ВЫХОД ИЗ КОРОНАКРИЗИСА: НЕ БЕЗ ПОТЕРЬ, НО С ГОРДОСТЬЮ

Пока ученые, врачи и политики обсуждают вероятность второй волны коронавируса и изоляции, жизнь обычных людей пусть и медленно, но возвращается в привычное русло. В большинстве российских больниц в том или ином объеме возобновлена плановая помощь, граждане записываются на диспансеризацию и профосмотры, а сотрудники страховых компаний готовы лично защищать интересы застрахованных. Как пережили эпидемию новой коронавирусной инфекции медицинские организации в регионах? Помогла ли система ОМС в решении принципиально новых задач по спасению людей и, одновременно, сохранению финансовой устойчивости лечебной сети? Какие главные уроки преподнесли руководителям социальной отрасли весна и лето 2020 года? Об этом мы говорим с директором ТФОМС Свердловской области Валерием Александровичем Шелякиным.

Современные страховые технологии: Последние несколько месяцев в некоторых СМИ звучит критика работы системы ОМС в эпоху ковида. В частности, сенаторы говорили, что участники системы медицинского страхования оттягивали на себя необходимый финансовый ресурс, но мало помогали пациентам и врачам. Насколько справедливы такие замечания и как последние месяцы складывались отношения здравоохранения и ОМС в Свердловской области?

Валерий Шелякин
Директор ТФОМС Свердловской области

Валерий Шелякин: Начну с самого главного. Системе ОМС удалось обеспечить, во-первых, адекватное возмещение затрат, понесенных медицинскими организациями на лечение больных с коронавирусной инфекцией, во-вторых — обеспечить качество и доступность медицинской помощи для пациентов.

В марте — апреле, когда стали появляться первые больные COVID-19, мы на уровне субъекта оперативно проанализировали расходы на разных пациентов, исходя из тяжести состояния, и расширили модель оплаты помощи с трех тарифов, предложенных федеральной моделью, до четырех — дополнили тарифом на лечение крайне тяжелой формы заболевания. Позднее он был рекомендован к применению на территории всей страны.

Коротко расскажу о тарифах. Диапазон стоимости лечения — от 50 до 900 тыс. руб., он зависит от тяжести состояния пациента, наличия у него сопутствующих заболеваний, необходимости и длительности пребывания в реанимации и др.

Например, «легкий» пациент в больнице получает противовирусные препараты и антибиотики, препараты, облегчающие отхождение мокроты, интерфероны и др. — по необходимости. В соответствии со стандартом лечения ему положены рентген и/ или КТ грудной клетки, ряд исследований мочи и крови.

Чем пациент «тяжелее», тем больше перечень необходимых ему медикаментов, исследований и процедур. Например, при тяжелом и крайне тяжелом течении заболевания увеличивается перечень вводимых препаратов, диагностическая составляющая лечения дополняется УЗИ сердца, плевральной полости, конечностей и другими исследованиями. Кроме того, в тарифе на лечение коронавирусной инфекции в средней и крайне тяжелой формах предусмотрено пребывание пациента в реанимации. Стоимость 10 дней в реанимации — около 300 тыс. руб. Если пациенту необходима экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО), стоимость услуги прибавляется к тарифу на оказанную помощь: тариф на ЭКМО в системе ОМС составляет около 340 тысяч рублей.

Разумеется, тарифные решения касались не только стационара. После временного ограничения диспансеризации и профмероприятий запланированные на них средства в сумме около 600 млн руб. были «погружены» в финансирование поликлиник. Мы оперативно разработали и внедрили тарифы на диагностику новой коронавирусной инфекции — от ПЦР-тестирования и тестирования на антитела до комплексной услуги, включающей в себя проведение компьютерной томографии, лабораторные исследования, консультации специалистов и так далее.

В Свердловской области стационарная помощь при коронавирусе оказана 36 тыс. человек. Состояние еще 15 тыс. позволило им лечиться амбулаторно, еще часть граждан не имела и не имеет клинических проявлений коронавирусной инфекции, но получила положительный тест ПЦР. Эти люди больны? Точно нет!

Если делать вывод о нужности или ненужности системы ОМС в таких непростых условиях… С апреля по сентябрь Минздрав выпустил восемь (!) редакций Методических рекомендаций по лечению больных с COVID-19. Мы все знакомились с новой инфекцией, и подходы к лечению пациентов корректировались порой по два раза в месяц! Менялась оценка не только лечения, но и самого пациента. В марте органы управления здравоохранением рекомендовали госпитализировать для наблюдения просто контактных граждан без симптомов, а с августа пациенты с установленным диагнозом коронавирусной инфекции, даже с нетяжелым течением пневмонии, могут лечиться дома, советуясь онлайн со своим лечащим врачом. Это не говоря о том, как менялась маршрутизация, как открывались и закрывались ковидные отделения и целые больницы, как важно было сохранить медицинскую помощь при не связанных с коронавирусом, но жизнеугрожающих состояниях…

В таких условиях и система здравоохранения, и система обязательного медицинского страхования проявили огромную адаптивность. Лечебная сеть сохранилась и даже расширилась за счет пришедших в систему ОМС лабораторий, мы не скатились в сметный принцип финансирования и сохранили оплату за оконченный случай лечения, смогли корректно формировать статистику по коронавирусу и другим заболеваниям.

