

Активность — путь к здоровью

Дмитрий Енцов

С конца мая вступили в силу новые правила обязательного медицинского страхования

Новые правила ОМС, указанные в приказе Минздрава России №108н от 28 февраля 2019 года «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования», направлены на более тщательное соблюдение прав пациентов. Они включают в себя контроль за соблюдением прав застрахованных, совершенствование взаимодействия территориального фонда ОМС, страховых организаций и лечебных учреждений.

На страховщиков возлагается обязанность осуществлять досудебную защиту прав застрахованного лица, а на медучреждения — обязанность предоставлять рабочие места для страховых представителей второго и третьего уровней. Подробнее о нововведениях представители минздрава и страховых компаний рассказали на состоявшейся в Москве конференции «ОМС: права и возможности российских пациентов».

Контроль, штрафы и полис-карточка

Фактически правила направлены на обеспечение контроля, они позволяют отследить все этапы лечения пациентов и принять меры для устранения недостатков во всём процессе, а не постфактум. Всё это должно повысить качество медицинских услуг и снизить риск смерти или ухудшения здоровья пациентов.

Новые правила предусматривают контроль за диспансерным наблюдением пациентов со стороны страховщиков, создаётся база данных о диспансерном учёте каждого застрахованного, находящегося под наблюдением, благодаря которой можно информировать пациента, например, о дате очередного приёма, консультации, обследования, предварительно согласовав всё с медицинской организацией.

Регламентируется и работа страховых представителей в медицинской организации. Теперь медучреждения обязаны предоставлять место для работы страховых представителей второго и третьего уровней. Таким образом, пациенты смогут получить консультацию о своих правах прямо «на месте», а страховой представитель обязан помочь оперативно разрешить возможный конфликт и про-

вести полный правовой ликбез для пациента.

Помимо этого, увеличивается количество представителей. Если раньше они были двух уровней (просто специалист и специалист контакт-центра), то теперь обязательными станут специалисты-эксперты, то есть представители третьего уровня. На них возлагается функция контроля качества медпомощи, предоставляемой пациентам со злокачественными новообразованиями. Например, они должны контролировать своевременность предоставления помощи, соответствие стадии онкозаболевания выбранному медорганизацией методу лечения, степень достижения запланированного результата при проведении химиотерапии и обеспечивать информационное сопровождение застрахованных лиц.

По словам вице-президента Всероссийского союза страховщиков (ВСС) Дмитрия Кузнецова, уже сейчас в России работают более 11 тыс. страховых представителей.

«Страховой представитель должен на пальцах объяснить всё пациенту», — резюмировала цели деятельности страховых представителей член комитета Госдумы по охране здоровья Тамара Фролова.

Здесь одно из ключевых нововведений (активное внедрение его началось ещё в прошлом году) — это обустройство так называемых точек контакта, то есть установка телефонных аппаратов страховых компаний в медицинских организациях для прямой связи застрахованных граждан со страховыми компаниями.

По планам на этот год Пермский край должен войти в топ-3 регионов по количеству точек контакта. Как уточнил Дмитрий Кузнецов, их в регионе должно быть оборудовано 147, больше только в Московской области и Санкт-Петербурге.



Ещё одно крупное нововведение, вытекающее из предыдущего, — штрафные санкции к медучреждениям со стороны фонда ОМС и минздрава, касающиеся фармакотерапии. Например, если пациенту назначили давно известную схему химиотерапии вместо

желательно проходить раз в три года, в возрасте от 40 до 65 лет — ежегодно. То есть по плану к 2024 году 70% населения России (ориентировочно 102 млн человек) должны пройти медосмотры.

Помимо этого, медицинским организациям вменяется в обязанность ведение

Плюс в том, что теперь полис можно всегда брать с собой без опасения его испортить, минус — пока далеко не все поликлиники имеют технологическую возможность работать с пластиковыми полисами.

Заявление о получении полиса можно будет подать

Пациентов обязаны информировать о перечне оказанных услуг и их стоимости, и всё это должно осуществляться в электронном виде по запросу через ЕПГМУ

генетических исследований и таргетного препарата, предусматривается санкция в размере 90% стоимости медицинской помощи. Усиление штрафных санкций в первую очередь нацелено на стимулирование генетических исследований и таргетной терапии, на которые выделяются довольно большие средства. Это связано с тем, что борьбу с онкологией в стране объявили одной из важнейших национальных задач на ближайшие годы.

Нововведения касаются и упорядочения подачи заявлений о выборе или смене страховой компании. В частности, пациент может вместо привычного бумажного полиса получить его в виде пластиковой карты.

