

# Заинтересовать рублем

Нужны финансовые стимулы к здоровому образу жизни – считает директор ТФОМС

Ольга Сурагина

В своем прошлогоднем послании Федеральному Собранию Владимир Путин назвал базовым вопросом реальный переход к страховому принципу в здравоохранении.

**П**о мнению Президента РФ, сегодня функция ОМС, по сути, сводится к «прокачке денег» до получателя, но только не через бюджет, а через внебюджетный фонд. Иными словами, глава государства считает, что системе обязательного медицинского страхования необходимо совершенствоваться. Об этом мы поговорили с директором Волгоградского территориального фонда ОМС Татьяной Самариной.

– Татьяна Васильевна, насколько российской системе ОМС нужна «перезагрузка»? Наверно, нельзя же сказать, что страховые принципы в здравоохранении сегодня не работают вовсе. Все-таки системе ОМС

в России больше 20 лет, и определенный опыт есть...

– Опыт, безусловно, есть. Но не надо забывать, что в здравоохранении в целом очень много проблем, и решить все их за три-пять лет нереально. Да, вопросы есть. Но они не только к федеральному Фонду ОМС и территориальным фондам, но и к страховым компаниям. Им тоже предстоит переформатировать свою деятельность. Недавно в Москве проходило большое совещание, и там тоже велась речь о том, что на рынке должны работать только крупные страховщики, которые в состоянии нести истинные ответственности за страховые риски, а не заниматься перекачкой денег.

Окончание на 4-й стр.



# Заинтересовать рублем

Начало на 1-й стр.

На страховом рынке — только крупные игроки



Татьяна Самарина

Требования к страховым компаниям, которые работают в системе ОМС, изменятся, и уже существуют проекты нормативных документов. В частности, предполагается, что уставной капитал страховых компаний будет увеличен почти вдвое, и открывать свои счета они смогут только в определенных банковских структурах. Предусматриваются и другие меры в рамках регулирования страхования. Кроме того — тут наш президент абсолютное прав — необходимо совершенствовать функции страховых компаний в плане контроля за качеством медицинской помощи, за обеспечением прав граждан в плане выбора врача и лечебного учреждения.

— А что сейчас мешает тем же страховым компаниям этим заниматься? В Волгоградской области в рамках ОМС работают всего две компании, и они достаточно крупные.

— Да ничего им не мешает. Волгоградская область одной из первых в России определилась, что будет работать по ОМС только с крупными, надежными компаниями, которые имеют соответствующие уставные капиталы, возможность открывать свои представительства во всех районах, а также специалистами — экспертами, способными грамотно контролировать деятельность учреждений и защищать права пациентов.

— С вашей точки зрения, сейчас насколько эффективно страховые компании защищают права пациентов?

— Ответу так: все возможности для этого у них есть. Сегодня к врачам-экспертам предъявляются очень высокие требования, гораздо выше, чем в предыдущие годы. В области создан (и мы его ведем) регистр врачей-экспертов, который является частью регистра федерального, и вся информация в режиме онлайн поступает в Москву. Поэтому нарушение любых требований, предъявляемых к врачам-экспертам, — по категории, сертификации и т. д. — в принципе исключено. Более того, сегодня у страховых компаний есть возможность при возникно-

вании каких-то спорных ситуаций с лечебными учреждениями привлекать врачей-экспертов из других регионов. Проблема лишь в том, что сами пациенты недооценивают возможности страховых компаний по защите своих прав.

## Право выбора в пределах разумного

— Не просто недооценивают — большинство застрахованных просто не знают об этом!

— Это совершенно неправильно! Думаю, происходит это от того, что сами страховые компании недостаточно рассказывают в СМИ о своей деятельности по защите прав застрахованных. Такая реклама нужна, она будет полезна для пациентов. Те из них, кто обратился за помощью в страховые компании, поняли, что помощь эта реальна и ощутима. И статистика свидетельствует о том же. Если раньше большинство жалоб от пациентов поступало к нам, в ТФОМС, то теперь более 60% жалоб приходится на страховые компании. Люди обращаются и лично, и по телефону, и письменно, и по электронной почте. Прогресс есть.

