

Конфликты и консенсусы неизбежны

В редакцию «МВ» пришло письмо от главного врача сельской амбулатории одного из регионов Центра России. По понятным причинам автор попросил не называть его фамилию и место работы. В письме рассказывается о том, как приходится работать сельским медикам в условиях системы ОМС, какие трудности возникают при взаимоотношениях со страховыми компаниями. Решив представить вниманию читателей выдержки из письма, мы не могли не дать возможности высказаться другой стороне — страховщику, для чего обратились за комментариями к руководству одной из крупнейших страховых компаний России, уже около 20 лет работающей на рынке ОМС.

Из письма в редакцию...

...2014 год ознаменовался доведением до нас, врачей нашей ЦРБ и амбулатории, а также фельдшеров медпунктов, плана посещений, рассчитанного нашим территориальным ФОМС, как и прежде, исходя из 12 минут на прием. Госплана страны давно нет, а в здравоохранении «план по болезням» остался. И определяет его не Минздрав РФ, не территориальные органы власти, а ФОМС. При этом по-прежнему не учитывается специфика оказания амбулаторной медпомощи в сельской местности. У меня на комплексном терапевтическом участке 6 медицинских пунктов с расстоянием от амбулатории до них от 14,5 до 55 км, на поездки по участку и в ЦРБ я теряю в неделю около 10—12 часов. Посещения на дому по вызову занимают от 30 минут до 2-х часов, а иногда и больше. Такое игнорирование жизненных реалий неестественно и для меня ничем, кроме странной приверженности такой системе финансирования в ОМС, не объяснимо.

Никто в региональном управлении здравоохранения, в департаменте здравоохранения не подумал о том, что есть такие комплексные терапевтические участки, как у меня. Мне спустили план посещений в год — 6254 человека на 1,5 ставки и фельдшерам (ныне еще медсестрам) — 2671 посещение на один медпункт, таких пунктов, как я указал выше, на моем участке 6, т.е. 2671 умножим на 6, получим 16 026 посещений в год. Вместе

с планом посещения «моих» пациентов это составит 22 280 посещений на 1769 человек взрослого населения нашего участка, т.е. запланировано более 12 посещений на одного жителя в год в сельской местности! Можно ли такое решение считать продуманным?!

Неужели неясно, что каждая больница должна быть фондодержателем и иметь возможность платить по всем предъявляемым ей счетам, а не быть постоянно в роли попрошайки перед СМО, ТФОМС, управлением департамента? Неважно, будет ли это по смете (ее все равно составлять нужно) или по душевому финансированию, если без СМО не обойтись (государство проявляет отеческую заботу о финансовом благополучии частных страховых медорганизаций, их благополучии, основанном на штрафах, обеспечивая стабильную прокачку-фильтрацию огромного количества денег). СМО представляют нам как защитников интересов пациентов, контролирующих качество лечения, пусть они проверяют медицинскую документацию, предъявляют штрафы, но при этом в больницах останутся огромные суммы, изымаемые сейчас СМО за технические ошибки (отсутствие точек, запятых, неправильность в указании каких-либо цифр и т.д.), не имеющие отношения к лечебной работе.

Передайте наконец деньги для оказания медпомощи населению больницам! Разве прямое полноценное финан-

сирование наших больниц не обеспечит конституционное право каждого гражданина на получение бесплатной медпомощи в рамках программы госгарантий, но без СМО, оттягивающих на себя немалые деньги?

Медицинское страхование у нас до настоящего времени — больная тема. Сторонники ОМС уверяют, что страхование мотивирует население на заботливое отношение к своему здоровью (не вижу здесь никакой связи), и постоянно предлагают куда-то и как-то дальше развивать медстрахование. Но нужно ли оно вообще? Тем более в местности с низкой плотностью населения, в сельской местности, и в таком виде, как оно функционирует сейчас?

P.S. Убогость большинства ФАПов, амбулаторий, ЦРБ в сельской местности, в которых оказывают населению медпомощь не один десяток и более лет, не сравнить с внешним видом и внутренним оснащением офисов СМО. Там стеклянные двери на фотоэлементах, стеклянные перегородки между комнатами с жалюзи, современная новая офисная мебель, кресла, обитые натуральной кожей, компьютер на каждом столе, телефон... Почему, призванные обеспечить высокий уровень оказания медпомощи населению, они обеспечили лишь высокий уровень своего существования, никак не повлияв в лучшую сторону на жизнь лечебных учреждений?..

А.А. СТАРЧЕНКО,

заместитель генерального директора ООО «Росгосстрах-Медицина», доктор медицинских наук, профессор

С точки зрения закона

Комментируя письмо в редакцию, хотелось бы осветить поднимаемую проблему с точки зрения законодательства об ОМС.

