

Назначение нового председателя Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) Натальи Стадченко многие встретили с удовлетворением – она имеет успешный опыт руководства территориальным фондом, то есть знает проблемы огромной системы «от и до».

Уже более полутора лет система ОМС и здравоохранение работают в условиях нового законодательства. Возросла роль ФФОМС в выравнивании условий оказания медицинской помощи в регионах – с 2011 года на эти нужды в ФФОМС поступает 3,1% взносов вместо 1,1%, тогда как доля территориальных фондов – 2% – осталась неизменной. Велика ответственность фонда и за реализацию региональных программ модернизации – львиная доля средств на нее поступает именно отсюда. Новый закон изменил и многое другое в системе.

– Главными недостатками прежнего законодательства об ОМС была низкая информированность граждан о своих правах, что порождало их массовое нарушение и недовольство, – говорит заместитель генерального директора страховой компании «МАКС-М» Надежда Новикова. – А также мозаичность реализации прежнего законодательства на территории России, начиная с многообразия полисов ОМС до принципиально разного уровня финансового обеспечения территориальных программ. В новом законе многие из этих недостатков устранены – детально определены основные права и обязанности субъектов и участников системы ОМС. Введен полис единого образца, формируются региональные и федеральный регистры застрахованных. Принципиально изменилась система информирования граждан об их правах – «горячие линии», интернет-сайты, онлайн-общение – эта работа стала важнейшей для страховых медицинских организаций (СМО).

Но и круг проблем, который предстоит решать новому руководителю, огромен. «Прежде всего это переход с 2013 года на одноканальное финансирование медицинских учреждений, – считает авторитетный организатор здравоохранения, вице-президент Российской академии медицинских наук Владимир Стародубов. – Второе – реализация на практике прав граждан на выбор лечебного учреждения и врача. Без серьезной подготовки эти цели будет достичь непросто».

Не менее сложно реализовать функцию ФФОМС по выравниванию условий финансирования региональных систем здравоохранения. По закону власти субъектов федерации должны повысить взносы в территориальные фонды на неработающее население для обеспечения выполнения региональных программ ОМС, а это значит, что предстоят жесткие переговоры с губернаторами.

– В ближайшие несколько лет система здравоохранения должна кардинально измениться, и руководству ФФОМС предстоит в этом активно участвовать, – уверена директор Института экономики здравоохранения НИУ ВШЭ Лариса Попович. – Самое сложное – это формирование бюджета фонда на следующий год и его отстаивание. Затем предстоит сопоставить выполнение стандартов оказания медицинской помощи, которые введены законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», с объемами финансирования системы. Предстоит также включиться в работу по формированию новой программы государственных гарантий бесплатной медицинской помощи на ближайшие три года. Необходимо наладить жесткий контроль работы страховых организаций, провести инвентаризацию всех функций, которые они сегодня выполняют или не выполняют. Например, в части исполнения судебных решений о причинителях вреда, требование которых также введено статьей 31 нового закона, – сейчас они этим не занимаются.

– Действующая практика возмещения расходов на лечение в случае причинения вреда здоровью застрахованного (т.н. «регрессных исков») не стыкуется с новой нормой закона, – возражает первый заместитель генерального директора компании «РОСНО-МС» Юрий Бондарев. – В распоряжении медицинского страховщика при рассмотрении конкретного случая есть только медицинская карта и счет за лечение. Не имея точной информации, когда, при каких обстоятельствах и кем причинен вред, нельзя подать иск. Такой информацией располагают только органы следствия и прокуратура. Но, обратившись к закону об ОМС, прокурор убеждается, что возвращенные по регрессным искам суммы подлежат зачислению в целевые средства, не принадлежащие страховым организациям, а иск в публичных интересах он вправе заявить и сам. Так зачем огород городить и создавать цепочку посредников? Проще сразу взыскать государственные средства в пользу того же государства – так прокуроры обычно и поступают. Очень жаль, но следует признать, что сегодня статья 31 не работает.

Страховые компании, число которых в стране сокращается, не в последнюю очередь потому, что повышаются требования к ним, сталкиваются со множеством других проблем.

