

Российской системе обязательного медицинского страхования 25 лет. Она переживала разные периоды – и относительно благополучные, и очень сложные. Последние были связаны и с дефицитом финансового наполнения фондов ОМС, и с внешне запоздалым разворачиванием дискуссиями о необходимости в принципе иметь в России подобный механизм медицинского страхования. Тем не менее, пока альтернативы нынешней системе ОМС нет, и задача всех участников рынка медицинских услуг – территориальных фондов ОМС, страховых компаний, органов управления здравоохранением, медицинских учреждений – сотрудничать к общей выгоде (в хорошем смысле слова) в условиях имеющихся финансовых реалий.

Каким образом удаётся соблюсти этот баланс интересов в Новосибирской области? Директор Новосибирского территориального ФОМС Елена ЯГНЮКОВА называет важнейшим принципом эффективной работы системы обязательного медицинского страхования паритетность представительства субъектов и участников системы не только в её органах управления, но также в формировании терпрограмм госгарантий и тарифных соглашений.

– Елена Владимировна, но ведь сама по себе паритетность представительства сторон ещё не означает, что каждая их встреча за столом переговоров проходит тихо-мирно и заканчивается ко всеобщему удовлетворению. К примеру, вряд ли главные врачи лечебных учреждений могут быть на 100% согласны с предлагаемыми размерами тарифов. Или в вашем регионе такое возможно?

– Дискуссии, конечно, бывают. В отношении стационаров всё ясно: там сформированы единые на всей территории РФ клинко-статистические группы, и наполнение тарифа увязано с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, ориентируясь на которые, учреждение может применять определённые медицинские технологии и расходные материалы.

С тарификацией амбулаторно-поликлинических услуг всё не так просто. Основные объёмы помощи здесь оплачиваются согласно подушевому принципу. По тарифам оплачивается медицинская помощь, оказанная врачами отдельных специальностей, такими как гинекологи, стоматологи. Это вызвано, в первую очередь, исторически сложившейся структурой городских поликлиник Новосибирска. Но и при оплате по подушевому нормативу применяются тарифы для взаиморасчётов поликлиник друг с другом. Для прозрачности этой системы назрела необходимость унифицировать тарифы ОМС на услуги поликлиник.

Кажется, что сделать это просто, но на самом деле не совсем. С одной стороны, мы хотим, чтобы врачам было проще работать со справочником тарифов. А с другой стороны, если мы просто тотально, по всем специальностям, проведём унификацию тарифов, то потеряем сложность медицинской услуги. К примеру, приём ЛОР-врача не всегда ограничен просто беседой или элементарной проверкой слуха, нередко необходимо выполнить пациенту более сложную манипуляцию. И сложность этой манипуляции в тарифе также необходимо учесть.

Поэтому мы ведём диалог с Минздравом Новосибирской области, надеясь на конструктивное решение, в результате которого поликлинические учреждения, которые оказывают более сложные услуги, смогут зарабатывать больше. Оплата их работы будет сопоставима с реальными трудозатратами, то есть станет полностью адекватной. Но самое главное – при таком подходе к тарификации оплата услуг, оказанных лечебными учреждениями в системе ОМС, становится прозрачной и всем понятной.

– Этим занимается только Новосибирский ФОМС?

– Думаю, что и в других регионах предпринимаются усилия к тому, чтобы повысить финансовую эффективность системы ОМС.

При этом продолжающаяся работа по формированию тарифов, о которой я говорю, ни

помощи при определённых условиях даже превышает тарифы на ВМП.

Одним словом, равновесие между этими двумя системами оказания помощи установлено, а как этим пользуются территории – другой вопрос.

– Интересы пациентов система ОМС защищает традиционно. Но почему-то она никогда не отстаивала интересы медработников. Почему?

– Ситуация изменилась. Сейчас на заседаниях комиссии по разработке территориальной программы ОМС, где присутствуют представители врачебных ассоциаций, профсоюзов и лечебных учреждений, регулярно рассматри-

– Кстати, это проблема, о которой руководство Новосибирского ФОМС начало во всеуслышание говорить ещё лет десять назад: что у нас в стране масса людей, работающих на самих себя, которые не платят налоги, но при этом хотят получить бесплатную медицинскую помощь.

– Пока тариф страхового взноса на неработающее население не был установлен законом, а его определяли сами субъекты РФ, проблема не стояла так остро. А теперь, когда закон диктует региональным бюджетам объёмы платежей, и ставит в зависимость получение субвенции ФФОМС, это уже мотивирует территории

мы обязательного медицинского страхования участвуют 23 частные медицинские организации. Общий объём финансирования из средств ОМС на 2018 г. для них составляет 1 млрд 405 млн руб., или 4,2 % от плановых расходов на оплату медицинской помощи в рамках Терпрограммы ОМС.

По отдельным видам услуг на долю частных организаций приходится почти 100% плановых объёмов медицинской помощи. В частности, по гемодиализу, ЭКО.

Негосударственные медицинские организации принимают участие и в оказании специализированной помощи. Несмотря на то, что в Новосибирске потребность населения в

ОМС: реальность и перспективы

Главное условие — диалог

Отстаивая свои интересы, нужно уметь слушать собеседника



ваются вопросы по защите интересов медицинских работников, а именно повышения их заработной платы согласно с показателями «дорожной карты».

