

Система ОМС: в приоритете – защита прав застрахованных

Стратегическое направление деятельности Федерального фонда ОМС и территориальных фондов – это обеспечение исполнения Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», вступившего в силу в 2011 году. В Удмуртии территориальный фонд был создан 25 лет назад, в июне 1993 года, на основании постановления Верховного Совета УР. За годы работы система ОМС последовательно решала поставленные задачи и совершенствовалась, подвергаясь в определенные периоды качественным преобразованиям. О новых приоритетах в работе рассказывает директор Территориального фонда обязательного медицинского страхования Удмуртской Республики Павел Митрошин.



– Павел Вячеславович, с момента принятия закона об ОМС было реализовано множество мер, направленных на развитие здравоохранения: проведена модернизация отрасли, перенастроена система распределения объемов, появилась конкуренция между государственными и частными клиниками за пациентов с полисами ОМС и т.д. Что будет дальше?

– Сегодня наша цель – это переход на пациентоориентированную модель развития отрасли. Изначально система ОМС создавалась для финансирования государственных учреждений здравоохранения, оказывающих бесплатную медицинскую помощь населению. Реализуя этот подход, к 2010 году система достигла предела заложенных возможностей. С 2011 года после выхода нового федерального закона мы работаем в новых условиях. К настоящему моменту большинство технических вопросов, связанных с порядком взаимодействия с медицинскими организациями и страховыми компаниями, уже решены. Теперь необходимо акцентировать усилия на взаимоотношениях с застрахованными, чтобы каждый понимал, что мы стоим, в первую очередь, на страже его интересов и всегда готовы помочь, снабдить информацией, объяснить, как получить медицинскую помощь, которую система здравоохранения готова ему оказать.

– В чем проявляется новый подход?

– Страховая система, прежде всего, ориентирована на защиту прав застрахованных. С введением института страховых представителей появилась возможность отстаивать их более профессионально. В 2016 году начали работать контакт-центры в страховых компаниях. Любой застрахованный может позвонить на «горячую линию» и получить консультацию. Принимают звонки и отвечают на простые вопросы, в том числе не медицинского характера, страховые представители 1-го уровня. Если вопрос не входит в сферу их профессиональной компетенции, он переадресовывается представителю 2-го уровня, они помогут в части администрирования и организации получения медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий, они же являются первыми помощниками застрахованных в защите их прав и законных интересов в системе ОМС. Страховые представители 3-го уровня – это уже эксперты с более узким кругом задач. За 2017 год в Удмуртии к страховым представителям 1-го уровня поступило 54,7 тыс. обращений, из них около 10% направлено страховым представителям 2-го и 3-го уровня.

На первом этапе создания нового механизма защиты прав страховые компании сами решали, где размещать своих представителей. Но с началом реализации проекта «Бережливая поликлиника» мы увидели необходимость их присутствия непосредственно на местах. Федеральный фонд ОМС разработал методические рекомендации, согласно которым определен порядок участия представителей страховых компаний в организации работы медицинского учреждения. Все они учитываются, и мы рассчитываем, что по мере реализации проекта страховые представители появятся во всех медицинских организациях Удмуртии.

Внедрение бережливых технологий – это тоже элемент, который позволяет приблизить услугу к потребителю, дать ему возможность получить то, за чем он пришел, – а это здоровье и хорошее отношение. Даже доброе слово и спокойная беседа могут снять многие из претензий, с которыми сегодня обращаются застрахованные, – если человек удовлетворен, ему легче понять, как вести себя в дальнейшем, чтобы минимизировать свои риски.

– В функции территориального фонда входит контроль за работой по обращениям и жалобам пациентов. С какими ситуациями приходится сталкиваться?

– Здесь все зависит от того, чего ожидают застрахованные. Если говорить о том, что может система здравоохранения и что она делает, я думаю, слабых мест у нас осталось не так много. Пациенты из года в год получают все более качественную медицинскую помощь, в том числе высокотехнологичную. На результаты лечения большого количества жалоб не поступает – показатель удовлетворенности качеством медицинской помощи остается стабильно высоким и превышает 90%. И это соответствует общероссийским тенденциям.

Особое место – доступность медицинской помощи, увязанная с узкими специалистами. Есть еще, конечно, недостатки, связанные с вопросами этики и деонтологии. Если такие жалобы подтверждаются, медицинская организация должна за них отвечать. В соответствии с федеральными нормативными актами мы ведем Единый электронный журнал – куда бы ни обратился застрахованный, его обращение будет зарегистрировано, и мы увидим, насколько быстро и четко оно отрабатывается. Когда поступает жалоба на оказанную медицинскую помощь, следующий обязательный этап – проведение экспертных мероприятий: целевой экспертизы, медико-экономической либо экспертизы качества медпомощи. Если выявлены

дефекты, страховая компания предъявляет штрафные санкции медицинской организации и информирует застрахованного об итогах работы.