– Все еще нет единства модели ОМС в разных субъектах, как по тарифам и формам оплаты, так и по требованиям со стороны терфондов, – делится генеральный директор компании «РЕСО-Мед» Анатолий Сандимиров. – Сами же территориальные фонды по-прежнему нацелены лишь на содержание сети медицинских организаций, так как зависимы от местных органов власти и фактически являются аналогами централизованных бухгалтерий при органах управления здравоохранением, хотя и с новыми амбициями. Их задача – любыми путями добиться дополнительных средств от ФФОМС и доложить губернатору, что «мы получили больше соседа». В этой схеме вообще нет пациента. Масса вопросов, которые проявились в процессе реализации нового закона, остались неурегулированными. Практически вся нормативная база, которая принималась впопыхах, нуждается в серьезной и профессиональной доработке. И мы надеемся, что новое руководство ФФОМС уделит этому особое внимание.

Терфонды ОМС и страховые компании законодательно получили функции по контролю объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи. И тут на счету терфонда ОМС Краснодарского края, который возглавляла Наталья Стадченко, есть достижения, которые она планирует распространить на всю страну. Это – создание постов качества в медицинских учреждениях и проведение очной экспертизы медпомощи. Однако реальная практика выявила и в этих здравых, казалось бы, начинаниях, свои трудности.

– Очные экспертизы проводятся в случаях, требующих неотложного вмешательства специалистов СМО или фонда в процесс оказания медицинской помощи конкретному больному, – подчеркивает Надежда Новикова. – Но массовое проведение очных экспертиз – это подмена функций организаторов здравоохранения. Мало того, очная экспертиза кроме выводов предполагает формирование предложений, т.е. внесения изменений в планы лечебно-диагностических мероприятий, что противоречит уставной деятельности и не предусмотрено лицензией СМО.

– Мы создали посты качества в крупных клиниках, – делится опытом заместитель генерального директора «Городской страховой медицинской компании» Санкт-Петербурга Елена Тушева. – И убедились, что это нерентабельно – держать специалиста целый день, когда к нему обращаются 2–3 человека, и то с организационными вопросами: как получить полис или поменять врача. На эти вопросы мы отвечаем и по телефону, и на сайте. Теперь наши страховые специалисты мигрируют по поликлиникам районов, сами активно опрашивают очереди пациентов, выявляют проблемы и жалобы. Что касается экспертизы, то ее объемы по новому закону и так очень велики. И набрать нужное количество экспертов высокой квалификации трудно, а если это рядовой врач, то почему он будет умнее тех врачей, которых проверяет?

Значительное число жалоб в страховые компании связано с платностью медицинских услуг, с которой сталкивался практически каждый, когда деньги вымогают за то, что положено бесплатно, или приходится платить просто «в карман». Но коррупция проникла и в саму систему страховой медицины.

– Первое, с чего следовало бы начать новому руководству фонда, – это анализ того, где в системе есть коррупционная составляющая, – считает первый заместитель директора Центрального научно-исследовательского института организации и информатизации здравоохранения, доктор медицинских наук Юлия Михайлова. – Прежде всего это отношения фонда со страховыми организациями. Их оторванность от фонда и закрытость способствуют лоббированию их интересов, а не интересов застрахованных граждан. Возможна эта составляющая и в контактах с главными врачами медицинских учреждений, которые идут напрямую в фонд и просят денег в обход органов управления здравоохранением. Коррупционная составляющая возможна и в таком направлении, как выравнивание финансирования территориальных программ страхования за счет перераспределения взносов, поступающих в ФФОМС. Нельзя допустить, чтобы в регионы привозили готовые платежки, как это бывало в прошлом, – необходимо выработать прозрачный, справедливый и объективный механизм выравнивания, только тогда оно даст позитивный эффект. Новому руководству предстоит решать проблемы фундаментальные и нельзя погрязнуть в рутине организационной текучки.

Роль системы ОМС в жизни каждого из нас, несомненно, будет расти. С увеличением страховых взносов за работающих до 5,1% и законодательным утверждением тарифов на неработающих общий объем средств ОМС в 2011 году уже составил 547 млрд рублей, а к 2015 году он вырастет до 1,406 трлн рублей, то есть на каждого застрахованного будет приходиться до 10 тыс. рублей – контроль за этими средствами должен стать на порядок строже. В недалеком будущем предполагается и поэтапное введение в стране лекарственного страхования, а это значит, что специалистам придется внедрять сложную и тонкую систему расчетов за лекарства для новых категорий льготников. А мы, граждане, получили право выбирать страховую компанию и медицинское учреждение – у нас появился, пусть пока и не очень востребованный, но все же определенный рычаг влияния на здравоохранение. Может быть, общими усилиями нам и удастся создать такую медицину, о которой мы все мечтаем: толковую, современную, некорыстную.

Источник: [Российская бизнес-газета](#), № 32, 28.08.12

Автор: Батенева Т.