

ЭКО по полису ОМС дарит надежду на материнство!

О ребенке мечтает практически каждая семья. Но статистика печальна: каждая шестая пара в России не может иметь детей. Однако, врачи утверждают: бесплодие – не приговор.

Экстракорпоральное оплодотворение или ЭКО – это медицинская технология преодоления бесплодия, при которой оплодотворение яйцеклетки совершается в искусственных условиях вне организма матери. Сам термин переводится с латинского как «оплодотворение вне тела»: «extra» – «вне», «corpus» – «тело». Цикл ЭКО состоит из нескольких ключевых этапов: стимуляция яичников препаратами, пункция яичников, оплодотворение в пробирке яйцеклеток сперматозоидами, культивация (выращивание) эмбрионов в инкубаторе, перенос эмбриона в матку, медикаментозная поддержка наступившей беременности.

С 2013 года в нашей стране действует федеральная программа, в рамках которой пройти процедуру искусственного оплодотворения можно бесплатно. Для этого необходимо иметь полис ОМС и подтвержденные врачами медицинские показания. Их выдает врач в женской консультации после прохождения пациенткой необходимого обследования.

Сегодня за счет средств обязательного медицинского страхования оплачиваются расходы на проведение циклов ЭКО, необходимые лекарственные препараты, а также консультации врачей. Также в программу ЭКО по ОМС с этого года включены дополнительные услуги по организации замораживания и переносу оттаянных эмбрионов. При этом период их хранения оплачивается за счет средств пациентов.

Только за последние пять лет в медицинских организациях Ставропольского края проведено 5268 процедур экстракорпорального оплодотворения. В 2013 году на Ставрополье эту процедуру проводили две медицинские организации: Ставропольский краевой клинический перинатальный центр и Ставропольский краевой клинический консультативно-диагностический центр. Теперь в этот список добавились еще два медучреждения. В 2018 году за счет средств ОМС в Ставропольском крае процедуру ЭКО получат свыше полутора тысяч человек, что в 3 раза больше чем в 2013 году.

Ссылка на новость: <https://rfomssk.pf/~uVi3T>

Профилактика здоровья пациентов – основа работы страховых представителей

Общенациональный проект по созданию института страховых представителей был запущен в 2016 году во всех регионах страны. Страховые представители первого и второго уровней активно работают с пациентами, проводят консультации, информируют граждан о необходимости прохождения диспансеризации и обеспечивают сопровождение застрахованных лиц на всех этапах оказания медицинской помощи.

С 2018 года к ним присоединились страховые представители третьего уровня - специалисты-эксперты и эксперты качества медицинской помощи. Основной упор в их работе делается на профилактику заболеваний: они стараются привлечь россиян к регулярной проверке своего здоровья.

С этого года новым важным шагом должно стать привлечение страховых представителей третьего уровня к обеспечению диспансерного наблюдения, своевременного направления на дополнительные обследования и стационарное лечение. Страховые представители третьего уровня – это квалифицированные специалисты и эксперты качества медицинской помощи, которые проводят анализ диспансерного наблюдения, принимают участие в разрешении спорных случаев, связанных с доступностью и качеством оказания медицинской помощи по программам ОМС, проводят медико-экономические экспертизы, организуют или проводят самостоятельно экспертизу качества медицинской помощи, формируют письменный ответ по существу обращения (жалобы).

Сейчас в штате страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в системе обязательного медицинского страхования на территории Ставропольского края, работают 78 представителей первого уровня, 42 представителя второго уровня и 14 представителей третьего уровня.

Получить сведения о работе вашего страхового представителя, в обязанности которого входит информационное сопровождение на всех этапах оказания медпомощи, можно на сайте ТФОМС СК в «Личном кабинете» в разделе «Персональные данные».

Страховые представители работают как в страховых компаниях, так и в медицинских организациях. В настоящее время в 80 медучреждениях края - 84 представителя страховых медицинских организаций и территориального фонда.

