О МЕДИАЦИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНАХ ОМС

Сопровождение пациентов в системе обязательного медицинского страхования – сложный процесс. Какие задачи решают страховые компании и с какими проблемами сталкиваются, рассказал генеральный директор ООО «СМК РЕСО-Мед» Юрий Дёмин.

Современные страховые технологии: Юрий Федорович, отличается ли сопровождение пациентов при получении медицинской помощи в разных регионах России?

Юрий Дёмин: Могу говорить о 16 регионах, включая Москву и Санкт-Петербург, где представлены РЕСО-МЕД и наши дочерние компании. Мы не делаем принципиального различия в подходах к сопровождению пациентов между столицами и другими городами. Вся работа ведется по единым стандартам независимо от субъекта федерации. Большинство контактов между страховой медицинской организацией и застрахованными происходит дистанционно через наш круглосуточный колл-центр.

ССТ: По Вашей практике, где чаще пациенты обращаются в страховую медицинскую организацию?

Ю. Д.: В Москве и Санкт-Петербурге знание своих прав и понимание системы оказания медицинской помощи застрахованными в целом выше. В регионах больше вопросов, связанных с доступностью медпомощи, там они стоят более остро.

Каким бы ни был вопрос, мы понимаем, что для клиента его обращение – самое важное и срочное. Поэтому оперативность в обработке запроса клиента стоит на первом плане. Кроме круглосуточного федерального номера 8-800, мы запустили короткий номер *208 для мобильных телефонов, позвонив по которому застрахованный получит бесплатную консультацию вне зависимости от своего сотового оператора. Существует строгий контроль за исполнением стандарта времени ожидания клиентом ответа: максимум 20 секунд.

В случае необходимости очной консультации или подачи письменной жалобы можно обратиться к нашим страховым представителям в лечебных учреждениях или в офисы защиты прав застрахованных, которые мы открываем дополнительно вне клиник.

Юрий Дёмин

Генеральный директор ООО «СМК РЕСО-Мед»

ССТ: С какими проблемами вы сталкиваетесь в регионах?

Ю. Д.: Сейчас основная проблема и одновременно задача, которая стоит перед всеми медицинскими страховщиками – предупреждение развития заболеваний, профилактика. Если раньше страховая экспертиза выполняла в основном функции контроля и выявляла нарушения при лечении пациентов постфактум, то теперь акцент сместился на превентивную диагностику.

Задача – добиться, чтобы застрахованные следили за своим здоровьем, своевременно проходили профилактические осмотры и диспансеризацию. Можно бесконечно долго улучшать качество медицинской помощи, но если человек не мотивирован заботиться о своем здоровье, то, скорее всего, он обратится, когда помочь будет или невозможно, или тяжело и дорого. Для большинства категорий заболеваний ранняя диагностика и своевременная терапия дают очень хороший результат. Это и онкология, и сахарный диабет, и заболевания сердечно-сосудистой системы. Когда у человека онкология на последней стадии

или развился тяжелый инсульт, поставить его на ноги практически невозможно.

Часто обсуждаются требования для медиков и страховых компаний, но редко – правила, которые должен соблюдать пациент. Задача страховых компаний – пытаться изменить менталитет российского пациента.

ССТ: Что для этого может сделать страховая компания?

Ю. Д.: Первое, что мы делаем – призываем человека пройти профилактический осмотр либо диспансеризацию: уведомляем индивидуально посредством СМС-оповещения или телефонного звонка. Не пришел – наш представитель напоминает и убеждает прийти в поликлинику. Когда необходимо диспансерное наблюдение, мы контролируем, чтобы пациент встал на учет, получил необходимые консультации врачей, с определенной периодичностью посещал узкого специалиста.

ССТ: Как можно организовать такое обслуживание в удаленных населенных пунктах?

Ю. Д.: Какими бы ни были маленькие фельдшерские пункты в поселках, государство выделяет им определенные денежные средства на профилактические осмотры и диспансеризацию. Работодатель выделяет сотрудникам один оплачиваемый рабочий день в году для диспансеризации, а лечебные учреждения стараются работать по профилактическим мероприятиям вечером и в выходные дни. Страховая медицинская организация приглашает застрахованных не наобум – в соответствии с графиком, согласованным с медучреждениями.

Сегодня практически все основные современные препараты для химио- и иммунной терапии, таргетные препараты входят в перечень жизненно необходимых лекарственных препаратов и предоставляются в рамках ОМС бесплатно.

