



**В ЦЕНТРЕ ВНИМАНИЯ —  
ЧЕЛОВЕК**

Председатель Федерального фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко считает самым важным помнить, что центральная фигура системы обязательного медицинского страхования — застрахованный человек, и потому крайне осторожно оценивает целесообразность введения в действующую систему ОМС рискованных компонентов.

**Современные страховые технологии:** Прекратились ли дискуссии о выборе модели нашего здравоохранения в нынешних непростых экономических условиях? Чего не хватает для перехода от действующей, по сути бюджетно-страховой модели, к чисто страховой?

**Наталья Стадченко:** Напомню очевидную и всем понятную вещь: в мире нет ни одной универсальной модели ни здравоохранения, ни социального (медицинского) страхования, которая могла бы быть использована в любой стране. Споры о преимуществах систем не прекратятся никогда. И в Германии эксперты ставят под сомнение достоинства классической страховой модели, которой более 120 лет, и в Англии специалисты критикуют государственную систему финансирования отрасли.

Президент уже более двух лет назад прекратил полемику по вопросу выбора модели здравоохранения в своем послании к Федеральному собранию. Завершить переход на страховые принципы — такое поручение главы страны содержалось в документе.

Во исполнение поручения

президента Министерством здравоохранения и Федеральным фондом были разработаны соответствующие законодательные и подзаконные нормативные акты, направленные на укрепление финансовой устойчивости системы ОМС. Вдвое были повышены требования к уставному капиталу страховых медицинских организаций, решивших остаться в обязательном медицинском страховании в 2017 году. Это повлекло уход многих региональных игроков, дальнейшую капитализацию и централизацию средств крупных страховых компаний. Мы предвидели целесообразность этих мер, так как страховщикам законодательно вменялся новый функционал, который не мог бы выполняться «узкоформатными» компаниями». Институт страховых представителей, интенсификация деятельности по профилактическим направлениям, персонализированное сопровождение застрахованных, новый формат информационного взаимодействия между всеми участниками и субъектами ОМС — все эти инновации оказались под силу только крупным страховым компаниям. Более того,

именно у крупных страховых структур федерального масштаба дополнительные обязанности не вызвали серьезных проблем: в том или ином формате они и раньше выстраивали механизмы защиты прав своих застрахованных, вкладывали средства в совершенствование коммуникационных систем, интегрировали их в региональные системы здравоохранения и т. д.

То есть сегодня мы видим, как достраивается наша страховая модель: с наличием конкуренции как в страховой, так и в медицинской среде, отладкой вневедомственного контроля качества медицинской помощи, выраженными тенденциями пациентоориентирования, кардинальной перестройкой института защиты прав застрахованных.

Бюджетно-страховая эта модель или страховая? Давайте уточним. Обычно под первым термином критики существующей системы здравоохранения подразумевают то, что оплата медицинской помощи финансируется из нескольких источников. А мы вообще не видим в этом проблемы. Финансовая база страховых взносов в том же

Израиле наполовину формируется за счет выделяемых бюджетных средств: это компенсационные выплаты за дорогие препараты, медицинские изделия, сложные операции. У нас ведь тоже до 2015 года внепрограммная часть дорогостоящей высокотехнологичной помощи оплачивалась за счет средств федерального бюджета. В Сингапуре, страховая модель здравоохранения которого признается одной из лучших в мире, до 80 % расходов на оказание медицинской помощи гражданам страны субсидируется за счет государственного бюджета. В той же «идеальной» страховой модели Германии взносы за неработающих так же, как и у нас, оплачивает госбюджет. Так в чем проблема бюджетно-страховой модели? Пациенты только выиграют, если целевые страховые взносы будут дополняться средствами бюджетов различных уровней. А централизация средств, в том числе и из разных источников, в одноканальном финансировании оказания медицинской помощи — это укрепление финансовой дисциплины, повышение прозрачности расчетов и оптимизация контроля за расходованием средств в системе здравоохранения. Это тот стратегический выбор, который сделало руководство страны.

Пациенты только выиграют, если целевые страховые взносы будут дополняться средствами бюджетов различных уровней.

