

Татьяна Ставицкая

С другого входа

Страховщики ОМС вновь включили в систему дополнительного лекарственного обеспечения (ДЛО). В отличие от несостоявшейся схемы 2004 года, когда они за 3% должны были посредничать на пути бюджетных денег из терфондов ОМС в фармкомпанию, теперь им разрешили за плату контролировать обоснованность выписки рецептов. Страховщики готовы заняться этой работой, но страхнадзор сомневается в ее успехе.

Проблемы с программой ДЛО в последние месяцы стали причиной уголовных дел (бывший глава ФФОМС Андрей Таранов), отставок (глава Росздравнадзора Рамил Хабриев), дебатов в Госдуме вокруг деятельности Михаила Зурабова и разбирательств у президента России.

Минздравсоцразвития объясняет кризис перерасходом денег на фактически отпущенные в 2006 году лекарства: фармкомпания представили к оплате счета на 73 млрд руб. – вдвое больше заложенной в бюджете суммы.

Одной из причин роста затрат чиновники считают отсутствие контроля обоснованности выписки рецептов. Это привело к тому, что врачи стали массово выписывать все более дорогие медикаменты впрок. Как пример злоупотреблений Минздравсоцразвития приводит случай, когда одному пациенту в 2006 году выписали 803 упаковки различных препаратов на сумму 1,4 млн руб.

Выход из положения предложил Федеральный фонд ОМС. Несколько дней назад Минюст зарегистрировал его приказ №56 от 21 марта 2007 года, изменяющий Типовые правила ОМС. Документ, подписанный и.о. директора фонда Дмитрием Рейхартом, обязывает

медучреждения вести учет рецептов, выписанных льготникам. «Необходимые сведения» об этом они должны представлять страховщикам, которые будут контролировать «объем, сроки и качество медицинских услуг» в соответствии со стандартами медпомощи и Перечнем лекарственных средств.

В разъяснительном письме директорам терфондов ОМС Дмитрий Рейхарт сообщает, что «расходы на ведение дела страховых медицинских организаций могут быть увеличены», и рекомендует терфондам изменить правила ОМС и договоры со страховщиками.

Опрошенные страховщики затруднились оценить, насколько увеличатся расходы на ведение дела. Однако один из них, пожелавший остаться неназванным, предположил, что они не превысят 1% от средств, выделяемых на программу ДЛО.

«В ряде регионов страховые компании и раньше занимались экспертизой качества услуг в системе ДЛО по указаниям местных администраций, и приказ Федерального фонда ОМС делает эту практику легитимной», – сообщил Агентству страховых новостей гендиректор Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС) Дмитрий Кузнецов. – К сожалению, при



согласовании документа из него исчезли два ключевых момента, предлагавшиеся ранее страховщиками и ФФОМС: фиксированный норматив на ведение дела и точное обозначение деятельности страховой медицинской организации в рамках системы ДЛО, а именно экспертиза обоснованности назначения лекарств».

Опрошенные страховщики заинтересованы в новой работе и заявляют о готовности приступить к ней.

Однако глава Федеральной службы страхового надзора Илья Ломакин-Румянцев с большим скепсисом относится к перспективе участия страховщиков в ДЛО на предлагаемых Федеральным фондом ОМС условиях. По его

мнению, в этой сфере слишком много «белых пятен». Например, из-за отсутствия качественных стандартов медпомощи страховщики не могут располагать точными методиками выписки рецептов. Кроме того, не ясно, как они будут контролировать назначение лекарств вне системы ОМС (для военнослужащих, онко- и психдиспансерами и т. п.). А привязку расходов на ведение дела к сумме бюджетных средств, выделяемых на ДЛО, Илья Ломакин-Румянцев считает бессмысленной: сейчас в увеличении этой суммы заинтересованы все участники системы – от пациента до фармкомпаний, теперь к ним присоединятся и страховщики.

АСН