

Федеральный фонд ОМС и ВСС провели конференцию «ОМС: права и возможности российских пациентов» в редакции газеты «Комсомольская правда»

В последние годы система ОМС получила новый импульс развития. Был сформирован институт страховых представителей, консультирующий пациентов в индивидуальном режиме. По данным Федерального фонда ОМС (ФОМС) в начале реализации проекта, в 2016 г., в этой сфере было занято около 800 специалистов страховых компаний. Сегодня – более 10-ти тыс. Из них, по данным Всероссийского союза страховщиков (ВСС) на конец 1-го полугодия 2018 г., 4 885 страховых представителей работают непосредственно в медицинских учреждениях. До конца текущего года их число планируется увеличить еще на 4,5 тысячи специалистов высокого уровня.

Итоги 2017 г. показали эффективность нового института. Так, в течение прошлого года страховые представители индивидуально проинформировали о диспансеризации всех, кому она была предназначена. А более 1/3 застрахованных, подлежащих диспансеризации, были проинформированы повторно. Это, по данным ФФОМС, увеличило исполнение плана по диспансеризации на 6,4 процентных пункта (по сравнению с 2016 г.).

За 1-е полугодие 2018 г., по данным ВСС, было разослано 25 486 402 сообщения о диспансеризации – почтой, голосовыми сообщениями, смс-сообщениями. При этом наиболее популярным каналом информирования остается смс (18 516 302). В результате, за полгода 2018 г. страховые представители проинформировали 13 112 638 человек, имеющих право на диспансеризацию.

По результатам первого этапа диспансеризации за первое полугодие 2018-го выявлены наиболее распространенные заболевания (ТОП-5): гипертоническая болезнь сердца, остеохондроз позвоночника, цереброваскулярные болезни, гастрит и дуоденит, ишемическая болезнь сердца.

Совместно со страховыми медицинскими организациями ФОМС в 2017 г. проверили более 33 млн. случаев оказания медпомощи. При этом было выявлено более 7,5 млн. нарушений прав граждан на сумму 43,9 млрд. руб.

На сегодняшний день страховые представители 1-го уровня (специалисты «горячей линии») работают во всех субъектах федерации. При этом время дозвона в call-центры не превышает 20 сек., а количество переключений не превышает 1-го – в тех случаях, когда требуется не просто консультация, а организация медицинской помощи.

Во многих регионах сохраняются проблемы с доступностью и качеством бесплатной медицины. Пациенты сталкиваются с нарушениями своих прав. Они задаются вопросами: Что делать, если не удастся пройти необходимое исследование? Как получить место в стационаре бесплатно? Что делать, если в поликлинике отказываются обслуживать жителя другого региона? Какие методы лечения онкобольных входят в систему ОМС, а за что придется заплатить?

На эти и многие другие вопросы в ходе конференции ответили авторитетные эксперты из Минздрава, Федерального Фонда ОМС, Госдумы, страховых компаний, входящих во Всероссийский союз страховщиков (ВСС), а также общественных организаций.

Дискуссию открыла член Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, врач с многолетним стажем Тамара Фролова. В своем выступлении она остановилась на роли ОМС как сложившейся системе, обеспечивающей социальные гарантии гражданам.

«Системе ОМС уже 25 лет, - сказала Тамара Фролова – И нужно признать, что доступность медицинской помощи стала намного лучше. Такой прозрачности в системе финансирования, в проведении экспертиз, как в системе ОМС, нет ни в одной другой отрасли. Любой гражданин России на портале госуслуг в любой момент может

посмотреть, когда и где он получил медицинскую помощь и главное – сколько это стоит».

По словам депутата, именно для полноценной защиты интересов пациентов и была сформирована соответствующая нормативная база по медицинскому страхованию и институту страховых представителей.

С трендами последних лет, собравшихся познакомила начальник управления организации ОМС ФОМС Светлана Кравчук. Ключевой из них – создание пациентоориентированной медицины. Развитие происходит в двух направлениях – расширение базовой программы и повышение доступности.

В этом году особое внимание уделено развитию профилактики и диспансеризации..

