

ОМС - ЗАЩИТА ПАЦИЕНТА

На страже прав
- страховые
представители.

ОБ ИТОГАХ РАБОТЫ В УХОДЯЩЕМ ГОДУ СИСТЕМЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ НАШЕЙ РЕСПУБЛИКИ МЫ ПОПРОСИЛИ ОТВЕТИТЬ ДИРЕКТОРА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ ДАМБИНИМУ САМБУЕВА.

ПРОГРАММА В ДЕЙСТВИИ

- Что же из себя представляет Программа государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи?

Программа государственных гарантий - это важнейший документ призванный обеспечить конституционные права граждан на получение бесплатной медицинской помощи. В данной программе устанавливается перечень видов, форм и условий оказываемой бесплатно медицинской помощи, перечень заболеваний и категорий граждан, оказание которым данной медицинской помощи осуществляется бесплатно. Указаны нормативы объема медицинской помощи и финансовых затрат на ее единицу. Так же подушевые нормативы финансирования, порядок и структура формирования тарифов на медицинскую помощь и способы ее оплаты, критерии доступности и качества оказания медицинской помощи. И задача нашего фонда обеспечить бесплатное оказание медицинской помощи застрахованному гражданину при наступлении страхового случая в рамках данной программы!

- Дамбинима Нимацыренович, совсем недавно в ноябре этого года на сессии Народного Хурала сразу в двух чтениях были приняты законопроекты «О внесении изменений в Закон Республики Бурятия «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2016 год», и «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов». Расскажите пожалуйста, нашим читателям об этом подробнее.

Изменения внесенные в Закон РБ «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2016 год» отражают фактически поступления в доходную и соответствующие им изменения в расходную часть бюджета ТФОМС РБ который составил в 2016 году 12 млрд. 089.9 млн. рублей.

Согласно же принятому закону «О бюджете Территориального фонда обязательного медицинского страхования Республики Бурятия на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» доходы

ТФОМС РБ на 2017 год запланированы в размере 13 млрд. 177 млн. рублей за счет субвенции Федерального фонда ОМС которые будут направлены на финансовое обеспечение организации обязательного медицинского страхования.

УВЕЛИЧЕНИЕ ФИНАНСИРОВАНИЯ

- Как вы считаете, достаточно ли такого финансирования для оказания качественной бесплатной медицинской помощи нашему населению?

Отмечу, что финансирование территориальной программы ОМС в 2016 году было сохранено на уровне 2015 года. В 2016 году, так же как и в 2015, территориальная программа была обеспечена без дефицита по отношению к федеральным нормативам финансовых затрат. Сегодня мы предполагаем дальнейшее увеличение финансирования на 2017 и плановый период 2018-2019гг. Полагаю что столь значительное увеличение финансирования, позволяет говорить об улучшении качества медицинской помощи в сфере ОМС оказываемой нашему населению.

- Каким образом распределяются финансовые средства по условиям оказания медицинской помощи?

Распределение финансовых средств производится в соответствии со стоимостью территориальной программы в разрезе 4 условий оказания медицинской помощи - это амбулаторная помощь, скорая медицинская помощь вне медицинской организации, стационар и дневной стационар.

Для каждого условия установлен свой норматив в соответствии с которым и определяется размер финансового обеспечения на 1 застрахованное лицо.

- Ещё на какие цели расходуются финансовые средства ОМС?

Это прежде всего заработная плата медицинских работников, а так же приобретение медикаментов, медицинского оборудования стоимостью до 100 тысяч рублей, продуктов питания, и конечно содержание зданий медицинских организаций. То есть практически вся основная деятельность наших лечебных учреждений обеспечивается средствами ОМС. С этого 2016 года в составе нормированного страхового запаса дополнительно формируются средства, направляемые на финансовое обеспечение мероприятий по организации дополнительного профессионального образования медицинских работников по программам повышения квалификации.

НОВЫЙ ИНСТИТУТ

- Что нового произошло в системе ОМС в 2016 году?

Пожалуй важнейшая новость, это то что в этом году, в нашей стране начал работу институт страховых представителей, внедрение которого вызвано стремлением создать эффективный механизм обеспечения прав застрахованных граждан на получение бесплатной, качественной и безопасной медицинской помощи по программе ОМС.



Дамбинима Самбуев: «Государство продолжает создавать условия для получения качественной, доступной и бесплатной медпомощи».

В рамках своей деятельности по защите интересов застрахованных граждан страховые представители будут сопровождать пациентов на всех этапах оказания медицинской помощи, курировать ход лечения, оказывать правовую поддержку, инициировать, организовывать контроль качества оказанной медицинской помощи. Институт страховых представителей включает профессионалов 3 уровней: специалистов контакт - центра, специалистов по защите прав застрахованных и врачей-экспертов.

- Как же пациент и страховой представитель будут взаимодействовать в реальной жизни?

