Точки опоры: на чем строится взаимодействие участников рынка страховой медицины

Медицинская помощь, получаемая пациентами в рамках обязательного медицинского страхования (ОМС), с каждым годом становится доступнее, а качество ее растет. Вместе с тем еще остается ряд нерешенных проблем. О том, с чем сталкиваются пациентские организации в системе ОМС и о возможных вариантах преодоления сложностей, рассказал сопредседатель Всероссийского союза пациентов **Ян Власов**.

Современные страховые технологии: Ян Владимирович, почему, на Ваш взгляд, к медицинским страховым организациям со стороны участников ОМС иногда возникают претензии?

Ян Власов: Как показывает наша многолетняя практика, мало кто из пациентов глубоко разбирается в устройстве здравоохранения. К сожалению, есть еще в России регионы, где пациенты не знают, что такое страховые медицинские организации, зачем они нужны, почему в государственных поликлиниках приходится платить, и кто защитит их права. Среди врачей нередко ходят слухи, что медицинская страховая организация – это структура, которая зачастую мешает работать и штрафует. Именно это формирует источник претензий к страховщикам.

Главная задача страховщика – защита прав пациентов, их информационное сопровождение на всех этапах оказания медицинской помощи, экспертный контроль доступности и качества медицин-

Ян Власов
Сопредседатель Всероссийского союза пациентов

Главное в работе страховщиков – это защита интересов граждан. Для этого страховые медицинские организации должны взять на себя контроль за оказанием медицинских услуг.

ской помощи с целью оплаты качественной медицинской помощи.

Вместе с тем, при оценке деятельности страховых медицинских организаций наблюдаются и попытки спекуляции на важнейшем социальном вопросе, касающемся всего населения страны. На страховщиков неправомерно перекладывается ответственность за недостатки системы финансирования здравоохранения, реструктуризацию отрасли, навязывание медицинскими учреждениями платных услуг.

ССТ: Что требуется, с Вашей точки зрения, улучшить?

Я. В.: Главное в работе страховщиков – это защита интересов граждан. Для этого страховые медицинские организации должны взять на себя контроль за оказанием медицинских услуг.

Сегодня страховая медицинская организация при выявлении непрофильной госпитализации пациента должна принимать меры по его переводу в медицинскую организацию, где есть все условия для оказания медицинской помощи требуемого уровня.

Для пациентов страховщик, по идее, должен стать личным медицинским «адвокатом». Если возникли проблемы в поликлинике или больнице, например, отказали в помощи, «заломили» цену, пациент должен обратиться за помощью к своему страховщику, а тот, в свою очередь, должен разбираться с медучреждением напрямую. Если выявили, что медицинская помощь не была предоставлена в полном объеме, страховая компания должна добиться, чтобы помощь оказали. Например, пациент должен быть направлен в другое медицинское учреждение, где необходимая помощь будет оказана в полном объеме.

По моему мнению, страховая организация должна глубже вовлекаться в систему сертификации специалистов. Ведь подготовка профессиональных кадров, комплектация штата, повышение квалификации – все эти вопросы напрямую влияют на качество медицинской помощи в рамках ОМС. Но это вопрос дискуссионный и требует обсуждения.

В России ежегодно судами рассматривается более 4000 исков от пациентов различных медицинских организаций с претензиями к качеству медицинских услуг.

ССТ: Летом этого года подписано соглашение о сотрудничестве между ФФОМС и Всероссийским союзом пациентов. Какие ожидания Вы связываете с этой инициативой?

Я. В.: Да, в июле 2019 года прошла встреча Председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) Натальи Стадченко, представителей Всероссийского союза общественных объединений пациентов, вице-президента Всероссийского союза страховщиков Дмитрия Кузнецова и ряда представителей пациентских и страховых медицинских организаций. Она стала частью системного взаимодействия участников совещания, имеющего стратегическую направленность – повышение эффективности защиты прав пациентов в рамках ОМС.