СМО — защитник законных интересов и прав застрахованных лиц, что является правовой базой конфликта с медицинскими организациями.

Заявление об исключительности 2014 года с точки зрения доведения плана посещений для медицинской организации (МО) — литературная гипербола респондента. Определение объемов оказываемой медицинской помощи — важнейшая функция органа управления здравоохранением любой территории, будь то субъект Федерации, район или город. Программой госгарантий на 2014 год определены формы оплаты медицинской помощи, оказанной в амбулаторных условиях:

- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц;
- за единицу объема медицинской помощи;
- по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц с учетом расходов на медицинскую помощь, оказываемую в иных МО.

Таким образом, в соответствии с законом главному врачу следует обратиться в территориальную комиссию по разработке территориальной программы ОМС с предложением о выбранной им форме оплаты.

Относительно риторического вопроса о фигуре, управляющей здравоохранением в лице ФОМС, я бы обратил внимание на важнейший принцип управления: владение информацией. ФОМС в настоящее время через территориальные фонды аккумулирует все статистические данные об объемах оказанной медицинской помощи в России в

профильных кодах и объем финансирования в бюджете ТФОМС.

В настоящее время имеется объемная судебная арбитражная практика, закрепившая в судебных постановлениях правило, обязывающее СМО и ТФОМС оплачивать медицинскую помощь, оказанную сверх объемов. Застрельщиками этих процессов стали в России частные медицинские организации, которые оказывают медицинскую помощь, не обращая внимания на утвержденные для них комиссией субъекта Федерации объемы, превышают их и затем по постановлению

И именно собственнику — органу управления здравоохранением, а не СМО, врачи должны адресовать свои жалобы на недоучет временного параметра и территориальной разобщенности подразделений его медицинской организации. Каждый субъект контроля из названных действует в рамках данных ему полномочий.

Роспотребнадзор систематически контролирует санитарное состояние МО. Росздравнадзором переданы полномочия по контролю и надзору за МО и их лицензированию местным органам управления здравоохранением. Полиция, прокуратура и суд, как правило, защищают интересы государства от должностных преступлений, коррупции и взяточничества, причинения смерти и тяжкого вреда здоровью, халатности.

Только СМО в этом списке защищает права пациента на получение своевременной медицинской помощи надлежащего качества, осуществляя ежемесячные контрольные мероприятия, что фактически представляет собой экспертное давление на ЛПУ с целью выдавливания из него по каплям способности к совершению врачебных ошибок и тиражированию дефектов оказания медицинской помощи.

В соответствии с принятой «дорожной картой» орган управления здравоохранением субъекта РФ, а не СМО, должен внедрить «эффективный контракт», по которому уровень заработной платы напрямую увязывается с качеством оказанной медицинской помощи.

На сетование врачей о «предложении развивать медицинское страхование» и на вопрос о его необходимости я бы ответил, что медицинское страхование необходимо не медицинским организациям, а гражданам -пациентам

предыдущие годы. Исходя из анализа этих данных ФОМС и устанавливает, как пишет респондент, «план болезней».

Еще в СССР, при упомянутом Госплане, планирование объемов медицинской помощи также осуществлялось для того, чтобы определить число медицинских работников в штате. В настоящее время планирование объемов медицинской помощи на всех уровнях необходимо для того же: определить число необходимых медработников, число

арбитражного суда взыскивают с ТФОМС и СМО. В этом заключается важнейший стимул вхождения частных МО в систему ОМС — перетягивание на себя финансового одеяла системы ОМС, оголяя счета государственных МО.

Необходимо заметить, что органы управления здравоохранением являются начальником и собственником государственных МО региона, именно они обязаны решать их проблемы с объемами медицинской помощи.

Из двух бед

Лично мне не ясен тезис о том, что «каждая больница должна быть фондодержателем и иметь возможность платить по всем предъявляемым ей счетам, а не быть постоянно в роли попрошайки перед СМО, ТФОМС, управлением департамента».

Чтобы стать полноценным фондодержателем средств за прикрепленное население, надо иметь:

— безупречную медицинскую профессиональную репутацию, основанную на исчерпывающих знаниях порядков, стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, обычаев делового оборота и обычно предъявляемых требований в здравоохранении для того, чтобы убедительно доказать свою правоту в суде с другими ЛПУ, которые будут требовать оплаты от фондодержателя за оказанную помощь прикрепленным к нему пациентам. Особенно интересно послушать, как будет оправдывать свою позицию рядовой врач поликлинического учреждения перед главным клиническим специалистом субъекта РФ, помощь которого фондодержатель (поликлиника) не оплатил;

— ответственность перед пациентом, который не получит своевременную помощь в другом ЛПУ ввиду того, что его туда не направил фондодержатель;

— набор самого современного медицинского оборудования, полное кадровое обеспечение с целью минимизации отрыва выделенных фондодержателю денег на финансирование консультаций и дополнительных исследований в сторонних МО.

