

# ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ: ЗАЛОГ УСПЕХА – СЛЫШАТЬ ЛЮДЕЙ!

ДИРЕКТОР  
ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО  
ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО  
МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ  
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ  
Валерий Александрович  
Шелякин



*Два года назад, проводя в Свердловской области совещание с российскими коллегами, главный реабилитолог Испании и генеральный директор университетского госпиталя нейрореабилитации Institut Guttmann Жозеп Мария Рамирес отметил: в регионе реализованы лучшие мировые практики по восстановлению пациентов после инсультов и черепно-мозговых травм, это место, где можно и нужно лечиться! Такие слова тогда стали откровением даже для специалистов отрасли, привыкших, что сравнение западной и отечественной медицины часто оказывается не в пользу последней. Но, чтобы заслужить такое признание, система оказания реабилитационной помощи, да и медицинской помощи в целом прошла огромный путь. И заслугу в этом системы обязательного медицинского страхования, медицинского и экспертного сообщества сегодня переоценить трудно.*

Для человека, пережившего тяжелую травму (скелетную или, например, черепно-мозговую) или перенесшего сосудистую катастрофу (инфаркт или инсульт), крайне важно не только получить своевременную и качественную помощь в остром периоде, но и пройти курс восстановления. В зависимости от тяжести заболевания реабилитация позволяет либо полностью восстановить человека, либо повысить его социализацию и степень независимости от посторонней помощи. Как и прочая медицинская помощь, реабилитация оплачивается за

счет средств системы обязательного медицинского страхования (ОМС), однако в отдельный тариф ее выделили только в 2014 году. Свердловская область была первым регионом России, который сделал это и предложил свою модель оплаты к внедрению во всей стране. Специалисты территориального фонда ОМС при поддержке коллег-неврологов создали, рассчитали и утвердили 4 тарифа по нейрореабилитации: в зависимости от тяжести состояния пациента его лечение стоило системе ОМС от 25 до 70 тыс. рублей. Только за второе полугодие 2014 года благодаря принятому решению помощь по нейрореабилитации получили свыше 1000 свердловчан, а сегодня счет идет уже на десятки тысяч человек.

Внедрение механизмов оплаты реабилитации стало важной, но не единственной тарифной новацией последних лет. В 2014 году Свердловская область была выбрана в числе 8 субъектов Российской Федерации, где стали внедряться передовые способы оплаты стационарной медицинской помощи на основе клинико-статистических групп (КСГ) заболеваний.

Принципиальное отличие КСГ от стандарта (медико-экономический стандарт – основание для расчета стоимости законченного случая лечения в 1995–2014 годах) заключалось в том, что в группу объединялись клинически схожие заболевания, сопоставимые по затратам на их лечение. При лечении более «тяжелого» или, напротив, более «легкого» заболевания к КСГ применялся поправочный коэффициент – повышающий или понижающий, что позволяло учитывать при оплате реальные расходы медицинской организации. Новый способ оплаты был призван сделать финансовую деятельность больницы более прозрачной, кроме того, оплата по КСГ должна была повысить заинтересованность руководителей больницы в развитии современных, в том числе малоинвазивных технологий и сократить длительность пребывания пациента на койке круглосуточного стационара – в тех случаях, когда это не отражалось на качестве проводимого лечения. В 2014 году федеральный справочник

клинико-статистических групп включал в себя 201 КСГ. От пилотных регионов требовалось не только оценить и апробировать новую модель, но и вынести на федеральный уровень предложения по ее расширению.

К этой задаче свердловский фонд подошел творчески: при содействии медицинского сообщества (в адрес фонда в течение I квартала 2014 года поступило свыше 400 предложений по изменению перечня и наполнения КСГ) было принято решение о расширении модели КСГ для более корректного финансирования отдельных видов медицинской помощи и компенсации медицинским организациям реальных затрат, связанных с лечением пациентов.

