

Помимо основной задачи – стабильного финансирования оказания гражданам бесплатной медицинской помощи – на систему ОМС возложены две сложные задачи: защита прав застрахованных граждан, повышение её доступности, в том числе за счёт финансирования внедрения современных стандартов лечения и передовых технологий в клинической практике. Безусловно, очень важно, чтобы в ОМС были установлены одинаковые правила для всех. Тарифы изначально утверждались адекватные, не занижая этого для одной организации, не завышая для другой, – без этого качественное оказание медицинской помощи невозможно. Обо всём этом – беседа с председателем Федерального фонда обязательного медицинского страхования Натальей Стадченко.

– Наталья Николаевна, начались реализация нацпроекта «Здравоохранение». Как будут финансироваться ФОМС раз-личные его направления?

– Общий объём субвенций, предоставляемых бюджетам ТФОМС на 2019 г., составит 2068,5 млрд руб., что на 198,1 млрд больше к уровню прошлого года. Данный объём субвенций позволил выйти на подушевой норматив в размере 11 800,2 руб. За счёт субвенций обеспечивается реализация базовой программы ОМС, в рамках которой оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь и дистансервисацию, специализированная, в том числе высокотехнологичная, а также скорая медицинская помощь.

Программа государственных гарантий на 2019 г. содержит значительные новации, которые определены в соответствии с основными стратегическими целями и задачами, установленными Указом Президента РФ № 204.

С этого года расширен перечень ВМП, включённой в базовую программу обязательного медицинского страхования. В неё добавлены методы по сердечно-сосудистой хирургии (коронарная реваскуляризация миокарда), эндотрипез, ризация суставов и конечностей. В 2018 г. ВМП, и базовую, и внебазовую, получили уже 1 138,0 тыс. человек с финансированием обеспечением 196,0 млрд руб.

Введён новый порядок профилактических осмотров, предусматривающий ежегодный осмотр каждого гражданина. В рамках реализации Указа Президента РФ № 204 от 07.05.2018 программой «Борьба с онкологическими заболеваниями» предусмотрены развитие новых технологий, в том числе в части проведения противоопухолевой лекарственной терапии пациентам. Расчёт стоимости медицинской помощи по профилю «Онкология», в том числе химиотерапии, осуществлялся с учётом стандартов специализированной медицинской помощи, рассчитанных на основе клинических рекомендаций, утверждённых Ассоциацией онкологов России.

– В прошлом году издан приказ Минздрава России о порядке использования средств нормированного страхового запаса территориальных фондов ОМС для финансирования расходов на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала. А что сейчас с зарплатами врачей? И для чего нужны дополнительные средства?

– Заработная плата врачей, как известно по Указу Президента РФ, должна составлять 200% от среднего месячного дохода от трудовой деятельности в регионе; среднего медицинского персонала – 100%, она увеличена на индекс потребительских цен (4,3%).

Мониторинг заработной платы работников медицинских организаций в сфере ОМС осуществляется в соответствии с приказом Федерального ФОМС № 65 от 26.03.2013 «Об установлении формы и порядка предоставления отчётности о заработной плате работников медицинских

Автоматное мнение

В Максимально короткие сроки Работа страховых представителей приобретает совершенно другое качество

организаций в сфере обязательного медицинского страхования».

В 2018 г. среднемесячная заработная плата составила: врачи – 75,52 тыс. руб., или 200,3% к доходу от трудовой деятельности по прогнозу Минэкономразвития в РФ (в прошлом году – 37,70 тыс. руб.); средний медицинский персонал – 36,87 тыс. (97,8%); младший медицинский персонал – 34,45 тыс. (91,4%).

За последние два года с учётом выполнения Указа Президента РФ по повышению заработной платы медицинских работников расходы на оплату труда врачей и среднего медицинского персонала, в связи с этим в методике по распределению субвенций учтена фактически сложившаяся структура соотношения заработной платы и прочих расходов – 70 на 30% (было 60 на 40%).

