КЛЮЧЕВАЯ ФИГУРА — ЧЕЛОВЕК

Почти за 30 лет система ОМС доказала свою жизнеспособность и нужность людям, убежден председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Илья Баланин. Основным принципом построенной за эти годы системы ОМС стала пациентоориентированность, при которой ключевой фигурой является застрахованный, а критерием эффективности ОМС и здравоохранения — качество и доступность оказанной медпомощи конкретному пациенту. О том, что является главными слагаемыми пациентоориентированного здравоохранения, мы говорим с руководителем Федерального ФОМС Ильей Баланиным.

Современные страховые технологии: Как Вы оцениваете текущее состояние системы обязательного медицинского страхования? Какие проблемы и достижения Вы хотели бы выделить?

Илья Баланин: В следующем году системе ОМС исполнится 30 лет. Она состоялась, доказала свою жизнеспособность и, самое главное, нужность людям. Способность адаптироваться под новые ситуации и вызовы показала эпидемия ковида, когда важно было быстро принимать решения, в том числе о финансировании. Это касается как вопросов выделения денег, так и в целом изменения подходов к процессам финансирования.

В условиях пандемии система обязательного медицинского страхования стала гарантом стабильности всей системы отечественного здравоохранения. Экономическая составляющая не стала сдерживающим фактором при обращении граждан за медицинской помощью, как в некоторых странах, наоборот, она помогала и продолжает помогать медикам сохранять здоровье и жизни людей.

Например, была введена система авансирования медицинских организаций, в том числе на опережающие закупки лекарственных препаратов и медицинских изделий с выделением 1/12 годового фонда, несмотря на то, что медицинская помощь в этот момент была оказана не в полном объеме. Такой гибкий подход позволил выполнять задачи по борьбе с пандемией без срывов, задержек с выплатой зарплаты и поставками расходных материалов, организовать оказание медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией, сохранить сеть медицинских организаций.

Несмотря на сохраняющиеся COVID-угрозы, в этом году застрахованные в ОМС получили и новые возможности. В частности, начал действовать федеральный проект, предусматривающий модернизацию системы медицинской реабилитации. Также увеличены расходы на ВПМ, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Илья Баланин
Руководитель Федерального ФОМС

Если говорить о перспективе, то из новаций следующего года — увеличение на 38 % финансирования первичной медико-санитарной помощи, также предусмотрен рост объемов медпомощи на проведение профилактических мероприятий и тестирования на коронавирусную инфекцию. Особое внимание будет уделено пациентам, имеющим хронические заболевания и состоящим на диспансерном наблюдении.

ССТ: Какое главное звено системы ОМС?

И. Б.: В системе ОМС есть несколько составляющих: медицинские организации, страховые медицинские компании, фонды обязательного медицинского страхования — федеральный и территориальные. Но ключевой фигурой в ОМС является человек. Система сейчас настроена и работает таким образом, чтобы пациент мог

бесплатно получить качественную медицинскую помощь.

Качество оказания медицинских услуг растет год от года. Его контролируют не только территориальные ФОМС, но и страховые медицинские компании. Именно в этом и состоит основная задача страховщиков, как гарантов соблюдения прав пациентов при оказании им бесплатной медпомощи.

Здесь, надо признаться, существует недостаток информирования со стороны страховых медицинских компаний. К сожалению, не все люди знают, в какой страховой медицинской компании они застрахованы. Не каждому известно о его правах и возможностях, которые гарантирует Конституция РФ и программа госгарантий бесплатного оказания медпомощи. Когда граждане сталкиваются с недопониманием в медицинских организациях, многие из них и не знают, на их стороне их главный помощник и защитник — страховая медицинская компания.

ССТ: Должны ли принимать участие в предоставлении этой информации гражданам сами лечебные учреждения или фонды ОМС?

И. Б.: В плане оперативного информационного взаимодействия недоработки есть со всех сторон, и мы сейчас стараемся их устранить. Пациенту должны быть доступны все информационные сервисы для эффективного взаимодействия со страховой медицинской компанией и быстрого решения всех вопросов, чего бы они не касались — профилактического осмотра, записи на прием или диагностической процедуры. Такое взаимодействие — тоже определенная культура, культура цифровых коммуникаций, которая в нашей системе только начинает развиваться и формировать свои правила.

ССТ: В каждом субъекте существует своя территориальная программа ОМС. Каким образом решается проблема равного доступа и равного качества медицинских услуг? Прежние рекомендации не учтены, нет ответа на вопрос.