### **ССТ: Считаете ли Вы возможным внедрение рискованной модели медицинского страхования?**

**Н. С.:** Я бы вообще с осторожностью рассматривала любые конструкции со словами «риск», если речь идет о государственных институтах обеспечения социальных гарантий. Формируя ежегодный бюджет, мы каждый раз просчитываем всевозможные перспективные нюансы политического и экономического характера, каждый из которых тоже своего рода риск нарушить тот сложившийся социально справедливый баланс между имеющейся в нашем распоряжении ресурсной базой и перечнем медицинских услуг программы государственных гарантий, который удается не только поддерживать все последние годы, но и расширять каждый год. В нынешних условиях, на мой взгляд, просто неактуально говорить о возможной передаче этих рисков страховым компаниям. Совокупный капитал страховщиков в системе ОМС вызывает сомнения в полном покрытии стоимости медицинских услуг, гарантированных сегодня государственной системой обязательного медицинского страхования. Возможно, со временем, они смогут создать финансовые резервы, необходимые для купирования разномасштабных проблем в случаях их возникновения. А если нет? Все прекрасно понимают, что при любой вновь сфор-

мированной, даже идеально прописанной нормативной базе, ответственность за здоровье людей все равно останется за государством. Это понимают и органы государственной власти, и страховщики. За такую рисковую модель сегодня активно агитируют некоторые эксперты с либеральными, как им кажется, взглядами.

Конкуренция и расширение спектра полномочий страховых компаний — еще два слагаемых обсуждаемой модели. А что, сейчас нет конкуренции? Сегодня как никогда ранее мы видим обострение конкуренции между страховыми медицинскими компаниями за страховое поле: политической конкуренции, экономической, организационно-технологической... Все это есть сегодня, и развивается довольно динамично. Есть конкуренция и между медицинскими организациями. Конечно, она не может считаться совершенной на данном этапе, но отрицать, что застрахованные граждане уже видят пользу от своего права выбора как страховщика, так и врача или поликлиники, невозможно.

Другой момент. У нас нет других денег, кроме тех, что заложены в подушевой норматив реализации территориальных программ ОМС. Невозможно просчитать, с каким КПД для застрахованных страховщики обменяют авансовый подушевой платеж на эффективность реализации своих новых полномочий по управлению

сферой здравоохранения и контролю за деятельностью медицинских организаций. За счет чего, и с каким темпом они будут формировать свои новые резервы? На какие цели их расходовать? Если законодательно максимально сузить направления инвестиций страховщиков, защищая таким образом целевые деньги, сохранит ли тогда привлекательность для них эта трудоемкая и сложная процедура перестройки системы?

Обсуждая перспективы введения таких рыночных механизмов, как рискованные модели страхования, мы должны постоянно возвращаться к главному вопросу: для кого это нужно? И если не называть по традиции, а в действительности считать и помнить, что центральная фигура системы обязательного медицинского страхования — застрахованный человек, то становится понятным, почему мы крайне осторожно оцениваем целесообразность введения в действующую систему ОМС рискованных компонентов.

**ССТ:** Но перемены все равно происходят...

**Н. С.:** Сегодня алгоритм действий страховых медицинских организаций претерпевает значительные изменения. На страховщиков законодательно возлагаются новые дополнительные функции по организации информационного сопровождения застрахованных лиц при оказании медицин-

ской помощи, по участию в формировании здорового образа жизни у застрахованных лиц, по организации проведения профилактических мероприятий, созданию службы качества медицинской помощи, а также новые финансовые санкции за невыполнение этих функций. И, в ключе последних изменений законодательства, наверное, можно рассматривать и варианты дальнейшего постепенного расширения полномочий страховщиков, повышения их финансовой ответственности за ошибки планирования или за недостатки в организации медицинского страхования на своей территории, за которые они будут отвечать собственными средствами. Почему нет?

**ССТ:** Любая система устойчива при наличии единых правил для всех участников на всей территории страны. Единые правила разрабатываются ЦБ, ФОМС, Минздравом, СРО. Согласны ли Вы, что необходимо полное единообразие в работе территориальных фондов ОМС?

