



Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (ФФОМС) обновил собственный приказ, описывающий критерии оценки деятельности страховых компаний-операторов системы ОМС. В соответствии с этим документом, в частности, формируется рейтинг, призванный помочь россиянам выбрать страховщика. В новом приказе исключен такой критерий, как объем штрафных санкций к страховой компании. Приказ ФФОМС № 173 от 17 июля 2017 года сменил принятый в 2011 году регламент (приказ № 243). Оценка деятельности проводится для составления рейтинга страховых компаний, на который предлагается ориентироваться пациентам. Рейтинг размещается на сайте ФФОМС, этот раздел уже обновлен в соответствии с новым приказом.

В новую редакцию документа внесен целый ряд изменений – как формальных, так и по существу. В общей сложности список критериев оценки деятельности страховых медорганизаций сократился на семь показателей. В связи с общим курсом Минздрава и ФФОМС последних двух лет на информирование застрахованных и диспансеризацию появились критерии, характеризующие активность страховщиков в этом направлении. Среди таких критериев, например, количество застрахованных, проинформированных о возможности прохождения чекапа за счет ОМС, а также доля тех, кто был проинформирован и действительно сходил на диспансеризацию.

Добавились требования к количеству тематических экспертиз качества медпомощи (ЭКМП) пациентам с хроническими неинфекционными заболеваниями, количеству случаев лечения острого коронарного синдрома и острого нарушения мозгового кровообращения, (по которым проведены ЭКМП) и другие. Деятельность института страховых поверенных также будет влиять на общую оценку страховщиков. Оцениваться она будет по количеству консультаций в медучреждениях и в целом по численности клиник, в которых работают представители страховщиков.

Однако сумма штрафных санкций к самим страховщикам (в % от расходов на ведение дела), которая в прежнем приказе являлась одним из критериев оценки, в новый документ не вошла. Среди таких санкций, согласно письму ФФОМС от 20 апреля 2012 г. № 2776/30-2/и: невыполнение объемов экспертной работы; необоснованное снятие с медучреждений денежных средств по итогам контрольных мероприятий (проверки объемов, сроков, качества и условия предоставления медпомощи) или напротив неприменение таких санкций; завышение суммы средств в заявке на получение целевых средств террфонда ОМС и так далее.

С 1 июля 2017 года вступил в силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской

помощи». Количество критериев выросло радикально – с применявшихся ранее 50 до 2,4 тысячи. Такая детализация, считают участники системы ОМС, может быть выгодна именно страховым компаниям, которые смогут более предметно обосновывать нарушения медучреждений

Источник: **VADEMECUM** , 30.08.2017