И. Б.: Программа госгарантий у нас одна. Независимо от региона, она гарантирует получение качественной медицинской помощи в любой точке нашей страны. Понятно, что есть медицинские организации разных уровней — центральные районные больницы, областные и городские медучреждения, федеральные научные центры, фельдшерские пункты. У них объективно разные возможности и задачи. Уникальные методы лечения и уникальные специалисты, которые проводят штучные высокотехнологичные операции — это эксклюзивная медицинская помощь, которая финансируется отдельно. При этом возможность равного доступа к медицинской помощи при возникновении необходимости в ней обеспечивается базовой программой ОМС.

Не открою секрета, если скажу, что главная задача системы здравоохранения — не только лечить болезнь, когда она уже случилась, но и выявлять заболевания на ранних стадиях, а значит, важны ранняя диагностика, предупреждение и профилактика. В программе госгарантий, которая будет действовать со следующего года сделан большой упор на первичное амбулаторное звено. Профилактические осмотры, диспансеризация, реабилитация. Впервые устанавливаются нормативы на проведение диспансерного наблюдения. Эти направления вынесены из подушевого финансирования, на них сформированы отдельные тарифы, ведется отдельный учет и предполагается дополнительное финансирование за выполнение этих показателей.

ССТ: Насколько гибко система ОМС реагирует на изменения в сфере оказания медицинской помощи?

И. Б.: Действительно, сегодня меняется нормативная база, внедряются новые виды медицинской помощи. Операции, кото-

рые ранее выполнялись только в научных центрах, становятся доступными и в городских и районных больницах. Широкое распространение получают новые методы диагностики и лечения, появляются новые лекарственные препараты.

Мы активно отслеживаем происходящее в практическом здравоохранении и стараемся своевременно адаптировать способы оплаты медицинской помощи и тарифы. Эту работу мы ведем совместно с Минздравом России и привлекаем специалистов-практиков. Результаты этих усилий можно увидеть, например, в ежегодном совершенствовании методических рекомендаций по способам оплаты медпомощи, появлении новых или перегруппировке существующих клинико-статистических групп, ежегодной доработке программы госгарантий.

ССТ: На каких задачах, прежде всего, будет сфокусирована политика ФФОМС?

И. Б.: Политика ФФОМС во многом будет сконцентрирована на создании единых цифровых сервисов, унификации региональных информационных систем, усилении принципа единого подхода в работе территориальных фондов ОМС и страховых медицинских организаций в целях обеспечения прав граждан в сфере ОМС. Об этом мы говорили в августе на встрече с представителями Всероссийского союза страховщиков и страховых медицинских организаций.

Одной из ключевых наших задач на ближайший период является цифровизация всей системы ОМС и создание цифрового профиля здоровья каждого человека с момента его рождения. Они позволят прогнозировать и планировать оказание медицинской помощи персонально для каждого пациента. И тем самым система ОМС, которая формирует экономику всей отечественной системы здравоохранения, будет строиться на более достоверных прогнозах.

ЗАДАЧИ ФФОМС

- Развитие подходов к программе госгарантий, исходя из установленных приоритетов на уровне правительства и Минздрава.
- Включение новых методов высокотехнологичной медицинской помощи в базовую программу ОМС.
- Расширение механизмов индивидуального информирования и сопровождения застрахованных лиц при получении медицинской помощи.
- Адекватность тарифов, чтобы лечение человека оплачивалось по понятным и прозрачным расценкам, а медицинские организации могли закрывать свои расходы.
- Формирование единого исчерпывающего перечня медицинских услуг, которые оплачиваются за счет ОМС.
- Создание единого электронного шаблона тарифного соглашения и разработка новых подходов по тарифным соглашениям, позволяющих оценить обоснованность тарифов, устанавливаемых на территориях.
- Исключение дублирования методов лечения в клинико-статистических группах и перечнях высокотехнологичной медицинской помощи.
- Расчет тарифов на оплату медицинской помощи на основе стандартов медицинской помощи и клинических рекомендаций.

ССТ: Мы идем по пути Госплана?

И. Б.: Это не государственное планирование в чистом виде, но прогнозирование возможного развития заболевания. Лечить болезнь, которая уже развилась в тяжелую форму — сложно и дорого. Легче предотвратить заболевание или купировать его на начальном этапе.

Также важно понимать общее состояние здоровья населения страны. Нам нужны данные, чтобы принимать управленческие решения по обеспечению здоровья нации как на уровне отдельных регионов, так и по России в целом.

ССТ: Мы употребляем термин «медицинская услуга», а услуга — это объект добровольного приобретения. Как связан термин «услуга» и забота о здоровье населения?

