

*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.*

– Насколько модель российского здравоохранения отвечает запросу руководства страны на страховую модель?

– 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. 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.

– Аудиторы Счетной палаты постоянно высказывают опасения, что продолжится рост объема платных медуслуг. 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.

– 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 (около 50 тыс.) в территориальные фонды ОМС и страховые компании менее 1% были собственно жалобами на нарушения прав на получение медицинской помощи в рамках ОМС. 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.

– Ожидаете ли вы падения объема взносов в бюджет ФОМС в 2016 году?

– 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.

– Какую долю в системе ОМС сейчас занимают негосударственные операторы рынка?

– В 2012 году в ОМС работали 1029 частных медицинских компаний (12,7%), в 2013 году – 1333 (16,2%), в 2014 году – 1840 (21,5%), а в 2015 году – 1943 (22,4%). Доля частных, участвующих в реализации территориальных программ ОМС в 2016 году, увеличилась до 29% – это 2540 медорганизаций.

– Сколько денег на них приходится?

– 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.

Источник: [Коммерсантъ](#), № 109, 22.06.16

Автор: Мануйлова А.