ССТ: Давайте более подробно поговорим об онкологии – тема сложная...

Ю. Д.: Есть объективный рост числа онкологических заболеваний, что связано и с ростом внимания к проблеме, и с усилением факторов, приводящих к ним. Но еще раз подчеркну – большинство подобных заболеваний, выявленных на ранних стадиях, имеет хороший прогноз лечения.

Функция страховой компании – контроль за сроками лечения, правильностью применения схем химиотерапии и оперативным вмешательством. В этом году из государственного бюджета дополнительно выделены значительные суммы для лечения именно онкологии и на закупку самых современных препаратов. Сегодня практически все современные препараты для химио- и иммунной терапии, таргетные препараты входят в перечень жизненно необходимых лекарственных препаратов и предоставляются в рамках ОМС бесплатно.

Бывают случаи, когда диагноз знают ближайшие родственники и не хотят говорить пациенту о реальном положении дел. Современный, цивилизованный подход к онкологии заключается в том, что пациент должен быть вовлечен в лечение, понимать, какие процессы происходят, знать, как правильно себя вести – соблюдать режим питания, график обследований и так далее.

«РЕСО-Мед» проводит работу по формированию у сотрудников компании правильной модели поведения с онкологическими пациентами. Важную роль играет установление понимания и доверия с застрахованными, соблюдение определенных норм этики.

ССТ: Сейчас много говорят о том, что в первичном звене медицинской помощи не хватает специалистов. Помогает ли это

сделать общение пациента со своей страховой компанией регулярным?

Ю. Д.: Когда возникает проблема с получением медицинской помощи, пациенты часто обращаются куда угодно – на горячую линию Минздрава, в Росздравнадзор, Прокуратуру и даже Администрацию Президента, но только не в свою страховую компанию. Велика сила привычки, и, надо признать, пока и мы – страховые компании, и средства массовой информации уделяем этому вопросу недостаточно внимания.

Существует психологический парадокс: когда человек получает медицинскую помощь бесплатно по ОМС, он считает не очень корректным что-то требовать, а если по ДМС платит свои «живые» деньги – становится требовательным к качеству и объему услуг. Особенно это характерно для регионов. Поэтому важно, чтобы люди понимали: система ОМС тратит триллионы рублей на организацию медицинской помощи, у нас нет «бесплатной» медицины. Страховые компании – как раз тот участник системы, который четко знает, сколько стоят медицинские услуги и может финансово влиять на медучреждения в случаях некачественного их оказания.

ССТ: Если в поликлинике не хватает узких специалистов, может ли страховая компания повлиять, чтобы помощь оказали в другом месте?

Ю. Д.: Основной принцип функционирования системы ОМС – деньги следуют за пациентом. Если в поликлинике нет определенного узкого специалиста, то и лечебное учреждение не получит финансирование. Нет услуги – нет денег.

Право на медпомощь в определенные сроки – основа программы государственных гарантий. Не получилось получить услугу в поликлинике по месту прикрепления, обращайтесь в свою страховую медицинскую организацию. Она поможет найти решение.

Важное нововведение, по которому сейчас формируется нормативная база – это медиация или применение досудебного урегулирования претензий и споров между застрахованными и медицинскими учреждениями. На страховую компанию будут возложены функции третейского судьи при разрешении споров между лечебными учреждениями и пациентами. Это более гибкий инструмент, чем суд, он экономит время, деньги и эмоциональные силы застрахованного. А страховщик объективно может выступать непредвзятым медиатором – он обладает необходимым уровнем компетенции в медицине и праве, может привлечь узких специалистов и профильных экспертов.

Существует психологический парадокс: когда человек получает медицинскую помощь бесплатно по ОМС, он считает не очень корректным что-то требовать, а если по ДМС платит свои «живые» деньги – становится очень требовательным.

Сама по себе медиация позволяет страховщику выйти за достаточно узкие рамки экспертизы и штрафов, решение проблемы застрахованного становится комплексным. Такая досудебная процедура нужна не только и не столько пациентам, как самим медицинским организациям. Громкий иск против больницы, особенно увенчавшийся победой пострадавшего от лечения пациента, это конечно важный инфоповод и возможность в очередной раз муссировать популярную тему качества медицины. Но о каком улучшении этого качества может идти речь, если мы, страховщики, будем заниматься исключительно наказанием, а не совместным поиском решений в возникающих конфликтах. В конечном итоге медиация может послужить важной отправной точкой для позитивного изменения имиджа как страховщика, так и лечебного учреждения.