

Профессиональное врачебное издание «Медицинская газета» от 28.08.2019 № 33
«Экспертизы будут проводиться чаще»

Порядок, утвержденный ФОМС, расширяет перечень тематических экспертиз качества. «Сделан акцент на целевые тематические экспертизы. В каждом субъекте России будут определены те заболевания, которые занимают лидирующее положение в структуре смертности региона. Именно на этих заболеваниях будет сделан акцент при проведении тематических экспертиз», - заявила председатель ФОМС Наталья Стадченко.

Среди новаций – медико-экономический контроль за группами диспансерного наблюдения застрахованных лиц, в том числе его периодичности. Целевые экспертизы будут, в том числе, выявлять случаи невключения или несвоевременного включения пациентов в группу диспансерного наблюдения и могут проводиться дважды в год и чаще.

Согласно приказу, значительно меняется контроль за помощью онкопациентам. Отныне с момента появления признака «Подозрение на онкологическое заболевание» страховая медицинская организация обязана формировать индивидуальную историю страховых случаев пациента на основе реестров-счетов на оплату медицинской помощи. История будет учитывать все обращения застрахованного лица за медицинской помощью, связанные с развитием злокачественного новообразования, на всех этапах и уровнях ее оказания. А медико-экономическая экспертиза будет оценивать соответствие оказанной онкопомощи клиническим рекомендациям, в том числе, своевременность диагностики и лечения. В обязательном порядке этот вид экспертизы проводится при оказании медпомощи по профилю «онкология» с применением химиотерапии.

Наталья Стадченко подчеркнула, что в сфере лечения онкологических больных уже наблюдаются позитивные изменения. Если в 2018 году почти в 60% случаев лечения онкозаболеваний химиотерапией использовались самые дешевые схемы, то с тех пор, как страховые компании стали проводить экспертизы по каждому случаю лечения при химиотерапии количество дешевых схем лечения уменьшилось. На сегодня процент лечения дешевых схем составляет в среднем – 30-35%.

«Мы отдаем себе отчет, что не всегда для эффективного лечения требуется применение дорогой схемы, но и сегодня есть регионы, где, несмотря на полную финансовую обеспеченность КСГ для онкозаболеваний, этим не пользуются, выбирая дешевые схемы лечения», – добавила Наталья Стадченко.

Основания для проведения целевой экспертизы качества медицинской помощи онкопациентам также расширены. Экспертиза качества медицинской помощи онкологическим больным будет проводиться с применением мультидисциплинарного подхода – несколькими экспертами по нескольким специальностям. «Онкологические заболевания находятся на стыке многих дисциплин, решение о лечении конкретного пациента должно учитывать все аспекты его состояния, что требует обсуждения возможных вариантов лечения в мультидисциплинарной команде. Логично, что и экспертиза качества проводится с учетом этого подхода. И если ранее ФОМС только рекомендовал страховым

медицинским организациям использовать мультидисциплинарный подход, то теперь в экспертизах, связанных с онкологией, он становится обязательным», – отметила Светлана Кравчук, заместитель председателя ФОМС.

Сроки проведения экспертизы качества медицинской помощи с применением мультидисциплинарного подхода могут составить до 45 дней.

Приказ предусматривает изменения в контрольных мероприятиях не только по онкологическим пациентам.

Целевые медико-экономические экспертизы будут проводиться чаще и в других случаях. Дополнительные основания для нее: несвоевременная постановка на диспансерный учет, и кроме того, непрофильная госпитализация – то есть госпитализации пациента, которого следовало планово лечить в стационаре другого профиля согласно региональной маршрутизации пациентов.

Результаты медико-экономического контроля, медико-экономической экспертизы, экспертизы качества медицинской помощи будут направляться в региональные органы власти в сфере охраны здоровья и территориальные органы Росздравнадзора.

Предусмотрены также новые принципы взаимодействия между территориальными фондами, страховыми и медицинскими организациями. Они должны взаимодействовать, в том числе, на основе программного комплекса ТФОМС. Комплекс работает в круглосуточном режиме, онлайн и в режиме реального времени. К программному комплексу получают доступ и пользуются и СМО (в том числе, страховые представители), и медицинские организации. Именно этот ресурс обеспечивает проведение постоянных проверок со стороны страховых медицинских организаций. При помощи информационного ресурса обеспечивается также проведение в постоянном режиме СМО проверок своевременности включения в группу диспансерного наблюдения пациентов, которым установлены диагнозы, предусматривающие диспансерное наблюдение с последующей проверкой своевременности включения данных больных в группу диспансерного наблюдения. Также программный комплекс обеспечивает контроль за соблюдением установленной периодичности осмотров граждан, включенных в группы диспансерного наблюдения; проведение СМО проверок правильности направления застрахованных лиц в профильные медицинские организации, и, кроме того, информирование застрахованных лиц об их праве на выбор медицинской организации и перевод при необходимости в другую медицинскую организацию.

СМО в свою очередь будут размещать в медицинских организациях не только информацию о правах застрахованных лиц, но и информацию по результатам контроля.

Алексей Пимшин Ссылка на новость: <https://тфомссск.рф/~WmTb1>