Мы решили, что целесообразно подписать соглашение о сотрудничестве между ФФОМС и Всероссийским союзом пациентов. Есть понимание необходимости включения представителей пациентских организаций в координационный совет по

организации защиты прав застрахованных лиц при предоставлении медицинской помощи и реализации законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. Ожидается, что пациентские организации войдут в координационный совет на федеральном уровне и региональные координационные комиссии как полноправные участники.

ССТ: Как вы оцениваете эффективность ФФОМС в сфере контроля за качеством услуг в сфере ОМС?

Я. В.: Еще несколько лет назад функционал фонда был мало понятен для большинства участников системы ОМС, а особенно для пациентов. В 2017 году только 8 % поступавших жалоб на горячую линию Всероссийского союза пациентов адресовалось различным территориальным фондам. Люди преимущественно обращались за решением своих проблем к министру, губернаторам.

С тех пор ситуация качественно изменилась. Нужно отметить, что и количество жалоб снизилось, в том числе благодаря развитию института страховых представителей.

Повлияла на это и реализация других системных решений. Например, введение единого подхода к расчету тарифов с поправкой на территориальный коэффициент. До этого тарифы в разных городах страны могли отличаться в 8–10 раз.

Это далеко не все базовые вопросы в стандартизации расчетов ОМС. Например, открыт вопрос о том, как должны формироваться расходы на питание и как их учесть в общей стоимости медуслуги? Организация лечебного питания в медицинских учреждениях – неотъемлемая часть лечебного процесса. Или каким должен быть расчет базового лечения? Оплата стандарта оказания медпомощи в разных регионах может отличаться в 40 раз.

ССТ: Расскажите, как сейчас действует институт страховых представителей?

На страховщиков неправомерно перекладывается ответственность за недостатки системы финансирования здравоохранения, реструктуризацию отрасли, навязывание медицинскими учреждениями платных услуг.

Я. В.: Для усиления роли страховых компаний в сопровождении застрахованных лиц при оказании медицинской помощи, оказании ее в необходимом объеме, обеспечении права выбора медицинской организации и врача, проведения диспансеризации введен институт страховых представителей трех уровней.

К первому относятся колл-центры, ко второму – специалисты, работающие со сложными обращениями, требующими помощи гражданину в организации оказания медицинской помощи, обеспечивающие организацию совместно с медицинскими организациями и контроль прохождения диспансеризации, проведение опросов населения.

В 2018 году приступили к работе страховые представители третьего уровня –

Эти и другие вопросы, которые во многом определят созидательный ход развития российской системы здравоохранения, будут обсуждаться на площадке X Всероссийского конгресса пациентов. Мероприятие пройдет 28 ноября – 1 декабря 2019 года в Москве. Регистрация для представителей органов власти и профессионального сообщества открыта.

эксперты по оценке качества оказания медпомощи. Задача этих специалистов заключается в том числе в мотивации пациентов к выполнению рекомендаций врача по результатам диспансеризации, осуществлении проверки своевременности диспансерного наблюдения, контроле выполнения плановых госпитализаций и диагностических мероприятий.

ССТ: Вопрос, который сегодня волнует профессиональное сообщество: как оценивать, и кто должен нести ответственность за врачебную ошибку. Какой точки зрения придерживается Всероссийский союз пациентов?

Я. В.: В России ежегодно судами рассматривается более 4000 исков от пациентов различных медицинских организаций с претензиями к качеству медицинских услуг. К сожалению, возмещение выигравший истец получает только в трети случаев. Есть над чем работать, и сейчас обсуждаются две идеи: страхование по типу ОСАГО для врачей и страхование ответственности медицинской организации.

Эти и другие вопросы, которые во многом определят созидательный ход развития российской системы здравоохранения, будут обсуждаться на площадке X Всероссийского конгресса пациентов. Мероприятие пройдет 28 ноября – 1 декабря 2019 года в Москве. Регистрация для представителей органов власти и профессионального сообщества открыта.