Наталья Стадченко о страховой медицине, какой она должна быть. Глава Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) НАТАЛЬЯ СТАДЧЕНКО рассказала “Ъ” о месте страховщиков в системе обязательной медпомощи и о том, почему рост платной медицины не угрожает бесплатной.

— В какой модели сейчас, на ваш взгляд, российское здравоохранение, насколько она отвечает запросу руководства страны на страховую модель?

— Президент уже более года назад исключил саму возможность продолжения полемики по вопросу выбора модели здравоохранения. Мы строим страховую модель с 1991 года. И при всем при этом пациент у нас иногда как бы сам по себе, а все, что для него и ради него,— все государственные институты организации медицинской помощи и контроля ее качества — это тоже само по себе. У нас не работало в полной мере то звено, по наименованию которого называется система.

У нас за последние годы сформировалась очень серьезная законодательная база, адекватная выбранной государственной стратегии в сфере охраны здоровья. И фонд, и Минздрав, включая подведомственные ему службы, оперативно обеспечивают изменения в законодательстве, оптимизирующие работу системы здравоохранения. Сегодня мы полностью перестраиваем алгоритм деятельности страховых медицинских компаний. Застрахованный должен будет знать телефон своего поверенного в страховой компании и больше ничего. Работник страховой компании от имени своего «подзащитного» должен будет отстаивать его интересы и оптимизировать все процедурные вопросы, связанные с лечением или обследованием.

— Аудиторы Счетной палаты постоянно высказывают опасения, что в дальнейшем продолжится рост объема платных медицинских услуг. Вы эти опасения разделяете?

— Я вижу здесь два вопроса. А корреляции между ними не вижу. Рост платных медицинских услуг, например как расширение сектора экономики, некорректно напрямую связывать с проблемами доступности бесплатных медицинских услуг. У нас Программа государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь охватывает все, абсолютно все население страны. И практически все нозологии. Субвенции из бюджета ФОМС в бюджеты территориальных фондов ОМС на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования в 2015 году составили 1427 млрд руб. и увеличились по сравнению с 2014 годом (1174 млрд руб.) более чем на 20%. И даже на этот год, несмотря на сложные экономические условия, субвенция увеличится на 3% по сравнению с 2015 годом — до 1458,6 млрд руб. Финансирование в рамках базовой программы ОМС осуществляется полностью за счет субвенций из бюджета ФОМС на основе единых подушевых нормативов. Такой подход позволил повсеместно устранить дефицит территориальных программ: законодательные «дыры» для расширения платных услуг стали незаконными.

— Ожидаете ли вы падения объема взносов в бюджет ФОМС в 2016 году из-за ухудшения макроэкономической ситуации?

— Собираемость страховых взносов улучшилась по сравнению с прошлым годом. За пять месяцев текущего года в бюджет ФОМС поступило страховых взносов на сумму 631,2 млрд руб., что составляет 38,6% от годового объема, в прошлом году это было 37,1%. За июнь рассчитываем получить еще 139,5 млрд руб. Позитивная динамика поступления страховых взносов дает надежду, что падения объема взносов в 2016 году не будет.

— Почему тогда возникла публичная дискуссия о доступности государственного лечения?

— На наш взгляд, жалобы граждан и сетования «экспертного сообщества» на проблемы доступности медицинской помощи обусловлены отнюдь не дефицитом ресурсов в системе здравоохранения. Причина в другом. Страховая модель нашего здравоохранения пока еще несовершенна. Страховщик ведь еще совсем недавно был практически неизвестным звеном системы для пациента, но уже известным врагом для врача. Кардинальные изменения логистической цепочки оказания медицинской помощи поначалу были неудобны и непонятны и для медиков, и для больных. И только сейчас изменения в федеральном законодательстве привели к усилению роли и функции страховых медицинских организаций. Они должны «взять за руку» пациентов.
— Как сейчас выглядит статистика жалоб на лечение, которую вы фиксируете?
— В 2015 году из всего количества обращений (порядка 50 тыс.) в терфонды ОМС и страховые компании менее 1% были собственно жалобами на нарушения прав на получение медицинской помощи в рамках ОМС. А из этого процента жалобы на вымогательство денег за медицинскую помощь составили менее 13%. Возвращаясь к вопросу о росте платных услуг, скажу, что в реальности он очень мало связан с проблемами получения бесплатной медицинской помощи — примерно одна жалоба из тысячи. Как видите, рост платных услуг — вещь не такая простая, как кажется многим «экспертам».
— Какую долю в системе ОМС сейчас занимают негосударственные операторы рынка?
— В 2012 году в ОМС работало 1029 частных медицинских компаний (12,7%), в 2013-м — 1333 (16,2%), в 2014-м — 1840 (21,5%), а в 2015-м — 1943 (22,4%). Доля частников, участвующих в реализации территориальных программ ОМС в 2016 году, увеличилась до 29% — это 2540 медорганизаций.
— Какой тип медпомощи они чаще всего предоставляют?
— Структурно частный сектор в сфере ОМС выглядит так: амбулаторное звено, включая поликлиники (и стоматологические),— 59% от общего числа медицинских организаций частной формы собственности, стационары — 12%, центры различных организационно-структурных форм — 15,1%, станции скорой медицинской помощи и санаторно-курортные организации — 5%. Частные компании участвуют даже в оказании высокотехнологичной медицинской помощи: около 3% государственного задания приходится на них.
Есть интересные конкретные примеры. Например, в Санкт-Петербурге реализуется проект государственно-частного партнерства, предусматривающий открытие офисов врачей общей практики в районах новостроек. Затраты на строительство, оснащение центров и подготовку персонала полностью взяла на себя частная компания. Участие государства — только оплата оказанных медицинских услуг из средств ОМС по установленным тарифам терпрограммы. В Костромской области медицинская компания в нынешнем году начала проект по открытию сети центров общей врачебной практики, работающих исключительно в системе ОМС. В центрах ведут прием и такие специалисты, как офтальмологи, неврологи, кардиологи. Врачей привлекли из Ярославля, Астрахани, Санкт-Петербурга, Оренбурга и Казахстана.
— Какой объем средств приходится на такие лечебные учреждения?
— Финансовые доли участия частных медицинских организаций в системе ОМС пока смотрятся скромнее. Расходы на медицинскую помощь в стационарных условиях составляют 1,8% от средств, выделяемых государственным медицинским организациям, в амбулаторных условиях (в том числе стоматология) — 4%, в условиях дневного

стационара — 15%. На скорую медицинскую помощь приходится 0,4% расходов.
Коммерсант