Кроме того, главной задачей поставлена задача к 2024 г. ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

Для финансового обеспечения потребности медицинских организаций государственной и муниципальной систем здравоохранения, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в терапевтах, терапевтах участковых, педиатрах, педиатрах участковых, врачах общей практики, узких специалистах, фельдшерах, акушерах и/или других медицинских работников со средним медицинским образованием в составе средств нормированного страхового запаса территориального фонда ОМС, бюджета фонда, сформированы отдельные целевые средства, направляемые только на заработную плату медицинским работникам, вновь прибывшим на работу в практическое здравоохранение первичного уровня.

Их запланированный объём на 2019 г. составляет 12,3 млрд руб., исходя из дополнительной численности врачей и среднего медицинского персонала, спрогнозированной Минздравом России, и учётом сохранения уровня достижения целевой заработной платы 200% для врачей и 100% для среднего медицинского персонала от размера средней заработной платы в соответствующем регионе РФ.

– В 2018 г. был принят закон, согласно которому председателю Tarifной комиссии после принятия тарифного соглашения обязан в пятидневный срок представить его на согласование в Федеральный фонд ОМС. Как скажется нововведение на работе медицинских организаций?

– Да, в этом году ФОМС наделён полномочиями по подготовке заключений на соответствие тарифных соглашений субъектов

РФ базовой программе ОМС. В рамках реализации указанного полномочия фонда определены жёсткие требования к структуре и содержанию тарифного соглашения, а Минздравом России – порядок и сроки рассмотрения ФОМС тарифных соглашений, а также типовая форма заключения. Согласно вышеуказанному порядку председатель Комиссии по разработке территориальной

программы субъекта РФ обязан в пятидневный срок направить в адрес ФОМС как тарифное соглашение, так и все последующие изменения в тарифное соглашение, сформированное в строгом соответствии с действующим законодательством. Таким образом, указанные полномочия могут контролироваться тарифы на территории всей страны, а в случае их занижения субъекты РФ обязаны внести соответствующие изменения в тарифные соглашения, позволяющие урегулировать проблему недофинансирования медицинских организаций.

В настоящее время ФОМС рассмотрены все тарифные соглашения субъектов РФ, в адрес 56 направлений заключены о соответствии, а в адрес 32 – о несоответствии тарифных соглашений базовой программе ОМС.

– Как известно, в бюджете ФОМС предусмотрены целевые средства на оплату высокотехнологичной медицинской помощи, не входящей в базовую программу ОМС. Какие-то новые методы вошли в этот раздел ВМП?

– Такие средства на 2019 г. выделены в сумме 94,6 млрд руб., на 2020 г. – 103,9, на 2021 г. – 109,0.

При расчёте объёма финансирования обеспечения расходов на оказание ВМП, не включённой в базовую программу ОМС, на 2019 г. запланировано увеличение её плановых объёмов. Это будет касаться наиболее востребованных видов ВМП по сравнению с текущим годом. Первое – нейроонкология (нейрохирургия) – 2,1 тыс. пациентов с финансированием обеспечением 681,7 млн руб. (операции при опухолях мозга в функциональной области и труднодоступных анатомических и труднодоступных областях мозга и лучевое лечение опухолей центральной нервной системы). Второе – онкология – 6 тыс. пациентов с финансированием обеспечением 1,9 млрд руб. (комплексная иммунотерапия, включая таргетные препараты, при лейкозах; лучевая терапия при локальных новообразованиях, комплексная и высокодозная химиотерапия, включая лечение таргетными препаратами, лейкозов и лимфом). Третье – сердечно-сосудистая хирургия при коронарной патологии ритма сердца и имплантации кардиовертера дефибриллятора – 100 пациентов

с финансовым обеспечением 103,0 млн руб. Четвёртое – травматология и ортопедия – 2,2 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 527,2 млн руб. (эндопротезирование коленных и плечевых суставов – порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений, а также типовая форма заключения. Согласно вышеуказанному порядку председатель Комиссии по разработке территориальной

с финансовым обеспечением 103,0 млн руб. Четвёртое – травматология и ортопедия – 2,2 тыс. пациентов с финансовым обеспечением 527,2 млн руб. (эндопротезирование коленных и плечевых суставов – порядок и сроки рассмотрения тарифных соглашений, а также типовая форма заключения. Согласно вышеуказанному порядку председатель Комиссии по разработке территориальной



(трансплантация почки, лёгких, сердца, печени). Шестое – трансплантация костного мозга (аллогенная и аутологичная) – 77 пациентов с финансовым обеспечением 217 млн руб.

