

25.03.2018 19:38

К врачу со страховым полисом

Вот уже четверть века пациенты медучреждений в нашей стране выбирают лечение по системе ОМС

Текст: Виктория Ельник

Российская газета - Федеральный выпуск №7525 (62)

Страховая медицина успешно развивается уже во многих странах и доказала свою пользу для пациента. Система обязательного медицинского страхования (ОМС) в нашей стране отмечает свое 25-летие в этом году. Система продолжает развиваться и совершенствоваться. Однако, несмотря на ее доказанную многолетнюю эффективность, вокруг нее остается еще немало дискуссий.

Так, в адрес страхового сообщества нередко раздаются замечания в неэффективности использования средств в системе ОМС. Из наиболее частых: дескать, страховые компании нерационально расходуют средства, предназначенные для оплаты медицинских услуг, зато процветают чиновники ОМС, получая большие доходы за счет начисления штрафов, налагаемых за действия врачей, в т.ч. за "плохой почерк".

“

Как показал опрос, 89% россиян обращались за медицинской помощью по полису ОМС, при этом 53% - в течение последнего года

Однако достаточно обратиться к официальной статистике, чтобы понять, как обстоит дело. По данным Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС), в 2016 г. доля средств, направленных на формирование страховыми медицинскими организациями (СМО) собственных средств, составила 1,05% от общей суммы средств на оплату медицинской помощи, что является нижней границей установленного законодательством коридора в 1-2%. Доля собственных же средств страховых компаний, сформированная по результатам штрафов, - в 50 раз меньше.

При детальном анализе и другие картины выглядят по-иному. За понятием недобросовестная работа, например, скрывается ряд серьезных дефектов оформления первичной медицинской документации в медицинских организациях.

К ним относятся также отсутствие документального подтверждения объема, сроков и условий оказанной медицинской помощи; непредоставление первичной медицинской документации, подтверждающей факт оказания медицинской помощи; наличие признаков искажения сведений (дописки, исправления, "вклейки" в медицинские карты).

Некорректное оформление документов зачастую в принципе не позволяет оценить качество оказания медицинской помощи пациенту, включая динамику его состояния, объем и условия предоставления лечения. По сути, львиная доля таких дефектов означает, что к оплате за счет государственных целевых средств предъявлялась фактически не оказанная медицинская помощь.

Не здесь ли источник разночтений в оценке работы страховщиков?

Медуслуги под контролем

Система ОМС охватывает подавляющую часть населения нашей страны. Поэтому было бы целесообразно обсуждать ее будущее и оценивать текущую эффективность с учетом мнения самих граждан.

В ноябре 2017 года ВЦИОМ представил результаты опроса россиян с оценкой системы ОМС и российского здравоохранения в целом. В первую очередь исследование показало высокую востребованность среди населения услуг, предоставляемых в системе ОМС.

Как продемонстрировал опрос, 89% россиян обращались за медицинской помощью по полису ОМС, при этом 53% - в течение последнего года.

Также россияне поддержали старт работы института страховых представителей - масштабного проекта Минздрава России, ФФОМС и страховых компаний, направленного на повышение уровня информированности граждан об их возможностях в системе ОМС и, как следствие, повышение качества оказания медицинских услуг. Работу страховых представителей положительно оценили 73% граждан.

Дееспособной систему, при которой именно страховая компания, выдавшая полис ОМС, защищает права пациентов, назвали 82% опрошенных россиян. При этом четверть граждан (25%) отметили значимую роль в улучшении качества медицинских услуг организаций, независимых от медицинских учреждений.

С заботой о пациенте

Эксперты и население сходятся во мнении, что у системы ОМС есть немалые достижения в настоящем и целый ряд задач на будущее по созданию такой системы здравоохранения в нашей стране, в центре которой будут потребности именно пациента.

Это позволяет прояснить еще один аспект дискуссии - о необходимости возврата к "советской" бюджетной системе здравоохранения, что, вопреки многим заявлениям, идет в разрез с мнением российского и международного медицинского сообществ и задач, сформулированных руководством нашей страны о создании и развитии страховых принципов российского здравоохранения.

В 2018 году предусмотрено значительное увеличение расходов на медицинскую помощь за счет средств системы ОМС - прирост составит 333 млрд рублей (увеличение на 21,5 процента). Это даст возможность обеспечить граждан качественной и доступной медицинской помощью.

Не вызывает сомнения то, что страховую систему нужно совершенствовать. Но необходимо также учитывать тот позитивный путь, который она прошла за последние годы.

Эксперты о системе ОМС

Юрий Жулев, сопредседатель Всероссийского союза пациентских организаций:

- Споры о сохранении или отказе от текущей страховой модели не утихают с начала работы системы ОМС в нашей стране. Опасения, которые были в начале ее работы, во многом либо уже прошли, либо не оправдались.

Сегодня есть немало возможностей для лечения пациентов в системе ОМС, в т.ч. с хроническими заболеваниями, и это хорошо. Но главное, на что я бы хотел обратить внимание: страховая медицина предполагает создание и содействие развитию конкуренции между медицинскими учреждениями за потоки пациентов. Это позволяет нам сделать еще один шаг на пути создания пациентоориентированной медицины, о чем неоднократно говорило руководство нашей страны.

Андрей Решетников, академик РАН:

- Сегодня неинституционально перенесена ответственность с медицинских организаций за качество медицинской помощи на страховщиков, которые сами медицинские услуги не оказывают и поэтому не могут напрямую влиять на их качество. Вместе с тем в реальной жизни существуют риски отказа в оказании медицинской помощи, замена бесплатных на платные медицинские услуги, нанесение ущерба пациенту при оказании медицинской помощи, отказ в бесплатных лекарствах при лечении в стационаре, финансовые издержки при судебных процессах, навязывание ненужных (в том числе платных) медицинских услуг и многие другие. Повседневное решение этих проблем пациента и обосновывает участие страховых медицинских организаций в системе обязательного медицинского страхования. Для того чтобы страховые медицинские организации работали более эффективно, необходимо утвердить экономическую основу страхования.