НОВАЯ ФИЛОСОФИЯ ЭКСПЕРТИЗЫ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

В этом году система обязательного медицинского страхования России отмечает 25-летний юбилей. О том, как развивалось ОМС на Урале и какие задачи стоят перед ней сейчас, журналу «ССТ» рассказал директор ТФОМС Свердловской области Валерий Александрович Шелякин.

— Сейчас активно обсуждается проблема доступности медицинской помощи. Граждане жалуются на долгие сроки ожидания приема у специалистов, навязывание платных услуг, проблемы лекарственного обеспечения. Насколько остры эти проблемы в Свердловской области и какие позитивные тренды можно отметить?

— Всю нашу четвертьвековую историю мы по большей части занимаемся тем, что обнаруживаем, обсуждаем и решаем проблемы доступности медицинской помощи. С одной стороны, я очень далек от утверждений, что в здравоохранении, в финансировании медицинской помощи не осталось никаких проблем, с другой, могу уверенно говорить, что так благополучно, как сейчас, мы не жили никогда.

Рост стоимости территориальной программы в этом году по сравнению с прошлым годом составил 18 % или более 8 млрд рублей, причем все это — исключительно средства субвенции Федерального фонда. Такие параметры бюджета позволяют обеспечивать достойный уровень оплаты труда медперсонала: средняя зарплата врачей по Свердловской области более 66 тысяч рублей, среднего и младшего медперсонала — 33 и 32 тыс. рублей. И, одновременно, удовлетворять потребности населения в медицинских услугах, в том числе — дорогостоящих, высокотехнологичных.

Приведу пример. Сегодня региональная система ОМС оплачивает более 500 методов высокотехнологичной медпомощи, с 2018 года в систему включены несколько новых дорогостоящих методов, в том числе, сложные кардиохирургические операции и операции на позвоночнике, лечение пациентов с термотравмами при ожогах тела 50 % и более. Стоимость одного такого случая может достигать 1,5 млн рублей. Но главное достижение в части «высокотеха» состоит в том, что за последние годы мы существенно сократили сроки ожидания подобной помощи, а многих пациентов и вовсе оперируем сразу после обследования и проведения необходимых анализов, например — эндопротезирование тазобедренного сустава.

Это не значит, что проблем нет. Отдельных исследований и услуг действительно порой приходится ждать долго. Есть объективный дефицит узких специалистов, особенно в первичном звене. До сих пор нередки случаи, когда врач говорит: «За деньги — завтра, а по полису — только через месяц». Но позитивный тренд заключается в том, что пациент теперь знает, куда идти со своей бедой: за последние два года число обращений в страховые компании выросло в 2,5 раза и, по нашим прогнозам, в 2018 может достичь 250 тысяч. Здесь, конечно, минимум жалоб, в основном это обращения в связи с получением или заменой полиса, вопросы по диспансеризации, консультации по вопросам

Более 500 методов высокотехнологичной медицинской помощи оплачивает система ОМС

В 2,5 раза выросло число обращений пациентов в ТФОМС и страховые компании

250 тыс. обращений прогнозирует Свердловский ТФОМС по итогам 2018 года

Более 4 млрд руб. средств ОМС будет направлено на оплату помощи, оказанной частными клиниками

Около 17 тыс. пациентов из других регионов получили помощь в Свердловской области

гарантированных объемов помощи в рамках территориальной программы. Но сам факт того, что граждане знают, для чего нужна страховая компания и по какому телефону можно найти своего страхового представителя, кажется мне очень важным.

— Каким образом отбираются лечебные учреждения для обслуживания в рамках ОМС? Как Вы относитесь к практике оказания и навязывания платных медицинских услуг клиниками, работающими по системе обязательного медицинского страхования?

— В системе ОМС Свердловской области в этом году работают более 200 клиник, четверть из них — частной формы собственности. Порядок участия в реализации программы госгарантий — заявительный. Клиника должна представить в фонд ОМС пакет документов, подтверждающих ее право заниматься медицинской деятельностью, и в следующем году Комиссия по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования учтет клинику при распределении объемов медицинской помощи. Разумеется, в том случае, если потребность в оказании такой помощи на территории есть.

Все последние годы доля средств системы ОМС, зарабатываемых частными клиниками, неуклонно растет. Например, в круглосуточном стационаре за 4 года эта сумма выросла с 900 млн до 1,6 млрд рублей. В дневном стационаре ситуация еще более показательна: в 2018 году более трети средств, направленных на оплату стационарзамещающей помощи, заработают именно частные медицинские организации. При этом по отдельным технологиям частные клиники берут на себя основной объем госзаказа по ОМС. Это более 40 % всех случаев ЭКО, почти половина эндопротезирований ТБС и три четверти случаев диализа, который проводится свердловским пациентам.

