

Врачи привыкли брать деньги за лечение, а пациенты — их давать

• БУДЕМ ЖИТЬ ПО-НОВОМУ

Придется отвыкать. И тем, и другим

Через несколько месяцев в лечебных учреждениях Крыма будет оказываться бесплатная помощь, но только тем, у кого есть полис обязательного медицинского страхования. Контролировать качество работы врачей государство доверило страховым медицинским компаниям, имеющим специальное разрешение на этот вид деятельности. О правах и обязанностях будущих партнеров — страховых медицинских организаций и застрахованных — «Крымским известиям» рассказал исполнительный директор компании «Крыммедстрах» Сергей АСТАНКИН.



— Сергей Васильевич, каковы цели и задачи компаний, имеющих право работать в системе ОМС?

— Первое, с чего начинается деятельность любая такая организация, — формирование страхового поля. Но это примерно 1/4 часть функций. Мы также будем осуществлять оплату счетов, предоставленных исполнителями (медицинскими организациями) за оказанные ими услуги. И, конечно же, защищать права застрахованных граждан на получение эффективной, качественной и бесплатной медицинской помощи. Права и обязанности всех партнеров четко оговорены законодательными нормами. А оценка действий тех или иных субъектов этих взаимоотношений накладывает большую ответственность на страховую компанию. К примеру, в федеральном законе предусмотрена ответственность за неправомерное взимание денежных средств с застрахованного за услуги, утвержденные Программой государственных гаран-

тий как бесплатные. К сожалению, есть и будут недобросовестные доктора, которые пытаются найти лазейку и «залезть» в карман пациента. Такие случаи нередки в России, но они пресекаются. Крымчанам тоже придется нелегко — врачи привыкли брать деньги за лечение, а пациенты — их давать. Это болезненная тема, но переломить ситуацию нужно в кратчайший срок. Медицинская помощь должна быть бесплатной и надлежащего качества!

— Действительно, крымчане знают цену «бесплатной» медицине. Но, столкнувшись с иной реальностью, думаю, быстро перестроятся. Между тем обязательно найдутся те, кто впадет в иную крайность и будет считать, что с 1 января 2015 года бесплатными станут абсолютно все услуги.

— Важно понимать: есть строго регламентированный перечень медицинских услуг в рамках программы ОМС. Он достаточно большой, но не всеобъемлющий. Что именно входит в перечень и в каких лечебных учреждениях их могут предоставить бесплатно в рамках Программы государственных гарантий, пациенту должен разъ-



яснить врач. Конечно же, непременно найдется человек, знающий о своих болезнях лучше любого доктора и требующий проведения того или иного исследования по личному усмотрению. Лечащий терапевт может назначить дополнительное обследование, но только в том случае, если на то есть объективные причины, но никак не по желанию пациента. Формула «Сделайте мне то и это» в системе ОМС не работает. При этом нельзя говорить о недоступности тех или иных исследований только из-за того, что они не входят в стандартный перечень бесплатных медицинских услуг. В этом случае, опять же, если это действительно необходимо, пациенту предложат пройти обследование за отдельную плату. При этом врач еще раз должен объяснить, что заплатить за определенный вид медицинских услуг придется только потому, что он

Врачи привыкли брать деньги за лечение, а пациенты — их давать

СТР. 1 →

отсутствует в стандартном перечне. Для чего должен быть составлен договор об оказании платной услуги.

Вот на что еще хотелось бы обратить внимание: врачи жалуются на отсутствие порядка маршрутизации. То есть все пациенты «перешагивают» уровень первичной медико-санитарной помощи по месту жительства — поликлиники. Изначально необходимо обращаться к участковому терапевту и просто очертить круг проблем со здоровьем. А врач уже скажет, куда пойти, что сделать — и бесплатно. Что происходит сейчас: люди, минуя поликлинику, сразу идут на прием в специализированные стационарные учреждения, такие, как больница им. Семашко. Необходимо понять: если в поликлинике пациент не достиг ожидаемого результата, тогда лечащий врач (и только он), видя ухудшение его состояния, перенаправляет на более высокий уровень оказания медицинской помощи для дальнейшего об-

следования. В этом заключается работа врача. Если он вам не помог — это становится проблемой страховой компании.

— **Кто именно в этой компании стоит на страже интересов застрахованных?**

— Эксперты качества медицинской помощи. Чтобы попасть в реестр экспертов, врач должен иметь диплом, сертификат специалиста и более 10 лет стажа по соответствующей специальности. Также он должен пройти курсы повышения квалификации («Организация контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»). Экспертами могут быть как крымчане, так и, в случае необходимости, специалисты из других субъектов Российской Федерации. Территориальный фонд обязательного медицинского страхования и страховая медицинская компания вправе воспользоваться услугами любого эксперта, включенно-

го в Федеральный реестр. Его задача — собрать доказательную базу и сделать вывод: кто прав, а кто виноват в споре между застрахованным и лечебным учреждением. Аргументированное заключение по своему обращению пациент получит в нашей компании в 30-дневный срок.

— **В условиях обязательного медицинского страхования поликлиникам отводится очень важная роль: именно там должны поставить первичный диагноз, исходя из которого — назначить необходимое лечение. Но можно ли, учитывая их слабое оснащение, отсутствие современной диагностической базы, говорить о достаточной медицинской помощи населению? Вас как контролеров качества и защитников прав пациентов не беспокоит такое положение вещей?**

— Конечно, беспокоит. Сейчас территориальными фондами ОМС проводится мониторинг — насколько медицинские организации технически и органи-



зационно готовы к работе в новых условиях. Мы не можем обеспечить эти лечебные учреждения необходимым оборудованием — это задача Минздрава. Наша цель — обеспечить застрахованным предоставление определенных бесплатных медицинских услуг. И если в одном лечебном учреждении в силу плохой оснащенности отсутствует та или иная услуга, то организаторы системы здравоохранения должны подключить мощности другого и адаптировать их стоимость в соответствии с Тарифным соглашением.

— **Сергей Васильевич,**

можно ли на примере вашей компании судить, насколько крымчане осознают важность ситуации: торопятся или медлят с оформлением полиса обязательного медицинского страхования?

— Читать мысли крымчан я, конечно же, не берусь. Но определенные выводы, опираясь на динамику подачи заявлений на оформление полисов ОМС, сделать можно. В первые месяцы работы нашей страховой компании только в центральном офисе в Симферополе мы принимали около 3000 заявлений и выдавали око-

ло 2,5 тысячи полисов ежедневно. Не отставали и региональные отделения. Но наши технические возможности на тот момент, к сожалению, не позволяли обеспечить быструю и бесперебойную работу. В результате образовывались небольшие очереди. Сейчас эта проблема решена: принимают заявления от граждан 10 сотрудников, к каждому — очередь из 3—4 человек. Процесс оформления страховки занимает максимум 10 минут. Так что о больших очередях говорить не приходится. Сегодня мы выдаем полисов ОМС всего на треть от того количества, что могли бы. Не берусь судить, чем вызвано некоторое снижение активности крымчан в этом вопросе, чего они ждут, хочу лишь напомнить: с 1 января 2015 года в больницах будут оказывать бесплатную медицинскую помощь только при наличии полиса ОМС. Поэтому каждый для себя должен решить: стоит ли ему торопиться или медлить с оформлением страховки. Все, что зависит от нас, мы сделали. Тем же, кто подал заявление на оформление полиса ОМС, напоминаю о необходимости прийти в компанию и забрать документ в соответствии с датой, указанной в извещении.

Беседовала Елена ШАСТУН.
Фото автора.