— Право выбора пациентом медицинского учреждения давно задекларировано в законе об ОМС. Но насколько реально этим правом воспользоваться — учитывая трехуровневую систему оказания медпомощи, так называемую маршрутизацию и дефицит врачебных кадров?

— Уверю вас, это вполне реально. Надо только знать, что по закону первичную медико-санитарную помощь пациент должен получать в поликлинике по месту своего жительства. А вот в рамках этой поликлиники можно выбирать любого врача. Но опять-таки — с его согласия. Вы же понимаете, если все пациенты вдруг захотят лечиться у одного доктора, ему придется работать круглые сутки. Поэтому обязательно учитывается и регулируется нагрузка на каждого врача. Пациент может выбирать лечебное учреждение, когда ему требуется и более квалифицированная медицинская помощь. Ему должны предложить на выбор ряд учреждений, в том числе и стационаров. Но все не могут лечиться, например, в нашей областной клинической больнице № 1 или в той же «кремлевке». Поэтому должна работать маршрутизация. И она работает.

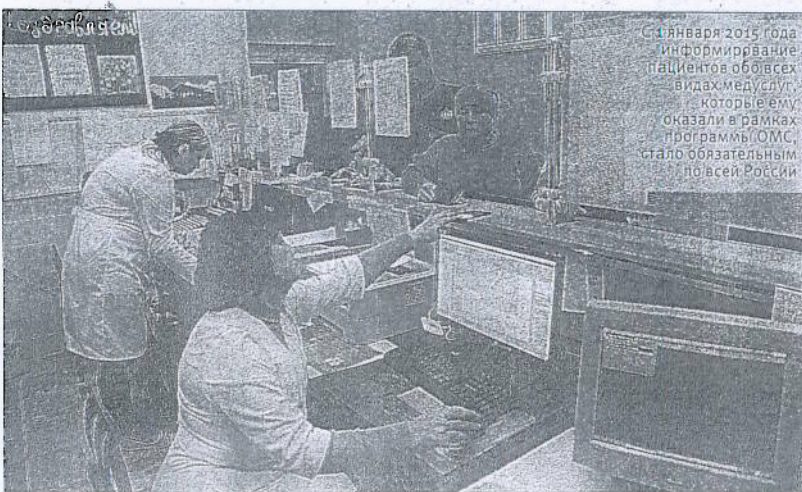


Фото: Виталия Студенцова

## Здоровье — категория экономическая

— Сегодня на федеральном уровне все чаще вспоминают о статье Конституции, где четко сказано: человек сам несет ответственность за свое здоровье. Правда, многие при этом отмечают, что россияне нет финансовых стимулов к здоровому образу жизни.

— Заинтересовать людей формировать правильное отношение к своему здоровью, безусловно, надо. Профилактическая медицина, здоровый образ жизни — сегодня приоритеты на уровне государства. А заговорили об этом так громко в последнее время потому, что стало очевидно: те громадные средства, которые тратит государство на медицину и здравоохранение, не приносят необходимого эффекта в том числе и из-за, извините, неадекватного отношения людей к своему здоровью.

Операция аортокоронарного шунтирования, финансируемая из средств бюджета, стоит около 300 тысяч рублей. Пациентам же ее проводят по жизненным показаниям, как правило, бесплатно. Но это, увы, не всегда ценится. Анализ, который проводился на федеральном уровне, показал, что часть пациентов, кому за счет средств государства было сделано аортокоронарное шунтирование, 1 или в той же «кремлевке». Поэтому государство вновь должно выделять 300 тысяч на повторную операцию для того же самого пациента?

И подобных примеров можно привести массу. Да, нужны финансовые стимулы к здоровому образу жизни. В других странах они есть. В той же Германии страховые взносы на медицину у тех, кто курит, гораздо выше, чем у тех, кто не курит. Ты бросил курить — у тебя появляются экономические преференции. Например, право покупать лекарства со скидкой. Аккуратно платишь страховые взносы и при этом не болеешь — в конце года тебя ожидают какие-то экономические премии. Эти элементы страховых принципов заинтересовывают население заботиться о своем здоровье.