С моей точки зрения потребителя медицинской помощи — пациента, оплата медицинской помощи по подушевому нормативу лишает меня возможности своевременного и быстрого лабораторного и инструментального исследования, а также консультаций узких специалистов. Дело в том, что при оплате за посещение или медицинскую

данам их материального и морального вреда, причиненного хамством, невежеством, халатностью, ненадлежащим качеством медицинской помощи, и чем больше будут объемы судебных материальных компенсаций пациенту, тем больше недовольства будет возникать у руководства ЛПУ. Да, это — определенный антагонизм и конфликт. Но при желании ЛПУ повысить качество медпомощи консенсус с СМО возможен. Правовой базой такого консенсуса является акт экспертизы, в котором указаны причины дефектов медицинской помощи. Искоренение причин — путь к снижению объема предъявляемых санкций.

СМО создана не для повышения комфортности ЛПУ, а для повышения степени защищенности пациента при оказании ему медицинской помощи. Именно поэтому, чтобы создать комфорт застрахованному лицу при его посещении страховой компании, СМО тратят деньги на двери с фотоэлементами, кулеры, кресла и т.д. Чтобы гражданин со стороны страховщика чувствовал к себе уважение, повысилась его самооценка и упрочилось высокое достоинство налогоплательщика, на деньги которого ему и предоставлен этот необходимый и достаточный уровень комфорта! Кроме застрахованных граждан в офис СМО приходят и врачи-эксперты, работающие в практическом здравоохранении с целью заключения договора, проведения экспертных действий, повышения квалификации и консультаций, а в ряде случаев и для проведения научно-практической работы, которую мы всемерно поддерживаем. СМО с глубоким уважением относятся к своим нештатным экспертам, которые самоотверженно бросаются в пучину экспертных конфликтов, отстаивают свое экспертное мнение, основанное на высочайшем профессионализме, с единственной целью — повысить качество медицинской помощи через выявление и искоренение ее дефектов!

СМО создана не для повышения комфортности ЛПУ, а для повышения степени защищенности пациента при оказании ему медицинской помощи

услугу моя СМО платит МО за реально оказанную мне услугу. Конечно, приписки в услугах — это существенный недостаток такой формы оплаты, и вроде бы в случае оплаты по подушевому нормативу в приписках нет необходимости. Но для меня эта ситуация потенциально опаснее предыдущей. В первом случае ЛПУ заинтересовано провести консультации специалиста, лабораторное и инструментальное обследование, т.к. получит за это возмещение от СМО, пусть даже с приписками. Но при этом мое заболевание все же остается под их контролем, а ущерб нанесен государственным интересам и финансам. При форме оплаты по подушевому нормативу «вперед и оптом» никто не сможет заставить врача направить меня на обследование и консультацию к узкому специалисту, т.к. деньги уже получены ЛПУ-фондодержателем, зачем же ему их тратить на меня? Понудить ЛПУ направить меня на консультации и обследование могут только огромные штрафы со стороны СМО. Но это еще меньше понравится руководству ЛПУ.

Не для ЛПУ, а для пациента

На сетование врачей о «предложении развивать медицинское страхование» и на вопрос о его необходимости я бы ответил, что медицинское страхование необходимо не медицинским организациям, а гражданам-пациентам. И чем активнее, эффективнее и больше СМО будут защищать интересы граждан-пациентов, чем больше они будут через суд способствовать возмещению гражд-

Не уверен, что российские врачи стали бы меньше критиковать СМО, если бы в офисах страховщиков царил развал и беспорядок. Неужели бы медицинские работники в этом случае не обвинили СМО в неэффективном расходовании полагающихся ей средств, неуважении к сотрудникам и посетителям?

Мы уважаем и ценим своих клиентов и тратим много усилий для повышения качества их обслуживания. Экспертной группой специалистов компании «Росгосстрах-Медицина» разработан и введен в действие «Стандарт организации работы пункта выдачи полисов ОМС», единый для всех работающих подразделений СМО. В нем регламентированы многие важные аспекты деятельности обслуживающих подразделений компании: место расположения с точки зрения максимальной доступности для граждан, оснащение рабочих мест специалистов, оформление места ожидания посетителей, наличие и ассортимент информационных материалов и нормативных документов, регламентирующих вопросы бесплатного оказания медицинской помощи в рамках программы госгарантий.