И. Б.: Это в определенном плане культура — человек должен быть ответственным за свое здоровье, периодически наблюдаться, приходить на диспансерные осмотры и т. д. Воспитывать такое отношение к своему здоровью — в этом, с моей точки зрения, и состоит роль страховщиков, которая на сегодня пока не полностью понятна пациентам.

И наша задача — донести до них этот тезис, разъяснить, чтобы каждый застрахованный знал своего страховщика, понимал, что именно страховая медицинская компания приглашает его на диспансеризацию, защищает его права на получение качественного и своевременного медицинского обслуживания. Общение страховщика и пациента должно быть достаточно тесным на протяжении всего клиентского пути.

ССТ: Как Вы оцениваете эффективность взаимодействия страховых медицинских организаций и ФФОМС?

И. Б.: Мы являемся настоящими партнерами. У нас общие задачи, общее понимание текущей ситуации в системе ОМС. Мы также тесно контактируем со Всероссийским союзом страховщиков. Все заинтересованы в эффективности взаимодействия. Для этого Федеральным фондом ОМС созданы рабочие группы по взаимодействию с ВСС и страховым сообществом по направлениям «Финансовая устойчивость», «Информационное взаимодействие», «Совершенствование экспертной деятельности», «Сопровождение застрахованных лиц». Мнение страховых медицинских организаций очень важно для решения общих задач, и мы стараемся его учитывать.

Мы всегда находимся в диалоге. Если бы не было эффективного взаимодействия ФФОМС и страховых компаний в течение всех этих 30 лет, не было бы стабильной ситуации в области российского здравоохранения.

ССТ: У пациентов сегодня есть некоторое недоверие к врачам, направление на допобследования часто воспринимается как желание клиники заработать. Как сбалансировать необходимый и достаточный объем диагностики, финансовые интересы клиники и доверие пациента?

И. Б.: Существуют клинические рекомендации, есть порядок оказания медицинской помощи. Задача фонда — обеспечивать, чтобы финансирование соответствовало тому объему медицинской помощи, которая предусмотрена в том или ином случае. А задача страховой организации — проконтролировать качество и доступность медпомощи. То есть, если необходимо провести то или иное исследование, профосмотр или диспансеризацию, то они действитель-

> Человек должен быть ответственным за свое здоровье, периодически наблюдаться, приходить на диспансерные осмотры и т. д. Воспитывать такое отношение к своему здоровью — в этом и состоит роль страховщиков.

Сегодня на всей территории РФ созданы единый персонифицированный учет застрахованных и оказанной медицинской помощи, реестры медицинских и страховых медицинских организаций, реестры экспертов качества медицинской помощи. Создана система страховых представителей трех уровней, защищающих права застрахованных. Решены многие задачи — обеспечена централизация финансовых средств, что позволило значительно повысить устойчивость всей системы ОМС, обеспечить бездефицитность базовых программ на территориях субъектов РФ, введена единая тарифная политика, что значительно снизило дифференциацию в тарифах на медицинские услуги.

но должны быть проведены по определенному порядку.

ССТ: К каким переменам в системе ОМС привели изменения в законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ», которые вступили в силу в 2020 году?

И. Б.: Мы имеем все основания говорить о новом уровне работы. Изменены функции страховых медицинских организаций, которые позволили оптимизировать использование ресурсов и сфокусировать их работу на дальнейшем развитии пациент-ориентированного подхода на всех этапах оказания медицинской помощи.

Основные показатели деятельности страховой медицинской организации переориентированы с функции по выдаче полисов ОМС на сопровождение пациентов и оценку уровня удовлетворенности застрахованных качеством оказанной медицинской помощи.

ССТ: Насколько актуально внедрение новой методики оценки удовлетворенности граждан получаемой медицинской помощью?

И. Б.: Минздравом было принято решение совместно с Федеральным фондом, со страховыми медицинскими компаниями разработать опросный лист, который будет единым для всей территории РФ. По нему страховые компании изучают удовлетворенность наших граждан качеством медицинской помощи. Опросник содер-

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Президент России Владимир Путин поручил правительству включить в нацпроект «Здравоохранение» целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи. Такой пункт содержится в перечне поручений главы государства по итогам заседания Совета по стратегическому развитию и национальным проектам, состоявшегося 15 декабря 2021 года. «Включить в национальный проект «Здравоохранение» мероприятия, предусмотренные региональными программами модернизации первичного звена здравоохранения, и установить целевой показатель, характеризующий удовлетворенность населения качеством медицинской помощи, а также осуществлять мониторинг достижения этого целевого показателя», — указывается в документе.

