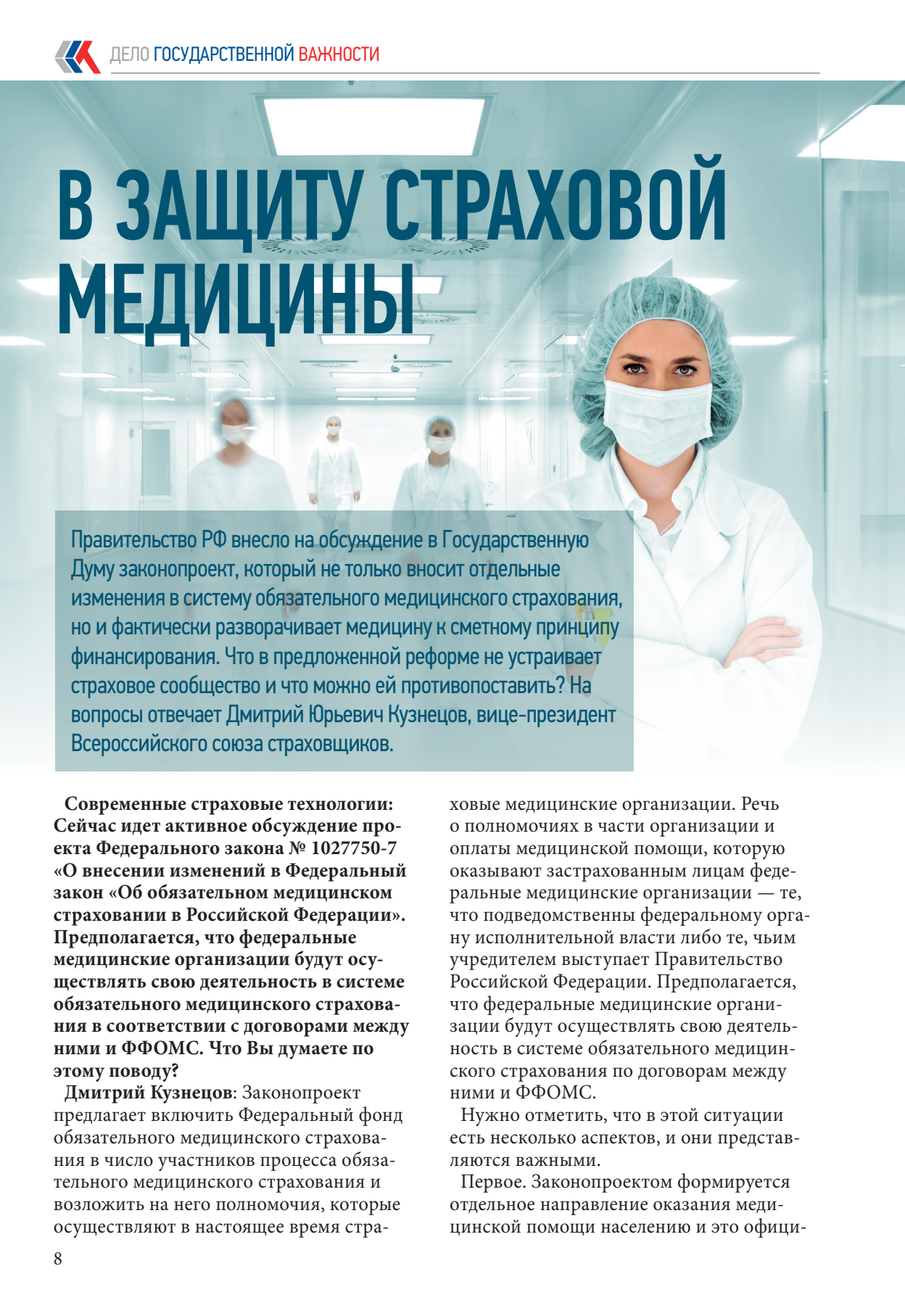


В ЗАЩИТУ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНЫ



Правительство РФ внесло на обсуждение в Государственную Думу законопроект, который не только вносит отдельные изменения в систему обязательного медицинского страхования, но и фактически разворачивает медицину к сметному принципу финансирования. Что в предложенной реформе не устраивает страховое сообщество и что можно ей противопоставить? На вопросы отвечает Дмитрий Юрьевич Кузнецов, вице-президент Всероссийского союза страховщиков.

Современные страховые технологии: Сейчас идет активное обсуждение проекта Федерального закона № 1027750-7 «О внесении изменений в Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Предполагается, что федеральные медицинские организации будут осуществлять свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования в соответствии с договорами между ними и ФФОМС. Что Вы думаете по этому поводу?