Интересно, что, несмотря на коммерческий характер деятельности, частные клиники редко грешат взиманием денежных средств с пациентов, довольствуясь тарифами, которые предлагает система ОМС. Но и в целом по лечебной сети в последние годы число жалоб на взимание сокращается: не более 13-15 % от всех обращений. Есть направления, где заплатить предлагают чаще: это либо профили заболеваний, относительно недавно включенные в систему ОМС, такие как стоматология, либо виды и методы лечения, где применяются дорогостоящие препараты и расходные материалы — травматология и ортопедия.

Методов профилактики здесь несколько: постоянный контроль со стороны страховых компаний и фонда, а также адекватная тарифная политика. В 2014 году мы как Пилотная территория, где отрабатывалась новая модель оплаты медицинской помощи, выделили отдельные тарифы для случаев лечения скелетных травм с применением имплантов. Очевидно, что тариф учитывал стоимость дорогостоящего расходного материала. Уже в первый год после принятия такого решения число консервативных случаев лечения снизилось на 18 %, а частота применения отдельных дорогостоящих технологий, в том числе эндопротезирования, выросла наполовину. При этом жалоб на попытки взимания денег за протезы и пластины к нам практически не поступало.

Кстати, интересный факт. Профиль «Травматология и ортопедия» остается одним из самых востребованных в Свердловской области у пациентов, приезжающих с других территорий. Мы активно сотрудничаем с фондами ОМС регионов России, в основном Уральского Федерального округа и Поволжья. Только в прошлом году помощь в дневных и круглосуточных стационарах получили около 17 тыс. человек, застрахованных в других областях.

— Каким образом в Свердловской области контролируется доступность и качество оказания медицинской помощи? Какие проекты уже реализованы или будут реализованы в 2018 году?

— Страховые компании, работающие в Свердловской области, проводят большую работу по оценке качества и доступности медицинской помощи. Ежегодно эксперты фонда и страховых компаний анализируют в среднем около 1 млн случаев оказания медицинской помощи в поликлинике и свыше 100 тыс. историй болезни пациентов дневного и круглосуточного стационаров. При этом, подход к оценке оказанной помощи становится все менее формальным: число выявляемых нарушений, непосредственно связанных с качеством медицинской помощи, выросло за три года на 15 %, а претензий к оформлению медицинской документации, напротив, становится все меньше.

Новая экспертная философия привела к изменению самой структуры экспертиз. На смену рутинной, плановой экспертизе приходит тематический контроль, призванный выявить и устранить слабые места в лечении заболеваний, которые влияют на социально-демографические показатели в субъекте в целом и качество жизни свердловчан.

Хочу обратить особое внимание: работа страховых компаний, незаметная и неизвестная большинству обывателей, заметно влияет на качество и безопасность медицинской помощи нашим гражданам. Например, в 2017 году почти 100 млн рублей, полученных страховщиками с больниц, превратились в средства нормированного страхового запаса фонда и были направлены на приобретение и ремонт дорогостоящего оборудования.

— С Вашей точки зрения, для решения главной задачи — сохранения здоровья нации — каких реформ требует система ОМС и насколько быстро они должны проходить?

Ежегодно эксперты фонда и страховых компаний анализируют в среднем около 1 млн случаев оказания медицинской помощи в поликлинике и свыше 100 тыс. историй болезни пациентов дневного и круглосуточного стационаров.

— Период, который переживает сейчас система обязательного медицинского страхования, один из самых интересных за всю ее историю. Завершены Национальный проект и Программа модернизации здравоохранения, внедрены новые способы оплаты, заработная плата всех категорий медицинских работников достигла исторического максимума. Теперь перед нами встают новые задачи.

Одна из главных — обеспечить эффективную реализацию нового национального проекта «Здравоохранение», который стартовал 1 октября этого года. В его рамках в ближайшие 6 лет мы должны значительно улучшить основные социально-демографические показатели: снизить смертность от основных классов болезней, увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество. Мы сможем добиться этого, обеспечивая людям доступную профилактику и помогая первичному звену, поддерживая развитие сложных и затратных направлений в медицине, гарантируя доступность высокотехнологичной помощи.

Мы должны и будем развивать частно-государственное партнерство, стимулируя здоровую конкуренцию и давая пациенту возможность выбирать самое удобное и безопасное для него место получения медицинских услуг. Сейчас для этого у системы ОМС есть все необходимое — опыт, знания и ресурсы.