

Одной из тем для дискуссий на Санкт-Петербургском экономическом форуме стало нынешнее состояние и будущие перспективы российской системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Чиновники и представители страхового медицинского сообщества сошлись во мнении, что ее изменения неизбежны, однако объем этих трансформаций пока неизвестен и может, по различным оценкам, варьироваться от модификаций отдельных элементов до перестройки всей системы в целом.

Правительству и экспертному сообществу необходимо обсудить пять возможных изменений в системе ОМС в России. Об этом в ходе ПМЭФ заявила вице-премьер РФ Татьяна Голикова. В первую очередь, сообщает ТАСС, по ее мнению, страховые представители должны не только информировать пациентов о возможности пройти диспансеризацию, но и отслеживать этот процесс и в случае выявления проблем настоятельно рекомендовать гражданам дополнительное обращение к врачам.

«Второе — тема нашей онкологии. Правительством уже принято решение, что с 2020 года предполагается поощрение врачей, если они выявили онкобольного, но не просто выявили: диагноз должен быть подтвержден онкологической службой. Роль страховой медорганизации имеет значение с точки зрения индивидуального сопровождения пациента. Эта смычка очень важна»,— заявила Татьяна Голикова. Напомним, снижение смертности и заболеваемости раком объявлено одним из приоритетов нацпроекта «Здравоохранение». На эти цели в нем до 2024 года зарезервировано 969 млрд руб. Новые подходы к лечению онкологических пациентов определят в региональных программах, которые Минздрав окончательно утвердит к 1 июля текущего года. По данным “Ъ”, в большинстве регионов программы будут включать в себя не только профилактику и лечение онкологических заболеваний, но и информатизацию системы медпомощи, создание в больницах паллиативных отделений, а также реабилитацию получивших лечение (подробнее см. “Ъ” от 30 мая).

Также вице-премьер предложила обсудить такую функцию страховых представителей, как отслеживание профильной госпитализации пациентов, чтобы люди с диагнозом попадали именно в то медучреждение, в котором им смогут оказать квалифицированную помощь. «В противном случае страховые медицинские компании должны оказывать пациентам содействие по переводу в другие учреждения или вызвать бригаду специалистов из другого населенного пункта. Сейчас законодательно разрешено создавать "узкопрофильные койки", если этого требует сложившаяся ситуация»,— добавила вице-премьер.

Четвертый пункт, по словам Татьяны Голиковой,— это повышение доступности

первичной медико-санитарной помощи, расширение программ диспансеризации и онкоскрининга, которые теперь введены в программу диспансеризации. «Нужно устранить очереди. Также требуется поменять подходы при формировании региональных программ госгарантий в ОМС»,— заявила она. В завершение Татьяна Голикова сообщила, что в настоящее время наметилась положительная тенденция к сокращению дефицитности в финансировании региональной части ОМС: она составляет 51 млрд руб. «Однако ряд регионов берет на себя обязательство выполнять объемы и программы госгарантий, но не выполняет, и это большой вопрос»,— подытожила зампред правительства.

Татьяна Голикова также положительно высказалась о динамике частных инвестиций в российское здравоохранение. «Потому что в 2010 году была создана понятная система тарификации медицинских услуг. К ней долго адаптировались, но она заработала. Если в 2014 году у нас было всего 1,7 тыс. организаций частного бизнеса, которые работали в здравоохранении, сейчас же за 2018 год их 3,029 тыс.»,— сказала Татьяна Голикова. Она отметила, что для вложения бизнесом средств и в другие отрасли необходимо открывать соответствующие институты, которые будут создавать и объяснять «правила игры».

Со своей стороны дополнение к работе страховых медицинских организаций предложил и ЦБ. Так, зампред Банка России Владимир Чистюхин предложил создать информационный портал или ресурс с экспертными заключениями страховых компаний по выявленным нарушениям государственных медучреждений. По его словам, это могло бы улучшить контроль качества оказания услуг в этой сфере. Таким образом, страховые представители могли бы концентрироваться не только на том, оказана или нет услуга медицинскими учреждениями, как это происходит сейчас, но также и на том, насколько качественную помощь получил пациент в рамках ОМС.