Диалектика взаимоотношений между страховой компанией и МО строится на фундаменте единого потребителя страховых и медицинских услуг — пациента. Поэтому призываем медицинское сообщество к конструктивному диалогу и консенсусу во благо нашего общего пациента.



XII научно-практическая конференция ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ В СТАЦИОНАРАХ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ, ПРОФИЛАКТИКА, ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕНИЙ Тематическая выставочная экспозиция

2 – 3 АПРЕЛЯ
2014 ГОДА

Приглашаем принять участие в работе XII Научно-практической конференции «Внутрибольничные инфекции в стационарах различного профиля, профилактика, лечение осложнений», которая проводится 2 - 3 апреля 2014 года, в Малом конференц-зале Здания Правительства Москвы. Время проведения: 9.00-18.00. Конференция проводится в рамках направления «Внедрение новых медицинских технологий, методик лечения и профилактики заболеваний в практическое здравоохранение города Москвы и Московского региона».

Конференция проводится под патронатом:

Правительства Москвы, Департамента здравоохранения города Москвы

Организатор:

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»

Цель конференции:

Информирование специалистов отрасли о состоянии проблемы с внутрибольничными инфекциями в стационарах мегаполиса, о современных методах профилактики и борьбы с внутрибольничными инфекциями, внедрение современных медицинских технологий в клиническую практику.

Основные тематические направления конференции:

Эпидемиология и профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в мире, Российской Федерации, в городе Москве на современном этапе; Организация санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в части контроля за инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи на всех уровнях оказания медицинской помощи, в том числе и в условиях модернизации здравоохранения. Гигиеническая компонента. Новые подходы. Требования к организации этих мероприятий в операционных, отделениях анестезиологии и реанимации и других отделениях групп риска; Методы и технологии в диагностике и лечении пациентов по всем направлениям оказания медицинской помощи в части профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи; Эпидемиологическая безопасность; Взаимодействие систем обязательного медицинского страхования и системы выявления учета и регистрации ИСМП; Эпидемиологическая диагностика ИСМП; Мониторинг возбудителей ИСМП, циркулирующих в медицинских организациях; современные методы их диагностики; Лекарственная устойчивость возбудителей ИСМП; Внедрение современных достижений дезинфектологии в части дезинфекции и стерилизации в медицинских организациях; Безопасность воздушной среды; Безопасность медицинских изделий, дезинфицирующих препаратов, кожных антисептиков; Взаимодействие и ответственность медицинской организации и производителя; Защита медицинского персонала от ИСМП; Гигиена рук медицинского персонала; Организация биологической безопасности при обращении с медицинскими отходами; Аутсорсинг в организациях, осуществляющих медицинскую помощь. Обеспечение биологической безопасности при введении этой технологии в деятельность медицинской организации: экономические аспекты в проблеме ИСМП.

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция производителей и дистрибьюторов.

Адрес:

г. Москва, ул. Новый Арбат, д. 36/9 (Проезд до ст. метро Краснопресненская, Смоленская (Филевской линии), Арбатская (Арбатско-Покровской линии)).

Время проведения:

2 – 3 апреля 2014 г. с 9.00 до 18.00 (Посещение бесплатное, вход по пригласительным билетам).

Приглашаем Вас принять участие в работе конференции и выставки.

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»:

127055, Москва, ул. Сушевская, д. 25, корп. 1

Т/ф 8 (495) 797-62-92, 8 (499) 750-07-27 (многоканальные)

E-mail: info@imfd.ru, www.imfd.ru



2-й Международный Образовательный Форум

Российские Дни Сердца

4–6 июня, 2014

Санкт-Петербург

Холидей Инн Санкт-Петербург Московские Ворота
Московский пр., д. 97а (ст. метро «Московские ворота»)

- ♥ Диабет и сердечно-сосудистые заболевания
- ♥ Противодиабетические средства и сердечно-сосудистая система
- ♥ Инфаркт миокарда
- ♥ Ресинхронизирующая терапия
- ♥ Артериальная гипертензия
- ♥ Клапанные пороки сердца
- ♥ Хроническая ИБС

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ НАУЧНОГО КОМИТЕТА

Michel Komajda, Франция / Евгений Шляхто, Россия

ЧЛЕНЫ НАУЧНОГО КОМИТЕТА:

Michael Böhm, Германия / John Samm, Великобритания

Альберт Галевич, Россия / Юрий Карпов, Россия

Александра Конради, Россия

ОРГАНИЗАТОРЫ:

Российское кардиологическое общество / Конгресс-оператор МЕДИ Экспо

www.scardio.ru

МЭ МЕДИ Экспо



Тел.: +7 (495) 721 88 66

E-mail: expo@mediexpo.ru, www.mediexpo.ru

16+

Реклама