Методика измерения удовлетворенности населения оказанием медицинской помощи в России утверждена, сообщил министр здравоохранения РФ Михаил Мурашко на совещании президента РФ Владимира Путина с членами правительства 25 июля 2022 года. «По Вашему поручению утверждена методика, и сейчас мы начинаем ее внедрять. Все планы, графики утверждены. Ваше поручение исполнено», — сказал он.

жит достаточно разносторонние вопросы. Нам важно мнение населения о качестве медицинской помощи не только в профессиональном разрезе, но и с точки зрения комфорта пребывания в медицинской организации, удобства записи на прием, внимательности персонала, соответствия ожиданиям пациента.

Новая методика прошла апробацию в нескольких субъектах РФ — Удмуртской Республике, Липецкой и Белгородской областях. С сентября 2022 года анкетирование ежемесячно проводится во всех регионах в форме телефонного опроса представителями страховых медицинских организаций. На вопросы может ответить любой человек независимо от срока давности получения медицинской помощи и вида медицинской организации, где она была получена. Результаты таких опросов станут важным инструментом для оценки ситуации с оказанием медицинской помощи в каждом конкретном регионе и в целом по стране.

ССТ: Как единая система обработки информации помогает контролировать сроки предоставления медицинской помощи пациентам?

И. Б.: В программе госгарантий прописаны конкретные сроки, в которые должна быть оказана медицинская помощь, например, при подозрении на онкологический диагноз. Эти сроки никто не отменял. Их мы мониторим отдельно. Человек, кстати, часто и не знает о том, что ему в течение 14 дней должны провести соответствующее исследование. Но это должны знать и контролировать те, кто за эти сроки отвечает. В этом-то и состоит задача ФФОМС — контролировать своевременность и качество. И мы продолжаем совершенствовать наши возможности в этом направлении.

ССТ: Цифровизация сервисов является глобальным трендом. Какие цифровые сервисы могут быть включены в систему ОМС до конца года, в следующем году?

И. Б.: Фонд активно работает над созданием государственной информационной системы ОМС. Ее внедрение позволит объединить все сведения о медицинской помощи, оказанной по ОМС в любом уголке страны. Уже сейчас система позволяет формировать отчетность на основе реестров счетов, заключать договоры и соглашения и многое другое.

ССТ: У страховщиков уже отлажена система взаимодействия с пациентом, реализованы проекты «цифровых клиник». Можно ли использовать этот опыт для глобальной цифровой системы?

И. Б.: Мы в обязательном порядке используем их опыт. Информационные системы страховых медицинских компаний должны взаимодействовать с нашей системой. По-другому это работать не может. Когда человек приходит в страховую медицинскую компанию и заполняет анкету на получение полиса, эти данные тут же передаются в нашу систему. Всю информацию, которую использует страховая медицинская компания, должны получать и мы — это вопросы информирования, сопровождения, контроля качества и так далее.

ССТ: Возникают ли споры между страховой компанией и ЛПУ по поводу результатов проведенной экспертизы качества оказанной медицинской помощи? Если да, то как они разрешаются?

И. Б.: Когда страховщики проводят контрольные мероприятия, экспертизу качества оказания медицинской помощи, они это делают не произвольно и не по собственным соображениям. Существует четкий объем параметров, прописанный на нормативном уровне. Но иногда, действительно, возникает недопонимание между страховой медицинской компанией и медицинской организацией по тому или иному вопросу. В этом случае составляется протокол разногласий, территориальными фондами с участием экспертов документы рассматриваются повторно и выносится окончательное решение.

Информация, полученная в результате экспертизы, необходима для принятия управленческих решений, чтобы устранить возможные недоработки и несоответствия со стороны медицинской организации. Ситуации могут быть самые разные. Например, в клинике сломался рентгеновский аппарат — значит, клиника не предоставляет необходимый объем помощи своим пациентам. Значит, есть нарушения, есть риск неправильной постановки диагноза.

ССТ: Есть ли необходимость в коррекции нормативно-правовой базы для обеспечения качества и доступности медицинской помощи в рамках системы ОМС?

И. Б.: Правовая база по обеспечению доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программам ОМС, сформирована. В то же время новые задачи требуют нормативного регулирования. И созданные Федеральным фондом совместно с ВСС, Национальной медицинской палатой рабочие группы активно занимаются этим, анализируя и внося предложения по изменению действующего законодательства, разрабатывая новые правовые акты и методические указания.

> В программе госгарантий прописаны конкретные сроки, в которые должна быть оказана медицинская помощь. Эти сроки никто не отменял. Их мы мониторим отдельно. Человек, кстати, часто и не знает о том, что ему в течение 14 дней должны провести соответствующее исследование.