**Н. С.:** Принятый в 2010 году закон об обязательном медицинском страховании конкретизировал участников ОМС (к ним отнесены территориальные фонды ОМС, страховые медицинские организации и медицинские организации), определил их права и обязанности, причем единые на всей территории Россий-

ской Федерации.

Взаимодействие территориальных фондов ОМС со страховыми медицинскими организациями регулируется договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. Взаимодействие страховых медицинских организаций с медицинскими организациями осуществляется в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию. Типовые формы договоров установлены приказами Минздрава России и строго соблюдаются всеми участниками обязательного медицинского страхования, включая территориальные фонды.

За последние четыре года проделана большая работа по созданию нормативной базы для унификации условий деятельности участников обязательного медицинского страхования: единые правила установлены для формирования в регионах тарифной политики, для расчета нормативов объемов медицинской помощи и нормативов финансовых затрат. Нормативно установлен одинаковый для всех регионов формат информирования застрахованных граждан о полученных ими медицинских услугах и их стоимости. Даже порядок сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи мы сделали единым и обязательным для участников системы во всех регионах, для чего

была переписана и существенно дополнена XV Глава Правил ОМС.

**ССТ:** Критики системы ОМС предъявляют претензии к дублированию функций участниками системы: территориальными фондами и страховщиками. Считаете ли Вы правильным устройство российской системы ОМС, учитывая мировой опыт с единственным оператором страховых средств, централизованного фонда, и компаний медицинского страхования (опыт Голландии)?

**Н. С.:** Я уже говорила, что не существует единственной «правильной» модели финансирования и управления организацией оказания медицинской помощи. Ни немецкой, ни голландской, ни... российской. Дело не только в различных экономических условиях, в которых создавались. Масса других факторов — географических, политических, исторических, культурных, если хотите, — имеют значение при формировании этого государственного института в каждой стране.

А в чем критики видят дублирование функций терфондов и страховых медицинских компаний? Обычно такие заявления делают те, кто просто не знает, как устроена наша система, как она работает. Или те, кто невнимательно читает нормативные акты. О дублировании функций были основания говорить лет

двадцать назад. Полномочия страховых медицинских организаций и территориальных фондов ОМС давно разграничены законодательно, они не повторяются и не пересекаются. Непосредственный контроль за деятельностью медицинского сектора и за качеством оказываемых медицинских услуг осуществляют страховщики. Весь массив контрольной работы — на них. А один из главных функционалов территориальных фондов обязательного медицинского страхования — это контроль за деятельностью страховых медицинских компаний. В медицинские организации терфонды приходят только в случаях межтерриториальных расчетов, когда получают счет за медицинскую помощь, оказанную гражданину, застрахованному на территории другого субъекта Российской Федерации или в рамках проверки жалобы от застрахованного лица на некачественно оказанную медицинскую помощь. В этом случае фонд играет роль третейского судьи в формате как досудебного, так и судебного, разбирательства.

Кроме того, у территориального фонда еще одна важная функция. Будучи учрежденным органами государственной власти субъекта Российской Федерации, он, тем не менее, осуществляет реализацию контрольных полномочий за соблюдением федерального законодательства в сфере обязательного медицинско-

го страхования, за использованием средств ОМС страховыми медицинскими организациями и медицинскими организациями.

**ССТ:** Как меняется ситуация с правами граждан? Они становятся более защищенными?

**Н. С.:** Сегодня, после введения института страховых представителей и расширения механизмов информирования граждан о своих правах в системе ОМС в рамках создания пациентоориентированной модели здравоохранения, мы рассчитываем на снижение количества жалоб от застрахованных, так как основная цель всех последних наших нововведений — создать условия предупреждения нарушения или конфликта. Мы хотим, чтобы застрахованные граждане, имея какие-то сомнения в отношении страховой компании, поликлиники, больницы, врача, задавали нам вопросы до обращения к медикам, а не после него. Мы уверены, что такой «профилактический» формат информационного взаимодействия будет способствовать предупреждению подавляющего большинства нарушений в сфере охраны здоровья, сделает наших граждан грамотными в юридическом отношении, а систему обязательного медицинского страхования — открытой и понятной для них.