С 1 июля 2016 года в нашем территориальном фонде ОМС начал работать контакт - центр, любой гражданин имеет право обратиться по телефону горячей линии 8-800-3012-003 с волнующими его вопросами: где находится поликлиника, к которой он прикреплен, почему с него просят деньги за бесплатные услуги, почему его своевременно не госпитализируют и многие другие. И уверяю Вас, что исчерпывающую информацию на свои вопросы гражданин получит оперативно. Данный звонок для гражданина

В полной мере трёхуровневая система начнёт работать с 2018 г.

является бесплатным.

И в дальнейшем начиная с 1 января 2017 года запланировано начало работы страховых представителей 2 уровня: это специалисты, которые будут контролировать проведение диспансеризации в соответствии с установленным порядком, и вместе с медицинскими организациями составлять график, а затем оповещать застрахованных о необходимости прийти на диспансеризацию. Если пациент согласен, то он будет получать от страховой компании напоминание о диспансеризации по смс или электронной почте. Следует знать, что на этом контакт застрахо-

ванного гражданина и страхового представителя не заканчивается, например предположим, что пациент пришел на диспансеризацию, и выявилось необходимость прохождения дополнительного обследования. Тогда в дело вновь вступает страховой представитель 2 уровня и содействует в получении медицинских услуг для уточнения диагноза.

В дальнейшей перспективе страховые представители будут заниматься и «маршрутизацией» пациентов, т.е. от момента обращения пациента в поликлинику до завершения лечения в стационаре, это мониторинг очередности и доступности медицинской помощи, анализ информации о застрахованных лицах, в отношении которых не состоялась плановая госпитализация, выявление причины несостоявшейся госпитализации, взаимодействие с медицинской организацией для уточнения причин каких-либо выявленных нарушений и принятия оперативных мер, направленных на их устранение. Так страховые представители 3 уровня начнут работу с 1 января 2018 года, и будут заниматься обращениями застрахованных граждан по вопросам качества оказанной медицинской помощи и своевременностью сроков ее оказания. Вскоре каждый наш застрахованный гражданин получит возможность узнать своего личного страхового поверенного, на официальном сайте www.tfomsrb.ru в разделе «Защита прав граждан», либо обратившись в свою страховую медицинскую организацию.

ЛИЧНЫЙ КАБИНЕТ В ПОМОЩЬ

- Мы знаем, что сегодня пациенты могут узнать стоимость полученных медицинских услуг, каким образом это можно сделать?

Да действительно в этом году начал функционировать сервис «Личный кабинет застрахованного лица в системе ОМС» в котором гражданин может узнать в какой страховой медицинской организации он застрахован, к какой медицинской организации прикреплен, когда и в какой медицинской организации он получил услугу,

и общую стоимость полученной медицинской услуги. Сведения доступны для ознакомления круглосуточно без взимания платы и предоставляется в доступной, наглядной и понятной форме. Зайти в личный кабинет застрахованного лица можно на официальном сайте нашего фонда или на официальных сайтах медицинских организаций нашей республики. Процедура регистрации и авторизации в «Личном кабинете застрахованного лица» осуществляется через единый портал государственных услуг.

- Разумеется, жители нашей Республики получали медицинскую помощь и в других регионах?

Безусловно. В 2016 году территориальным фондом ОМС была произведена оплата за лечение застрахованных Республики Бурятия в медицинских организациях других субъектов РФ на сумму 401,9 млн. рублей. В том числе отмечу, что за 11 месяцев 2016 года оплачена высокотехнологичная медицинская помощь территориальным фондам других регионов на 38 млн. рублей, за экстракорпоральное оплодотворение 7 млн. рублей. Высокотехнологичная медицинская помощь оказана нашим жителям в медицинских учреждениях: Иркутска, Москвы, Кемерово, Новосибирска, Санкт-Петербурга, Красноярска по профилям медицинской помощи травматология, онкология, нейрохирургия, офтальмология, урология, акушерство и гинекология.

- Можно остановиться подробнее на высокотехнологичной помощи?

В этом году, в своем Послании Федеральному Собранию Президент Российской Федерации В.В.Путин отметил, что за последние десять лет в 15 раз увеличился объём высокотехнологичной медицинской помощи. Сотни тысяч сложных операций делаются не только в ведущих федеральных центрах, но и в региональных клиниках. Если в 2005 году 60 тысяч человек в России получали высокотехнологичную медицинскую помощь, в 2016-м это будет уже 900 тысяч. И в течении двух лет в Фонд поступают дополнительные финансовые средства из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования для обеспечения оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи федеральными государственными учреждениями, что дает возможность и дальше повышать доступность такого вида помощи для наших застрахованных граждан.

- Спасибо Вам за содержательную беседу, что бы хотели сказать в завершении нашего разговора?

Подводя итоги своего выступления, хочу отметить, что государство продолжает создавать условия для реализации прав застрахованных на получение качественной, доступной и бесплатной медицинской помощи в необходимых объемах, в рамках обязательного медицинского страхования. И в преддверии Нового Года пожелаю нашим жителям семейного благополучия и уверенности в завтрашнем дне. Будьте здоровы.

Буянто КОНДРАТЬЕВ