ССТ: По поводу статистики тоже звучит много претензий и к больницам, и к органам власти субъектов: мол, данные по заболеваемости и смертности сознательно занижаются…

В. Ш.: Проблемы со статистикой во многом связаны с постоянным изменением модели пациента. Попробую пояснить. В Свердловской области стационарная помощь при коронавирусе оказана 36 тыс. человек. Состояние еще 15 тыс. позволило им лечиться амбулаторно, еще часть граждан не имела и не имеет клинических проявлений коронавирусной инфекции, но получила положительный тест ПЦР. Эти люди больны? Точно нет! И они не попадают в регистр пациентов. Но информация о них необходима и для общей статистики, и для принятия противоэпидемических мер.

Еще пример. У пациента был выявлен COVID-19 без клинических проявлений, и вскоре после положительного теста он погиб в больнице, например, от инсульта. Этот случай не попадает в статистику смертей от коронавируса, но, к сожалению, иногда становится поводом для спекуляций. Подобных примеров множество.

ССТ: Вы уже говорили, что оказание плановой помощи было официально приостановлено. Но в некоторых регионах и экстренные больные не могли получить адекватное лечение из-за закрытия отделений или массового карантина среди врачей. Как обстояли дела в Свердловской области?

В. Ш.: Еще в доковидную эпоху мы широко тарифицировали телемедицинские консультации, причем как в формате «врач — врач», так и для взаимодействия врача и пациента. Мы рассчитывали, что эта услуга будет востребована в период ограничений, особенно для наблюдения за хроническими больными. Не скажу, что телемедицина полностью закрыла весь предыдущий объем очных консультаций, но по отдельным профилям число онлайн-встреч выросло в разы. Например, в мае, когда ситуация была

В немыслимые сроки готовились документы, находились ресурсы, принимались решения. Больницы, несмотря на отмену плановой помощи, сохранили штат специалистов и достойную зарплату, а также обрели возможность получить все недозаработанные из-за COVID-19 деньги.

особенно напряженной, количество случаев оказания помощи с применением телемедицинских технологий для онкопациентов в Свердловской области выросло в 50 раз по сравнению с маем прошлого года.

Должен сказать, что онкологическая служба с точки зрения системы ОМС в этом году выглядит очень достойно. У нас не только не сократилось число случаев оказания помощи пациентам со злокачественными новообразованиями, но и по результатам экспертизы качество этой помощи стало лучшим за все последние годы. Это, конечно, не заслуга COVID-19. Этому предшествовала большая работа Минздрава, региональных и федеральных экспертов качества медицинской помощи, представителей профессионального сообщества. Но факт доступности онкологической помощи в сложных эпидусловиях кажется мне обнадеживающим.

ССТ: Чем занимались страховые компании в системе ОМС последние полгода, когда плановой помощи не было, а диспансеризацию отменили?

В. Ш.: Страховые компании, как обычно, защищали права застрахованных, проводя экспертизу качества медицинской помощи. Часть тематических экспертиз, например, стопроцентная экспертиза летальных случаев, была полностью сохранена — ее проводили удаленно. Сохранилось информационное сопровождение онкобольных: страховые представители контролировали, чтобы пациент вовремя прошел необходимую диагностику и попал на госпитализацию. Кроме того, у экспертов появилась новая задача — анализ качества лечения при новой коронавирусной инфекции. В экспертизу попадают все случаи лечения таких пациентов в стационаре и до половины случаев оказания помощи амбулаторным пациентам.

ССТ: По Вашим прогнозам, когда мы все, пациенты и врачи, полностью вернемся к обычной жизни? Какие главные выводы Вы сделали, пережив непростое полугодие?

В. Ш.: Сейчас мы находимся на втором этапе снятия ограничений, восстанавливаем оказание плановой помощи и проведение профмероприятий. Думаю, при правильном разделении потоков пациентов и соблюдении рекомендованных санитарных норм регион сможет избежать повторного закрытия клиник на карантин. Хотя, полагаю, полную свободу мы получим после вакцинации. Но это субъективное мнение — я не эпидемиолог.

Что касается выводов, я уже говорил об адаптивности обязательного медицинского страхования. Но не менее важна устойчивость системы здравоохранения и такое, знаете, искреннее неравнодушие и тех, кто лечил, и тех, кто так или иначе помогал в этом процессе — руководителей медицинской сферы, представителей законодательной и исполнительной власти.
В немыслимые сроки готовились документы, находились ресурсы, принимались решения. Больницы, несмотря на отмену плановой помощи, сохранили штат специалистов и достойную зарплату.

Не могу сказать, что мы выходим из пандемии коронавируса без потерь, но точно с большим опытом и гордостью за себя и за коллег.