Также в 2019 г. в раздел № 2 Перечня видов ВМП включены новые методы лечения, отобранные на основании решения межведомственного экспертного совета: по профилю травматология и ортопедия – реконструктивные операции у детей с незавершённым остеогенезом, 50 пациентов в год с финансированием обеспечением 31,9 млн руб.; эндокринология – гастродуоденальные операции при тяжёлом течении сахарного диабета в сочетании с ожирением, 200 пациентов с финансированием обеспечением 52,9 млн руб.; неврология (нейрореабилитация) – технически сложные ресурсоемкие методы нейрореабилитации пациентов с инсультом и черепно-мозговой травмой давностью до года с хорошим реабилитационным потенциалом с применением мультимодального биоуправления, индивидуального картирования зон мозга с навигационной нейростимуляцией, в оказании которых принимает участие мультидисциплинарная бригада специалистов, 1,3 тыс. пациентов с финансированием обеспечением 828,7 млн руб.

– В рамках ОМС осуществляются финансирование и медицинские организации, которые работают в регионах, имеющих сложные природно-климатические условия. Учитываются ли эти факторы при распределении субвенций между территориями?

– Именно так распределяются субсидии после принятия Постановления Правительства РФ

№ 1240 от 18.10.2018 «О внесении изменений в постановление Правительства Российской Федерации № 462 от 05.05.2012» по совершенствованию методики расчёта субвенций. Имеющиеся различия в регионах учитываются при распределении субвенций посредством коэффициента дифференциации, который учитывает природно-климатические условия, географические особенности, плотность и особенности расселения населения, транспортную доступность населённых пунктов (в том числе сельских), удельный вес населения, проживающего в районах с ограниченными сроками завоза промукции и многие другие факторы. Индекс бюджетных расходов, используемый по старой методике для расчёта коэффициента дифференциации, учитывал влияние заработной платы. Во избежание двойного учёта одного и того же фактора вместо индекса бюджетных расходов введён коэффициент ценовой дифференциации бюджетных услуг для региона, включающий влияние заработной платы. Увеличено также предельное значение индекса бюджетных расходов с 3 до 4,5.

Эти меры позволили обеспечить увеличение размера субвенций субъектам РФ, имеющим сложную природно-климатические условия, географическое положение и ограничения транспортной доступности (Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Магаданская область, Ненецкий и Чукотский автономные округа).

– О страховых представителях много сегоднЯ говорится, но функция защиты прав застрахованных всегда лежала на страховых компаниях. Что нового принесёт институт страховых представителей в систему в этом году?

– Роль страховых медицинских организаций в защите прав и законных интересов пациентов значительно возрастает. Уже сегодня много делается по созданию пациенториентированной модели здравоохранения. С января 2019 г. в России стартовал федеральный проект «Развитие первичной медико-санитарной помощи», рассчитанный до 2024 г. Главная его задача – создание системы управления качеством оказания медицинской помощи и сопровождения пациента.

Один из основных показателей развития проекта – доля медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в рамках ОМС, на базе которых станут функционировать каналы обратной связи застрахованных со страховыми представителями. В 2019 г. доля медицинских организаций, имеющих подобный канал связи, должна составить 30,7% по всей России, в 2020 г. – 47,8%, к 2024 г. – почти 73% медицинских организаций первичного звена. Задача страховых представителей – обеспечить возможность россиянам получить немедленную консультацию и помощь по любым вопросам, связанным с оказанием медицинской помощи на всех её этапах.

Все крупные страховые медицинские компании уже имеют крупные очные колл-центры, до которых можно дозвониться в течение 20 секунд и получить ответ на любой вопрос.

Кроме того, началась масштабная работа по урегулированию конфликтов между пациентами и медицинскими организациями в рамках РФ на территориальном уровне. В 2020 г. на первом этапе этого проекта подольные офисы будут открыты в 36 регионах России, в 2021 г. – в 48, а к 2024 г. – во всех субъектах РФ.