«Как сегодня выстраивается система: например, составлено экспертное заключение о каком-то нарушении, взыскивается штраф и далее никакой превентивной меры не осуществляется. Мы не знаем, медучреждение приняло это к сведению или нет, исправило свою систему или не исправило. Было бы очень правильно, если бы был создан информационной портал, через который эта информация с экспертными заключениями передавалась бы в контрольные органы в области здравоохранения»,— отметил Владимир Чистюхин.

Он также сообщил, что вскоре, возможно, в правительство будет внесен проект документа о создании единой государственной информационной системы здравоохранения, которая нужна для обмена информацией между медицинскими учреждениями, контрольными органами и страховыми организациями. Также господин Чистюхин добавил, что поддерживает предоставление права страховым медицинским организациям доступа к врачебной тайне при согласии самого пациента. Хотя эта идея не нашла поддержки в Министерстве здравоохранения, ЦБ считает, что получение такой информации позволило бы страховым медорганизациям быть уверенными в ее подлинности при заключении договоров ОМС и ДМС, а также более быстро и полно выполнять свои обязательства перед пациентами.

Напомним, в целом за 2018 год страховщики системы ОМС получили от пациентов 32 тыс. жалоб на качество оказания услуг (на онкологию приходится значительная их часть), из которых обоснованными были признаны 16,6 тыс. Основные жалобы — взимание денежных средств за медпомощь (29%), плохая организация работы больниц и

поликлиник (22%), отказ в оказании медпомощи по программе ОМС (6%).
Минздрав, впрочем, считает, что пока конфликты граждан и страховых организаций могут быть разрешены внутри самих этих организаций. «Мы до 2024 года обязуем каждую страховую медицинскую организацию иметь свои офисы во всех регионах страны, офисы, где будут работать специалисты фактически по медиации, то есть по устранению конфликтов в досудебном порядке. Туда можно обратиться, и эти люди фактически будут сопровождать оказание медицинской помощи, на все вопросы найдут ответы и проблемы разрешат»,— сказала глава Минздрава России Вероника Скворцова в эфире телеканала «Россия 24» в четверг. По ее словам, пилотный проект по открытию таких офисов стартует со следующего года, к нему подключатся 34 региона России.
«Мы хотим право каждого человека на защиту здоровья оцифровать. Защитниками этого права являются страховые компании. Это очень важно»,— сказал Вероника Скворцова.
Более радикальный вариант урегулирования конфликтов пациентов и медучреждений предложил главный уполномоченный по правам потребителей финансовых услуг Юрий Воронин. «Совместив принципы социального и коммерческого страхования на новых основаниях, можно усилить роль страховых медорганизаций, их ответственность, повысить качество системы регулирования в системе предоставления медпомощи гражданам страны»,— убежден он. «В настоящее время споры потребителей по ОМС по закону изъяты из сферы деятельности работы финуполномоченного. Если развитие ОМС пойдет по пути усиления коммерческой составляющей, если будет повышаться роль медстраховщиков в системе, имеет смысл распространить порядок досудебного регулирования на споры в ОМС»,— отметил он.
Изменение порядка разрешения споров в системе ОМС неизбежно, по оценке Юрия Воронина, так как в целом в стране происходят процессы, трансформирующие соцстрахование, и скоро — лет через 10–15 — здесь будет работать другая, модифицированная система. «Фонды соцстрахования не будут оплачивать медуслуги, оказанные населению, как это происходит сегодня, а будут оплачивать покупку этой индивидуальной страховки человеком. Если оказание медицинской помощи будет передано страховым медорганизациям на коммерческой основе с правом индивидуального определения тарифа для каждого пациента, следует понимать, что у людей может не хватать средств на покупку такого полиса. Здесь и возникает соединение обязательного страхования с соцстрахованием, но оно играет иную роль. У нас смешанная модель в ОМС, страховая и бюджетная части соединены в одной системе. В экспертном сообществе постоянно идут дискуссии, правильно ли эта система в РФ организована, надо ли усиливать коммерческую составляющую. Следует понимать, что просто взять отдельные элементы социального страхования и коммерческого, соединить, чтобы создать органическую структуру, не получится»,— считает Юрий Воронин.

Коммерсантъ, 12.06.19