через официальный сайт территориального фонда ОМС при наличии электронно-цифровой подписи или через Единый портал государственных и муниципальных услуг (ЕПГМУ). Посредством его также можно менять страховую медкомпанию.

Ставка на активность граждан

По новым правилам страховые представители должны стимулировать граждан пройти диспансеризацию и помогать им в этом. Так, по данным ВСС, по итогам прошлого года более 9 млн граждан поставили на диспансерное наблюдение, а за шесть месяцев текущего года уже 6,5 млн прошли диспансеризацию.

Страховые представители теперь будут обязаны работать с обращениями граждан, информировать их и сопровождать. Также в обязанности входит подготовка предложений для медучреждений о прохождении пациентами диспансеризации.

Таким образом, если ранее граждане, состоявшие на диспансерном наблюдении по итогам диспансеризации, информировались о необходимости пройти осмотр, консультации, различные процедуры по инициативе страховой медицинской организации, то теперь эта обязанность закрепляется за страховой медкомпанией уже в правилах.

Планы, связанные с диспансеризацией, просто «наполеоновские». Гражданам в возрасте от 18 до 39 лет её

Единого реестра планируемых госпитализаций в разрезе профилей. Исходя из этого поликлиниками будут распределяться объёмы медицинской помощи. СМО (страховая медицинская организация) ежедневно будет вести учёт состоявшихся и несостоявшихся госпитализаций, в том числе при получении высокотехнологичной медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения будут раз в сутки направлять в СМО сведения о пациентах, направленных на плановую госпитализацию, а стационары — списки госпитализированных. Если по каким-то причинам пациент не находится в стационаре, страховые представители должны связаться с ним, выяснять причины и помогать.

Немаловажно и то, что пациентов обязаны информировать о перечне оказанных услуг и их стоимости, и всё это должно осуществляться в электронном виде по запросу через ЕПГМУ.

Если СМО исключается из реестра медицинских организаций, то территориальный фонд должен указать причину. Новыми правилами также предусмотрено усиление санкций к медучреждениям за непредоставление медицинской документации и за искажение информации в реестрах счетов. Также увеличивается ответственность медорганизаций за назначение нерациональной фармакотерапии.

Практически все участники конференции отметили главный негативный момент,

с которым все стороны борются ежедневно, но пока не видно «коренного перелома», — пассивность граждан.

Как бы страховые организации ни стимулировали пациентов, они зачастую не проявляют должной активности. Например, даже в случае явных ошибок врачей и неправильного лечения пациент, как правило, отмалчивается. Да и в случае сомнений не жалуется, думая: «И так всё пройдёт».

Однако Пермский край не так уж и плохо выглядит в общероссийской статистике. По данным ВСС, Прикамье по итогам 2018 года заняло 10-е место по количеству жалоб в страховые компании. Да, цифры не впечатляют, и всё же — в прошлом году в СМО пожаловались 648 пациентов (больше всего в Башкирии — 3,2 тыс.). Так что стесняться не стоит, смело отстаивайте свои права. При этом и минздрав, и страховые компании призывают в подобных случаях обязательно обращаться хоть к представителям, хоть напрямую в страховую компанию. Параллельно можно обратиться и к главврачу «провинившегося» медучреждения, в местный минздрав и прокуратуру. Можно и ко всем сразу.

Полис и отпуск

В самом разгаре сезон отпусков, многие пермяки собираются либо посетить другие регионы, либо отдохнуть за границей. Дмитрий Кузнецов дал несколько советов на этот счёт:

1. Медицинский полис необходимо всегда брать с собой, как и паспорт. В крайнем случае можно взять ксерокопию полиса, но нежелательно.

2. Медицинский полис действует на всей территории России, поэтому бесплатная неотложная помощь должна быть оказана по закону. В частности, вам бесплатно должна быть оказана помощь в случаях простуды, воспалений, травм, при отравлениях, перегревах, ожогах, острой зубной боли, аллергических реакциях, укусах животных и насекомых, обострениях сердечно-сосудистых заболеваний, ДТП. Если за перечисленное требуют деньги, то смело звоните в свою страховую компанию.

3. В случае утери полиса необходимо позвонить в свою страховую медицинскую компанию. Так же как и в случае, если вы оказались в регионе, где ваша страховая компания не работает.

4. Действие полиса за пределами России не распространяется.

5. Если вы планируете длительное проживание в другом регионе (например, полгода и дольше), то не обязательно заказывать новый полис в местной страховой компании. Это лучше сделать в двух случаях: если вы собираетесь окончательно переехать в новый регион либо если у вас серьёзное заболевание, которое может обостриться за время нахождения в этом регионе.

Страховая медицинская компания ПЕКО-МЕД msk.reso-med.com