Дмитрий Кузнецов: Законопроект предлагает включить Федеральный фонд обязательного медицинского страхования в число участников процесса обязательного медицинского страхования и возложить на него полномочия, которые осуществляют в настоящее время стра-

ховые медицинские организации. Речь о полномочиях в части организации и оплаты медицинской помощи, которую оказывают застрахованным лицам федеральные медицинские организации — те, что подведомственны федеральному органу исполнительной власти либо те, чьим учредителем выступает Правительство Российской Федерации. Предполагается, что федеральные медицинские организации будут осуществлять свою деятельность в системе обязательного медицинского страхования по договорам между ними и ФФОМС.

Нужно отметить, что в этой ситуации есть несколько аспектов, и они представляются важными.

Первое. Законопроектом формируется отдельное направление оказания медицинской помощи населению и это офици-

ально закрепляется на законодательном уровне. Причем это предлагается сделать не для решения какой-то специальной задачи в экстренном порядке и режиме ручного управления, или для быстрой реализации какой-то ранее не доработанной схемы. Формируется некий сегмент системы здравоохранения, который будет жить по правилам распределительной системы. Разговоры о том, что принципиально ничего не меняется, но при этом «надо закрепить существующую практику», меняя функционал участников системы, на мой взгляд, несколько странно. Главное, понять причину перестройки системы! Принципиально финансирование федеральных лечебных учреждений можно проводить при незначительной корректировке действующей системы без пересмотра параметров финансирования и объема функционала СМО и ФОМС. Есть опыт финансирования медучреждений и осуществления контроля за ними со стороны страховых медицинских организаций в период модернизации здравоохранения.

Второй аспект — опасения, что роль страховой медицинской организации в случае принятия законопроекта будет сильно приуменьшена. И это предлагается на обсуждение Государственной Думе тогда, когда депутаты говорят о необходимости расширять права страховых организаций, расширять обязанности страховых организаций, что, на мой взгляд, совершенно правильно. Развитие должно идти именно в сторону расширения деятельности страховых компаний, чтобы прекратить непонятные упреки со стороны самых разных критиков. Отход в сторону от проводимого на протяжении многих лет курса ставит крест на страховой медицине, низводя роль СМО до уровня сервисной компании.

Опасения вызывает еще один момент. Несмотря на разговоры, необходимый для предложенных изменений объем финансирования будет сформирован



Дмитрий Кузнецов
Вице-президент ВСС

за счет того, что субъекты Российской Федерации недополучат определенное финансирование для своих территориальных программ. Особенности формирования фонда заключаются в том, что сначала средства собираются с территорий и аккумулируются в ФФОМС, потом определенным образом, по определенным критериям перераспределяются обратно регионам. Поскольку законопроектом предложено выделить на финансирование федеральных учреждений практически 120 млрд руб., эти расходы должны будут профинансировать 85 субъектов РФ. Соответственно, каждый субъект потеряет от нескольких сотен миллионов до 4 млрд руб., которые могли бы быть направлены в том числе и на оказание медицинской помощи на их собственных территориях.

Из-за фактического изъятия части региональных средств развитие территориальных программ субъектов РФ будет незначительным, ориентировочно в пределах

2,5 %. Полагаю, это не то, чего ожидали губернаторы, отвечающие за выполнение показателей благополучия населения на своих территориях, уровень здоровья и смертности, особенно в период пандемии.

Вдобавок ко всему, будут оставаться под вопросом принципы распределения средств, соответствия расходов потребностям медицинского учреждения и его заинтересованности в пациенте и качестве оказываемой ему помощи. Мы прекрасно понимаем, что возврат к смете — это возврат к разговору в духе «дайте врачу зарплату, потому что он ходит на работу». В целом, это очень большой шаг назад.

Еще один момент. Пока только на уровне предположений, но все же вызывает серьезные опасения, что расположенные на территории субъекта медицинские центры, способные оказывать высокотехнологичную медицинскую помощь, будут получать несколько меньше пациентов и другой объем финансирования. Согласитесь, это тоже не очень хорошо для развития системы оказания медицинской помощи в регионах.

ССТ: Изменения, которые предлагают Минздрав РФ и ФФОМС в законопроекте, призваны, вероятно, решать какие-то проблемы. С Вашей точки зрения — какие?

Д. К.: Последние несколько лет постоянно поднимается тема о том, что федеральные учреждения должны заниматься не только лечением пациентов, но и научной работой, медицинскими исследованиями. Научная деятельность требует серьезного финансирования, а в условиях страховой медицины, когда нужно биться за каждого пациента, занятия наукой могут отойти для лечебного учреждения на второй план. При этом считается, что территории предпочитают лечить пациентов у себя, а не направлять в федеральные центры.