Стоит отметить, что количество жалоб растет – в 2017 году их было зарегистрировано вдвое больше, чем в предыдущем. Число обращений за консультацией увеличилось в три раза. Но это не говорит об ухудшении ситуации в здравоохранении, а является следствием повышения правовой грамотности застрахованных граждан.

– Страховые медицинские организации наделены функцией контроля объемов и качества оказываемой медицинской помощи. Какие дефекты на территории Удмуртии выявляются чаще всего?

– В структуре нарушений, выявляемых при медико-экономической экспертизе, 56,5% занимают нарушения, связанные с предъявлением на оплату счетов, неверным выбором клинико-статистической группы, неправильно выбранной целью посещений, формированием счетов по сверхкоротким и прерванным случаям. Этот дефект стал преобладающим, для сравнения: в 2016 году его доля составляла 35,6%. Но обычно это не приписки, а ошибки, хотя проблема приписок существует, и мы их тоже иногда находим.

Среди нарушений, выявляемых по результатам экспертизы качества медицинской помощи, 69,6% занимают нарушения при оказании медицинской помощи. Эксперты чаще всего отмечают такие дефекты, как невыполнение медицинского стандарта (не проведены необходимые консультации и исследования), необоснованное назначение лекарственных препаратов, преждевременная выписка пациента, непрофильные госпитализации и госпитализации без медицинских показаний.

Финансовые санкции к медицинским организациям по результатам экспертиз в 2017 году составили 68,2 млн руб. (в 2016 году – 59,6 млн руб.). Опять же это не означает, что страховые организации стали вести себя более агрессивно. В целях контроля экспертной деятельности страховых компаний территориальным фондом проведено более 17 тыс. повторных экспертиз. Доля совпадений результатов составила 96,5%. Это высокий показатель, который свидетельствует, что заключения, как правило, соответствуют реальной картине.

– С 2012 года частные клиники тоже могут быть включены в реестр медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Развитие конкуренции в сфере здравоохранения входит в ваши функции?

– Территориальный фонд организует работу системы ОМС. Мы не занимаемся развитием здравоохранения, медицинского бизнеса или конкурентной среды, но мы обязаны обеспечить равные условия доступа к медицинской помощи для всех застрахованных. В последнее время действительно идет сближение с частной медициной. Из 139 медицинских организаций, включенных в реестр для работы в 2018 году, 58, то есть 42 процента, – негосударственной формы собственности. Государство видит в частных клиниках помощника в выполнении программы госгарантий.

– Существуют ли проблемы, характерные для частных клиник, с которыми они сталкиваются при работе с системой ОМС?

– Это даже не проблемы, а вопросы баланса интересов. Есть направления, где государству требуется помощь. И мы надеемся, что частные медицинские организации нас поддержат. А есть направления, которые в силу своих особенностей коммерчески более интересны. Входя в систему ОМС, частные клиники хотят получить большие объемы. Мы понимаем, что они готовы и могут оказывать медпомощь наравне с государственными. Но мы не можем ради частных организаций ущемлять интересы госучреждений. Основная проблема сегодня – это создание механизма распределения объемов оказания медицинской помощи, который позволит учесть интересы всех участников системы. Сегодня она решается на федеральном уровне, и Федеральный фонд ОМС заключил контракт на соответствующую научно-исследовательскую работу.

Мы – за права пациента. И хотим усовершенствовать систему таким образом, чтобы помощь была оказана каждому, кто в ней нуждается.

– Возглавив ТФОМС в ноябре прошлого года, вы начали формировать новую команду. Какие задачи ставите перед собой?

– Наш территориальный фонд никогда не был среди отстающих. Но мы настроены сделать его еще лучше. Мне повезло, что я коснулся отрасли здравоохранения со всех сторон: работал и в медицинской организации, и в Министерстве здравоохранения УР. Получил богатейший опыт, когда работал начальником КРУ Федерального фонда ОМС, – эти полтора года дали возможность увидеть, как развивается система в каждом субъекте РФ. С ведущими специалистами, которые сегодня работают в команде фонда, мы прошли один из самых тяжелых этапов реализации закона № 326-ФЗ – программу модернизации. Мы проводили недели в командировках, защищали модели, которые впоследствии были реализованы в здравоохранении республики. Та закалка позволила сплотиться, настроиться на совместную работу, направленную на результат. «Сухому» финансисту тяжело увидеть проблемы того, кому нужны деньги, в балансе с тем, кто нуждается в медицинской помощи. А когда есть многогранный опыт, легче понять, как сделать так, чтобы система работала лучше. Этот опыт нужно реализовать.

Контакт-центр в сфере обязательного медицинского страхования

ОБРАЩАЙТЕСЬ ЗА КОНСУЛЬТАЦИЕЙ

8-800-301-333-7 (звонок бесплатный)

426035 Удмуртия, г. Ижевск, ул. Репина, 22

email: pm@tfoms18.ru