Так, уже в 2014 году для углубленного анализа и последующей дифференциации КСГ было выбрано 3 профиля заболеваний, значимо влияющих на инвалидизацию, смертность и качество жизни населения, – онкология, травматология, офтальмология. Проведенная работа значительно повысила доступность помощи по этим профилям для населения. Особенно наглядно результаты этой работы были видны в «травме»: операции с применением имплантов были выделены в подгруппы с более высоким тарифом, чтобы повысить заинтересованность больниц в использовании современных технологий и материалов при лечении пациентов со скелетными травмами. Это решение вкупе с погружением ряда видов высокотехнологичной медицинской помощи этого профиля в систему ОМС повысило доступность для населения современной хирургической помощи с применением остеосинтеза и стало одной из причин полной ликвидации в Свердловской области в 2015 году очереди на эндопротезирование тазобедренных суставов.

Внедрение модели оплаты медицинской помощи на основе КСГ, а также проведенная в регионе работа по дифференциации заболеваний привели к очевидным положительным результатам: за последние пять лет средняя длительность пребывания пациента на койке круглосуточного стационара сократилась на полтора дня, дневного – более чем на два. Произошла закономерная оптимизация как медицинских организаций в целом, так и коечного фонда. Измененная лечебная сеть теперь в большей мере соответствует не исторически сложившимся подходам, а реальным потребностям населения в объемах и структуре оказываемой медицинской помощи. При этом помощь для самого населения стала объективно доступнее и качественнее: об этом говорят как многочисленные опросы, так и результаты экспертизы качества, проводимой экспертами фонда и страховых компаний.

Серьезные изменения произошли не только в тарифной политике, реализуемой участниками системы ОМС Свердловской области: для страховых компаний последние годы также стали периодом серьезных перемен. Они касаются как экспертной деятельности, так и организации взаимодействия с застрахованными гражданами.

Сегодня эксперты фонда и страховых компаний анализируют в среднем около 200 тыс. историй стационарных больных и более 500 тыс. амбулаторных карт

в год. При этом в последние годы подход к оценке оказанной населению помощи становится все менее формальным: число выявляемых нарушений, непосредственно связанных с качеством медицинской помощи, становится больше, а претензий к оформлению медицинской документации, напротив, все меньше. Новая экспертная философия привела к изменению самой структуры экспертиз. На смену рутинной, плановой экспертизе приходит тематический контроль, призванный выявить и устранить слабые места в лечении заболеваний, которые значимо влияют на социально-демографические показатели области и качество жизни свердловчан. С 2016 года в региональную экспертную практику внедрен мультидисциплинарный подход: бригада экспертов анализирует «историю» пациента на разных этапах оказания ему медицинской помощи и выносит комплексное заключение о качестве всего цикла лечения. Это позволяет выявить системные нарушения и дать больницам практические рекомендации по недопущению каких-либо ошибок и дефектов в будущем. Более 80% средств, снятых с больниц по результатам экспертизы, возвращается обратно в лечебную сеть, за счет штрафов формируется и часть нормированного страхового запаса, который направляется на ремонт или приобретение оборудования, а также на обучение медицинского персонала. Такое «дооснащение» является одним из способов профилактики дефектов качества медицинской помощи и подчеркивает тесное взаимодействие всех участников системы ОМС Свердловской области – фонда, страховых компаний, медицинских организаций, – осуществляемое для повышения качества и доступности медицинской помощи, оказываемой населению региона.

Еще один важный (а для жителей области, пациентов клиник, пожалуй, самый важный) аспект деятельности страховых компаний – работа с застрахованными. Еще 7–10 лет назад граждане обращались в свою страховую компанию в основном за заменой полиса, сегодня все чаще звонят и приходят за консультацией о сроках и порядке получения услуг, стандартах медицинской помощи, взаимодействии с медицинским персоналом: таких обращений страховые компании в год фиксируют несколько тысяч, эта сложная, но крайне важная и ответственная работа позволяет сокращать число жалоб от застрахованных непосредственно в период лечения и повышает степень доверия населения к системе здравоохранения и обязательного медицинского страхования. Люди знают или стараются узнать больше о своих правах, понимают, какие гарантии дает им полис ОМС и, кажется, уверены: здесь их услышат и помогут!

*Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Свердловской области располагается по адресу: ул. Московская, д. 54, г. Екатеринбург, Россия, 620102. С нами можно связаться по телефону: +7 (343) 233 5000, факсу: +7 (343) 233 5010 или электронной почте: [public@tfoms.e-burg.ru](mailto:public@tfoms.e-burg.ru). Более подробную информацию вы можете получить на официальном сайте: [www.tfoms.e-burg.ru](http://www.tfoms.e-burg.ru).*