Важным аспектом стало включение в базовую программу дополнительной услуги по криоконсервации с последующим переносом эмбриона при проведении процедуры ЭКО, в свете демографической политики РФ. Текущий год также стал приоритетным с точки зрения развития онкослужбы: «Мы начали внедрять новую систему контроля качества оказания медицинской помощи для онкобольных.

Помимо этого, мы предполагаем, что в 2019 году у нас будет увеличение финансирования до 40% по сравнению с прошлым годом. А за 2 года рост объемов финансовых средств на онкопрофиль должен составить уже 72%. В рамках реализации Указа Президента РФ №204, который определяет и утверждает Федеральный проект по борьбе с онкологическими заболеваниями, предполагается дополнительное выделение средств из федерального бюджета выделение в 2019 г. 70 млрд рублей, в 2020 г. – 120 млрд рублей, а в 2021 г. – 140 млрд рублей, на оказание помощи исключительно онкологическим больным».

Помимо онкологии, в 2019 году акцент будет сделан на расширение услуг по сосудистой хирургии, реабилитации, а также на изменении правил диспансеризации.

Если до настоящего момента граждане России имели право на бесплатную диспансеризацию раз в три года и раз в два года профосмотры, то начиная с 2019 года можно будет пройти профилактический осмотр ежегодно. Перечень профосмотров, порядок их проведения устанавливается приказами Минздрава РФ.

При этом важное значение придается информированию граждан об их правах в рамках ОМС.

Около 80% проинформированных о необходимости прохождения диспансеризации откликнулись на предложение посетить медицинское учреждение.

Как отметила Светлана Кравчук, размер субвенции Федерального фонда ОМС на реализацию базовой программы ОМС в 2019 году - 2 068,5 млрд. рублей, что составит прирост на 10,6% по сравнению с предыдущим годом.

Елена Третьякова, член рабочей группы по организации ОМС Всероссийского союза страховщиков рассказала о проведении системных экспертных мероприятий по выявлению проблемных зон оказания медицинской помощи онкопациентам. В частности, она отметила, что в рамках проведенного страховым сообществом масштабного исследования было проанализировано более 4 000 случаев лечения онкопациентов из 8 субъектов РФ. Исследование показало нехватку коек при дневных стационарах для проведения химиотерапевтического лечения, использование лекарств «старого поколения», несоблюдение клинических рекомендаций онкологов, отсутствие терапии сопутствующих заболеваний и профилактики осложнений.

«Выявленные проблемы послужили началу работы по созданию эффективных механизмов контроля доступности помощи онкопациентам или пациентам, у которых имеется подозрение на онкозаболевание, – отметила Третьякова. – Теперь контроль со стороны страховых медицинских организаций за лечением онкопациентов будет осуществляться ежемесячно. На онкопациентов будет формироваться индивидуальный

лицевой счет, в котором будут отражаться услуги, оказанные в разных медицинских организациях. А с 2019 г. начнется работа страховых представителей третьего уровня по индивидуальному сопровождению пациентов с онкологией. Это позволит формировать приверженность лечению, а также информировать пациента о его правах, о своевременности и сроках медицинской помощи, о тех препаратах, которые он может получать».

О достижениях и сложностях работы института страховых представителей рассказал председатель рабочей группы по развитию ОМС Всероссийского союза страховщиков Александр Трошин. Он напомнил о том, как формировалась трехуровневая система страховых представителей, подчеркнул практику взаимодействия страховых представителей с медицинскими организациями и отметил, что с того момента, как появились «горячие линии» (страховые представители 1-го уровня) по сегодняшний день, объем обращений граждан резко увеличился.

«С 2016 года число обращение к страховым представителям выросло в 13 раз. Если в первом полугодии 2016 года к ним поступило 101 121 обращение (как устных, так и письменных), то в первом полугодии 2018 года - 1 340 146... Сейчас мы наблюдаем изменение структуры обращений с акцентом на вопросы по качеству медицинской помощи. По сравнению с первым полугодием 2017 года рост жалоб на доступность и качество медицинской помощи составил 12%. Количество обоснованных жалоб на медицинскую помощь увеличилось на 14%. Запрос у граждан на консультации по медицинским вопросам вырос на 28%. Это характеризует рост уровня информированности граждан о своих возможностях в системе ОМС.» - сказал Трошин.