В принципе, это не является обязанностью региональных фондов ОМС, поскольку выдерживать сроки и параметры исполнения «дорожной карты» – обязательство субъекта РФ. Но в нашем регионе территориальная Программа госгарантий на 80% состоит из средств системы ОМС, большинство видов помощи предоставляются в рамках базовой программы ОМС, и мы должны участвовать в исполнении условий повышения зарплаты медработников. То есть «дорожная карта» в Новосибирской области выполняется в значительной части за счёт средств ОМС.

– Региональный бюджет не справляется?

– Я бы не стала использовать именно такую категоричную формулировку, ситуация в другом.

Надо признать: нагрузка на бюджеты регионов сегодня очень высокая, и не все субъекты РФ с лёгкостью справляются со всеми своими обязательствами. Для этого есть объективные причины.

К примеру, платёж на неработающее население, который переводит в систему ОМС бюджет Новосибирской области, составляет 13 с лишним млрд руб., это весьма внушительная сумма. За 10 лет размера данного платежа вырос в четыре раза!

Мы считаем абсолютно правильным то, что подход к определению численности неработающего населения в настоящее время меняется. Правительство региона должно платить взносы на обязательное медицинское страхование только за тех граждан, которые официально являются безработными либо объективно, по состоянию здоровья или возрасту, не могут работать. В настоящее время в Новосибирской области порядка 400 тыс. человек трудоспособного возраста имеют статус неработающих. Очевидно, что далеко не все эти люди имеют официальный статус безработных и неофициально занятых в экономике.

изыскивать средства. В том числе – дифференцировать действительно неработающих и тех, кто просто уходит от уплаты страховых взносов.

– Председатель Федерального ФОМС Наталья Стадченко сообщила, что в 2019 г. ФОМС получит полномочия по контролю тарифных соглашений субъектов РФ, и это поможет уравнивать тарифы на территории всей страны, не допускать их необоснованного занижения в каких-то субъектах РФ. Министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова также заявила о необходимости вертикализации системы ОМС, что позволит увеличить качество и доступность медицинской помощи для граждан. Как вы относитесь к идее выстроить вертикаль управления системой ОМС? Станут ли от этого выше тарифы, и будет ли больше денег в системе ОМС каждого региона?

– Существующая система ОМС уже предполагает соразмерность тарифов. Мы работаем по федеральным нормативам, поэтому рост тарифов в Новосибирской области произойдёт в темпах роста субвенции ФФОМС.

Остался в прошлом тот период, когда отдельные главные врачи требовали признать их учреждения особенными и индивидуально увеличить тарифы. Сегодня в нашем регионе нет существенных разногласий между тарифами, рассчитанными по предложенной ФФОМС методике, и ожиданиями лечебных учреждений. Проблема с перекосами в тарифообразовании действительно может быть, но только там, где федеральная методика не применяется. От этого и возникает разница в тарифах на одну и ту же услугу в разных регионах.

Вертикализация системы ОМС заставит-таки всех прийти к общим правилам формирования тарифов. И хотя Новосибирская область входит в число субъектов РФ, к которым замечаний по поводу тарифных соглашений нет, тем не менее, к идее вертикализации мы относимся с пониманием.

– Испытывает ли рынок медицинских услуг в Новосибирской области реальную потребность в том, чтобы среди его игроков, работающих в системе ОМС, были частные медицинские организации?

– На территории области широко развита сеть медицинских организаций негосударственной формы собственности, которые предоставляют большой спектр медицинской помощи, предусмотренный программой госгарантий. Всего в реализации терпрограм-

высокотехнологичной помощи практически полностью закрыта федеральными клиниками и областными учреждениями, к оказанию ВМП привлекаются и частные организации. В 2018 г. им было распределено 682 квоты на ВМП, что составляет 9% от общего планового объёма.

– У «частников» есть желание работать в системе ОМС более активно?

– Как и в других регионах, в Новосибирской области большинство частных клиник, заявляющих себя в ОМС, – стоматологические. Они оказывают почти пятую часть всей стоматологической помощи, при этом никогда не просят, чтобы в программу ОМС были включены все мощности клиники. Поэтому возникает вопрос: а как на практике в этих клиниках реализуются права пациентов на получение бесплатной медицинской помощи?

– Хороший вопрос, справедливый.

– Мне кажется, участие негосударственных организаций в системе ОМС ещё не до конца проработано. Поскольку целью создания частной клиники является, прежде всего, извлечение прибыли, то услуги, которые декларируются для работы в программе ОМС, выбираются по принципу «рентабельно-нерентабельно». При этом создаются опасные прецеденты, когда частные клиники недобросовестно подходят к партнёрским отношениям со страховыми компаниями, есть вопросы к объёму и качеству их медицинской помощи.

– Вице-премьер России Татьяна Голикова заявила, что необходимо ограничить платные услуги в государственных лечебных учреждениях. Как вы считаете, возможно ли сегодня полностью финансово обеспечить потребности системы здравоохранения без внебюджетной деятельности самих учреждений?

– Если устранить дефицит бюджетов на материально-техническое обеспечение медицинских учреждений, отказ от платных услуг станет возможен. Ведь зачастую доходы от платных услуг направляются на содержание учреждений и на их техническое оснащение.

Если же платные услуги всё-таки останутся в государственной системе здравоохранения, то они, безусловно, нуждаются в упорядочении по видам, по месту и времени их оказания. Подмены бесплатной помощи платными услугами быть не должно.

Подготовила Елена БУШ, обозреватель «МГ».