

Российские клиники могут эффективнее расходовать средства ОМС на лечение людей с онкологией и сократить их очереди на госпитализацию, таковы итоги исследования, представленные гендиректором «Росгосстрах-медицины» Надеждой Гришиной Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС, «Ведомости» ознакомились с ними). Химиотерапию подавляющее большинство таких пациентов проходят в круглосуточном стационаре, показали тематические экспертизы, проведенные страховщиком в 2017 г. Многих не нужно держать под круглосуточным наблюдением, достаточно дневного стационара, пишет она: препараты вводятся в первые 2–3 дня госпитализации, состояние пациента удовлетворительное, исследования обострений не фиксируют. Если часть круглосуточных коек перевести в режим дневного стационара, т. е. работы в две или даже три смены, можно было бы сократить не только расходы на медицинскую помощь, но и очереди на госпитализацию, считает Гришина.

Медицинская горизонталь

Есть претензии и к качеству химиотерапии, отмечается в письме: количество препарата, введенного пациенту, часто не соответствовало расчету необходимой дозы, в медицинских документах нет данных о сопутствующих заболеваниях и о том, как корректировать лечение в связи с ними, в ряде случаев не соблюдается цикл химиотерапии. У пациента должна быть дорожная карта с календарем циклов химиотерапии, гормонотерапии и сеансов лучевой терапии, пишет Гришина.

Представитель ФФОМСа подтвердил содержание письма с исследованием, но не комментирует его. Представитель «Росгосстрах-медицины» отказался от комментариев. Минздрав изучит исследование, когда получит его, отмечает представитель министерства.

Перейти в режим дневных стационаров можно в крупных городах, отмечает директор ГБУ «НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента» департамента здравоохранения Москвы Давид Мелик-Гусейнов, а вот в регионах, в подавляющем большинстве которых на огромное количество больных всего один онкодиспансер и люди приезжают из самых отдаленных мест, это вряд ли получится.

При проверках страховщики фокусируются на формальностях, например счетах, рассуждает Мелик-Гусейнов, им стоило бы переформатировать взгляд на систему медицинской помощи. Сейчас ответственность за результат лечения несет Минздрав, а она должна быть солидарной: взять ее на себя могли бы страховые компании, предлагает он. Страховщики могли бы принять на себя часть риска, согласен

председатель экспертного совета по здравоохранению Совета Федерации Виталий Омельяновский: имея коммерческий интерес, они способны оптимизировать процесс оказания медицинской помощи, чтобы начать получать от нее прибыль. Страховщики могли бы помочь оптимизировать поток больных по принципу «бережливой поликлиники», предлагает он: определить этапы обследования, диагностики и лечения, куда направлять пациента. При подозрении на онкологию больного должно осмотреть множество специалистов, но каждая неделя может оказаться критической, объясняет Омельяновский, если же сократить движение больных внутри клиники и рано диагностировать новообразования, можно отделаться минимальной хирургией и резко сократить затраты на химиотерапию. В концепции развития здравоохранения до 2020 г. говорилось, что нужно развивать страховую медицину, чтобы страховщик нес часть рисков. Возможность передать часть риска страховщикам, проведя пилотный проект, прорабатывает Центр стратегических разработок, знает Омельяновский.

В декабре председатель Счетной палаты Татьяна Голикова заявила, что страховщики ОМС не защищают интересы пациентов, после чего коллегия палаты предложила Минздраву и ФФОМСу позволить территориальным фондам выполнять функции страховщиков. Счетная палата указывала, что страховщики расходуют бюджетные средства неэффективно, например взыскивая с клиник штрафы за нарушения, придираются к орфографическим ошибкам при оформлении документации. В целом же, по подсчетам Счетной палаты, в 2015 г. они потеряли 30,5 млрд руб. Страховщики теряют такую сумму ежегодно и не пользуются доверием застрахованных лиц, указывает Счетная палата в бюллетене об эффективности работы страховщиков ОМС в 2014–2016 гг. и предлагает в 2017–2019 гг. провести иной пилотный проект – передать полномочия страховщиков в ряде регионов территориальным фондам ОМС.

Сами страховщики называли эти траты необоснованными, президент их союза Игорь Юргенс отмечал, что компании в том же году вернули в систему ОМС более 67,3 млрд руб. штрафов за неоказание или плохое качество медицинской помощи. Страховщики – ключевое звено системы ОМС, подчеркивал ЦБ.

Страховщики проводят экспертизу постфактум и процесс лечения не контролируют, признает президент Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрий Кузнецов. Нет возможности контролировать исправление дефектов больницами, поясняет представитель «Альфастрахование-ОМС»: они должны признать их наличие, выплатить штраф, к тому же им может не хватать людей, компетенций и оборудования; страховщик проводит повторную экспертизу и обнаруживает, что ничего не исправлено.

Правительство отчитывается об успехах в снижении смертности, но доля смертей из-за онкологии с 2010 г. почти не уменьшилась – в отличие от сердечно-сосудистых заболеваний, свидетельствуют данные Росстата. Это вторая причина смерти после инфарктов и инсультов, напоминает Омельяновский. 12–13% смертей, отмечает Мелик-Гусейнов, но по мере роста продолжительности жизни населения эта доля будет расти: в Японии рак – причина 80% смертей. При росте продолжительности жизни растут и риски онкологии, это очень серьезный вызов и для России, и для всего мира, говорит он: «Каждый из нас, если не умрет от ДТП, внешних причин, от инфаркта или инсульта, умрет от рака».

Источник: Ведомости, 05.09.2017