— А кто должен позаботиться о возникновении этих финансовых стимулов к здоровому образу жизни?

— Соответствующие изменения должны вноситься в федеральную нормативную базу. На государственном уровне уже предпринимаются определенные шаги по развитию профилактической медицины. Всеобщая диспансеризация, проводимая в России и в Волгоградской области — серьезное и полезное мероприятие. Диспансеризация постоянно мониторится. Врачи, которые занимаются диспансеризацией и профилактикой, получают неплохие дополнительные деньги (кстати, из средств ОМС) за проведенную работу. Массовость осмотров уже не актуальна. Сегодня приоритет — качество осмотров и дальнейшая работа с пациентами. Кого-то ставят на диспансерный учет в поликлинике, кого-то направляют сразу в стационар, а кого-то — в клиники, специализирующиеся на оказании ВМП. Кстати, должна сказать, что с тех пор, как высокотехнологичная медицинская помощь год назад в нашей Волгоградской области была введена в программу ОМС, она стала гораздо более доступной для жителей региона.

Связь к пилотным регионам России, мы занимаемся таким информированием с 1 октября 2014 года. После каждого посещения врача пациент получает на руки соответствующий документ. И резонанс, надо отметить, превзошел все наши ожидания. Некоторые пациенты обнаружили, что им ставили диагнозы, о которых они не знали, и что даже якобы проводили определенные манипуляции, о чем они понятия не имели. В принципе это то, что мы и хотели в результате получить — контроль за качеством оказанных медслужб и борьба с приписками, которыми порой грешат лечебные учреждения. С 1 января 2015 года такое информирование пациентов стало обязательным по всей России. Варианты информирования могут быть разные — справка на бумажном носителе, сообщение, переданное по электронной почте, SMS-информирование. Главное — чтобы человек знал, что именно ему оплачивает государство и сколько это стоит.

— Система ОМС должна в полной мере финансово обеспечить государственные гарантии оказания бесплатной медицинской помощи. Но возникает вопрос о бюджетах самих территориальных фондов. Он очень актуален сейчас, когда государство регулярно снижает бюджетное финансирование системы здравоохранения.

— Все не так грустно. Ежегодно идет прирост по страховым взносам как в Федеральный фонд ОМС, так и в наш территориальный. В течение трех лет бюджет нашего ТФОМС ежегодно прирастает примерно на два миллиарда рублей, и на 2015 год, наверно, впервые за последние десять лет, мы его сформировали как бездефицитный. Но надо быть реалистами. Сейчас в стране кризис, курс валют «скачет», а российское здравоохранение очень зависит от импорта. Поэтому определенные сложности, конечно, возникнут. Глазным врачам придется серьезно заниматься поиском внутренних резервов и более тщательно отбирать поставщиков, чтобы обеспечить пациентов всем необходимым. Однако сформированный бюджет ТФОМС говорит о том, что финансовая ситуация в Волгоградском здравоохранении будет управляемой.

## Медуслуги — под контроль

— Татьяна Васильевна, вы как-то рассказывали об идее информирования пациентов обо всех видах медслужбы, которые ему оказали в лечебном учреждении в рамках программы ОМС, и о стоимости этих услуг.

— Это уже не идея, а реальность. В нашей области, которая присоеди-

## НАГЛЯДНО

### В пользу пациента

В 2014 году медицинские учреждения региона перешли на преимущественно одноканальную систему финансирования. Ведущую роль стала играть система обязательного медицинского страхования. В территориальном фонде ОМС проанализировали расходные статьи по итогам 2014 года, и они оказались в пользу лечебных учреждений и пациентов.

	2013 год	2014 год
Подушевой норматив финансирования на одного застрахованного	6370 рублей	7234,9 рубля
Утвержденные средства территориальной программы ОМС на 2014 год	1 185 059,3 тыс. рублей	1 212 353,6 тыс. рублей
скорой медицинской помощи	8 918 318,3 тыс. рублей	9 732 607,6 тыс. рублей
медицинской помощи в условиях стационара и дневного стационара	5 518 845,2 тыс. рублей	6 831 827,3 тыс. рублей
медицинской помощи в амбулаторных условиях		

Подготовила Ольга Сурагина