Таким образом усилиями медиков, страховых представителей и самих пациентов формируется новый уровень отношения людей к своему здоровью. Совместно с внедрением высокотехнологичных методов диагностики и лечения населению будет обеспечена доступность и достойное качество профилактической медицинской помощи, появятся предпосылки для активного долголетия жителей Ставропольского края.

Ссылка на новость: <https://тфомсск.рф/~NehMX>

Система ОМС: фокус на пациента

23 апреля в МИА «Россия Сегодня» состоялось заседание круглого стола на тему: «Система ОМС: фокус на пациента». В ходе дискуссии были представлены результаты проведенного ВЦИОМ опроса по выявлению отношения населения к системе ОМС.

По данным ВЦИОМ, абсолютное большинство россиян (89%) получали медицинские услуги по полису ОМС хотя бы раз в жизни. При этом, в последний год по нему обращался в медицинские учреждения каждый второй (52%).

Заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова отметила, что линия развития системы ОМС сегодня неразрывно связана с развитием пациентоориентированной модели системы здравоохранения, а доверие населения к системе ОМС остается на высоком уровне в т.ч. за счет развития института страховых представителей. Вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов, обратил внимание на повышение уровня информирования застрахованных лиц, а также о их правах и содействии в качестве медицинской помощи.

По данным ВЦИОМ, население высоко оценивает начало работы института страховых представителей. Их наиболее полезными функциями граждане считают контроль за качеством медицинских услуг, соблюдением сроков госпитализации (считают полезным 49%), информирование и напоминание о диспансеризации (43%), помощь пациенту в разрешении конфликтных ситуаций (23%), контроль за соблюдением пациента назначений врача (21%). Наиболее важной информацией, которую предоставляют страховые представители, россияне называют сведения о своих правах и перечне бесплатных медицинских услуг (53%), к кому обращаться в случае оказания некачественной медицинской помощи (50%), о возможностях выбора врача и медицинского учреждения (35%), о необходимости пройти диспансеризацию, профилактический осмотр (28%).

По словам заместителя председателя ФОМС Елены Сучковой, количество жалоб снизилось почти на треть (-29,3%), на 30,3% увеличилось количество обращений граждан по телефонам «горячих линий» и изменении их структуры. В 2017 г. (в сравнении с 2016 г.) количество обращений о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи по программам ОМС увеличилось более чем в 2 раза, на 9,8% выросло количество граждан, обратившихся по телефону «горячей линии» за разъяснениями (консультацией). О необходимости пройти диспансеризацию страховые представители 2 уровня проинформировали в прошлом году 21,2 млн застрахованных лиц, подлежащих диспансеризации, из них более 9,2 млн были приглашены на диспансеризацию повторно, что дало возможность на 6,2% увеличить количество прошедших диспансеризацию в 2017 г. в сравнении с 2016 г. В общей сложности в 2017 г. диспансеризацию прошли 20 млн застрахованных лиц (94% от числа подлежащих диспансеризации). Система ОМС – вектор развития.

Один из важных итогов опроса - 75% россиян высказались о необходимости дополнительного контроля со стороны независимой от медицинского сообщества структуры (в частности, страховых компаний) работы медицинских учреждений. «Это в том числе свидетельствует о том, что население начинает понимать, что есть реальные инструменты защиты прав в системе ОМС, – говорит вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов. – Функция страховых представителей по информированию населения об их возможностях на получение бесплатной и качественной медицинской помощи сейчас очень востребована и высоко оценивается населением».

«Система ОМС постоянно совершенствуется. В 2018 году рост субвенций впервые за весь период существования системы ОМС в России, а в этом году ей исполняется 25 лет, субвенция увеличена на 333,2 млрд руб. или 21,7% (подушевой норматив составил -10812,78 руб. или 21,5%) дополнительных средств, которые в этом году будут направлены на оплату медицинской помощи застрахованным гражданам» - продолжает заместитель председателя ФОМС Елена Сучкова.

В заключении отмечено, что основной задачей участников ОМС является выполнение в полном объеме гарантий, данных государством населению на получение качественной и бесплатной медицинской помощи.

При подготовке публикации использованы материалы, размещенные на сайте ФОМС

Ссылка на новость: <https://тфомсск.рф/~dbUpb>