Есть понятие «наука», есть понятие «оказание медицинской помощи». Давайте определимся, что и из каких источ-

ников мы финансируем. В системе ОМС оказание медицинской помощи населению и работа научно-исследовательских институтов — не одно и то же. Например, научно-исследовательские институты, которые разрабатывают вакцину, не имеют никакого отношения к системе ОМС — их финансирование идет несколько иначе.

Кроме того, здесь встает еще один вопрос: как и кто будет оценивать эффективность и контролировать совмещение научной и практической деятельности в федеральных медучреждениях? Если это будут специалисты, которые внесены в единый реестр экспертов, может встать вопрос об их объективности и непредвзятости. При этом систему контроля нужно еще организовать и сомневаюсь, что это можно сделать сейчас, за полтора месяца до конца этого года. Также сомнения вызывает подготовка за эти же сроки системы защиты прав пациентов, получающих помощь в учреждениях федерального подчинения (ею тоже планирует заниматься Федеральный фонд).

На мой взгляд, развитие страховых принципов — это дальнейшее участие страховщиков в работе и переход в сферу их компетенции расчетов за оказанную медицинскую помощь застрахованным на всей территории России. Страховые компании — это, прежде всего, финансовые институты, а вовсе не сервисные компании, как их пытаются представить. Когда страховщикам определяют в качестве основной сервисную роль, естественно, возникают сомнения в том, что они могут оказывать влияние на качество медицинской помощи, проводить эффективную страховую экспертизу и так далее. Но такого не должно быть.

ССТ: Новации должны приносить эффект, в том числе — финансовый. Подразумевается ли он в случае принятия обсуждаемого законопроекта?

Д. К.: В моем представлении, когда мы обсуждаем законопроект, необходимо

За II квартал в колл-центры СМО поступило

1090,1 тыс. обращений всего

Из них

644,3 тыс. связаны с получением и действием полиса ОМС

52,5 тыс. связаны с организацией работы МО

143,1 тыс. связаны с оказанием медицинской помощи

251,1 тыс. прочие причины обращений, в том числе

32,8 тыс. — обращения по КИВИ

внимательно смотреть на пояснения к документу. В пояснении к законопроекту № 1027750-7 сказано, что основным запланированным результатом к 2023 году должно стать 6,8 млрд руб., которые будут сэкономлены. Подчеркну, что страховые компании каждый год возвращают в бюджет до 12 млрд руб., выполняя тот функционал, которой на них возложен сейчас. Тогда возникает вопрос: насколько эффективны внесенные предложения с точки зрения экономики. На мой взгляд, они весьма спорные.

ССТ: Что могут в связи с этим предложить страховщики?

Д. К.: По моему убеждению, не нужно рубить на корню страховые организации, тем более что обоснование необходимости снижения их финансирования не выдерживает серьезной критики. Предложения напоминают школьную ситуацию: если все в классе сдают экзамен на «четверки», то давайте считать «четверки» максимумом, а «тройки» — хорошей отметкой, и тогда все станут успевающими.

На мой взгляд, обоснование сделать максимальный РВД на уровне 1 %, потому что во всех регионах страховщикам не платят РВД выше этой цифры, вовсе не обоснованно. Законопроект предлагает страховщику в каждом субъекте федерации доказать, что он работает эффективно, вывернув наружу все расчеты. Нужно показать все денежные потоки, как строятся внутрикорпоративные решения, как построена система ИТ и так далее. Но ИТ-система федеральных страховых компаний не имеет никакого отношения к каждому конкретному региону, и доказывать ее эффективность в каждом локальном случае сложно, а самое главное, бессмысленно.

Далее — предлагаемое решение о сокращении объема ответственности, поля деятельности страховщика. Разговоры о том, что нужно снять нагрузку со страховщиков здесь и там, чтобы минимизировать их затраты, фактически означают их отстранение от определенных задач. Безусловно, система ОМС сможет работать, как угодно. Есть страны, где нет страховых организаций, есть — без аналогов территориальных фондов, и все системы так или иначе работают. Но, на мой взгляд, странное решение — двигаться назад от того, что уже построено, куда логичнее двигаться вперед.

Нужно отдельно разработать схему финансирования для федеральных лечебных учреждений, если стоит такая задача, продумать и обсудить маршрутизацию пациентов в федеральные лечебные учреждения, а также контроль качества и оплаты проведенного лечения страховщиками. Но это надо обсуждать со всеми заинтересованными сторонами, начиная с глав субъектов, научным, медицинским, пациентским, страховым сообществом, а не принимать поспешное решение в короткий период с непредсказуемыми последствиями, учитывая значимость отрасли для каждого человека в нашей стране.