Представитель страхового сообщества, вице-президент ВСС Дмитрий Кузнецов подробно остановился на вопросах взаимодействия страховых компаний с общественными организациями пациентов и профессиональными объединениями врачей, с гражданским обществом. Одна из ключевых проблем, которую отметил представитель ВСС, состоит в том, что пациенты не могут сравнить уровень обслуживания в различных медицинских учреждениях. В этой связи прозвучало предложение создать рейтинг больниц и поликлиник на основе совместного контроля со стороны общественных организаций, ОНФ и гражданского общества.

«Вместе с подразделениями всероссийского союза пациентов и ОНФ мы сможем совместно смотреть за тем, насколько эффективно работают страховые представители в регионах. Сможем информировать граждан, и составлять рейтинги проблем и медицинских учреждений» - отметил Дмитрий Кузнецов.

В ходе конференции прозвучала независимая экспертиза со стороны представителей общественных организаций пациентов – председателя исполкома МОД «Движение против рака» Николая Дронова и сопредседателя Всероссийского союза пациентов Юрия Жулева.

Николай Дронов отметил, что на сегодняшний день основная проблема – это информирование пациентов о своих правах, которые сталкиваясь со сложностями, не знают, куда можно обратиться. В этом плане, по словам спикера, «мы имеем только положительный опыт обращения в страховые медицинские организации... Чаще всего, когда мы даем рекомендацию позвонить на горячую линию в страховую медицинскую организацию, быстро, чудесным образом находится и возможность провести медицинские вмешательства и все начинает работать».

Представитель пациентского союза Юрий Жулев признал, что «система ОМС состоялась и мы очень рады, что в деятельности страховых компаний делается акцент на защиту прав пациентов. Это нормальное отношение, установленное законом. И компания должна заботиться о сохранении прав застрахованного лица».

В то же время он отметил, что в ближайшее время совместно со страховыми компаниями необходимо решить проблему маршрутизации. Страховые компании уже начали работу в этом направлении. Но работу необходимо усилить.

«Настораживает какой момент - сопровождение пациента. Пациента прооперировали, потратили огромные средства, а потом он оказывается брошен. Дошел ли он до больницы? Проводит ли он нужную диспансеризацию... Потому что если он этого не делает - это выброшенные деньги. Поэтому страховые компании должны видеть весь путь пациента. Если пациент не дошел до следующего звена медицинской помощи - должен быть какой-то сигнал».

Эдуард Гаврилов, член Центрального штаба ОНФ, заместитель руководителя Неврологического центра экстрапирамидных заболеваний и психического здоровья «ЦКБ с поликлиникой» Управления делами президента РФ кратко и емко изложил влияние страховых принципов организации отечественного здравоохранения на соблюдение интересов пациентов. Проинформировал о работе ОНФ в направлении защиты прав и законных интересов граждан в сфере здравоохранения. Несмотря на существующие острые проблемы как на федеральном, так и на региональном уровне: кадровый дефицит, недостаток финансирования территориальных программ, навязывание платных услуг и другие – система ОМС состоялась.

«Система ОМС позволила сохранить и кадры, и ресурсы, и государственные гарантии. Поэтому системе ОМС мы должны сказать спасибо. Если бы в свое время не было этой системы, то ситуация могла бы пойти по гораздо более жесткому сценарию».

При этом Э.Л. Гаврилов особо отметил эффективность работы страховых представителей: «Сейчас очень многие вопросы граждан решаются путем поднятия трубки и звонка в страховую медицинскую организацию».

В конце конференции представители «Опоры России» А.В. Грот и Н.С. Тарасова рассказали о возможностях государственно-частного партнерства в сфере медицинского обслуживания.

В результате состоявшейся дискуссии эксперты, принимавшие участие в конференции, пришли к общему выводу, что действующая страховая модель ОМС выстраивает взвешенный баланс интересов пациентов и медицинских учреждений. Немалую роль в этом играют страховые медицинские организации и институт страховых представителей.

Использованы материалы <http://www.ffoms.ru>

Ссылка на новость: <https://тфомсск.пф/~КЕmrN>