего греха таить. В то же время перегибов в экспертной работе быть не должно.

Вот почему я двумя руками голову за предложение Российского общества клинической онкологии создать совместную с Минздравом России и Федеральным ФОМС рабочую группу, которая обобщит типичные спорные случаи, возникающие во время проведения СМО мероприятий по контролю качества оказания медицинской помощи, и определит, что действительно важно контролировать, потому что это влияет на результат лечения, а от чего можно отказаться и не штрафовать больницы.

К слову, хотелось бы дать врачам и лечебным учреждениям совет: умейте защищаться. Не надо смиренно класть голову на плаху, когда вы уверены в том, что не виноваты. Учитесь доказывать свою правоту. Потому что сегодня вам предъявляет обвинение эксперт страховой компании, а завтра – суд, и там последствия будут уже совсем другие. Возможность проведения повторной экспертизы как раз и предусмотрена в системе ОМС, чтобы можно было выявлять случаи необоснованных претензий экспертов страховых медицинских организаций к лечебным учреждениям. По итогам одной из таких реэкспертиз, которые мне довелось проводить по просьбе коллег из другого региона, ТФОМС отменил штраф в размере 12 млн руб., деньги вернулись в больницу.

Беседу вела
Елена БУШ,
обозреватель «МГ».