

С начала года у представителей медицинского бизнеса появилось впечатление, что к 2015 году, когда финансирование должно перейти полностью в систему ОМС, намечается «закручивание гаек» для частных. Несмотря на то, что на всех уровнях власти говорят о необходимости развивать частно-государственное партнерство в здравоохранении. Президент РФ Владимир Путин дал поручение правительству внести в законодательство изменения, касающиеся «наделения органов государственной власти субъектов Российской Федерации полномочиями по выбору медицинских организаций для реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и установления критериев отбора таких организаций». (Перечень поручений по итогам совещания по вопросам здравоохранения, состоявшегося 21 января 2014 года).

Как

сегодня выбирают клиники для участия в системе ОМС

До сих пор, по закону, вхождение в систему ОМС частных медорганизаций, имеющих лицензию на оказание медицинской помощи, происходило в уведомительном порядке — до 1 сентября текущего года они должны подавать уведомление об участии в реализации «Территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Петербурга» следующего года в Терфонд ОМС. Теперь, судя по всему, эта процедура изменится — чтобы стать участником программы ОМС сегодняшнего критерия — наличия лицензии — будет недостаточно.

Теоретически в Петербурге в систему ОМС имеют доступ все медицинские организации, а средства (плановые здания на объемы медицинской помощи) распределяются решением комиссии, в которую входят представители клиник разной формы собственности. Это вполне конкурентная процедура, несмотря на то, что, как правило, комиссии «льют воду» на свои городские учреждения — более 90% средств фонда ОМС поступает именно в городские клиники. Сегодня в Петербурге более 30% медицинских учреждений, участвующих в терпрограмме ОМС, — частные. При всей демократичности нашей системы им предоставляется финансирование вовсе не на тот объем помощи, который они готовы оказать петербуржцам: за три года объемы медицинской помощи для пациентов с полисом ОМС в них выросли с 1 до 2%.

Если мнение чиновника выше закона

Как изменится ситуация, когда чиновники в каждом субъекте по своему усмотрению будут решать, пускать или не пускать негосударственную клинику в систему ОМС, а затем — какой объем помощи ей предоставлять, «Доктор Питер» спросил у адвоката Алексея Николаева из «Адвокатской группы «ОНЕГИН»:

— Наделение чиновников полномочиями по выбору медицинских организаций, которые смогут работать в ОМС, чревато фактическим сворачиванием идеи развития конкуренции в сфере общественного здравоохранения, в которой у государственных медицинских организаций — мощная поддержка со стороны органов исполнительной власти федерального и регионального уровней и территориальных фондов ОМС. Чиновникам на местах станет еще легче осуществлять приоритетное финансирование государственных медицинских организаций. А если частники будут пытаться противостоять этому, то чиновникам будет легче отказаться от какой-то строптивной клиники или от той, что популярна у пациентов и «перетягивает» объемы медицинской помощи на себя из государственных клиник.

Вообще, с начала года появилось впечатление, что к 2015 году, когда финансирование должно перейти полностью в систему ОМС, намечается тенденция к «закручиванию

гаек» для частников.

При этом, с одной стороны, президент поручает законодательно закрепить механизмы отбора участников в ОМС, что, скорее всего, станет действенным механизмом ограничения возможности для участия частников. С другой, поручает изменить законодательство в части «расширения возможности использования механизмов государственно-частного партнерства, концессионных соглашений в сфере здравоохранения, предусмотрев при этом сохранение профиля медицинских организаций, объемов, видов и условий оказываемой ими медицинской помощи, а также обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой по программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи».

Потому что, по мнению Владимира Путина, «направлять на развитие медицинской инфраструктуры исключительно государственные средства тоже достаточно сложно, неэффективно, затратно, и порой просто это деньги в никуда. Поэтому необходимо искать решения в рамках различных моделей государственно-частного партнерства, создавать для бизнеса привлекательные условия».

Суд постановил: клиника не имеет права оказывать платную и бесплатную помощь одновременно

Уже сегодня есть примеры, демонстрирующие возможности чиновников в ограничении участия негосударственных организаций в системе ОМС. Их приводит Алексей Николаев:

— В Ижевске частная медицинская организация в прошлом году получила плановый объем на 70 циклов ЭКО, а государственная – на 330. Претензий к качеству услуг, оказанных частной медицинской организацией, к срокам их выполнения не было. Комиссией по разработке территориальной программы государственных гарантий было вынесено решение о предоставлении в 2014 году этой частной клинике только 30 циклов ЭКО. А государственной было предоставлено 370 циклов. Из принятого комиссией решения по распределению объемов не представлялось возможным понять, каким образом и на основании чего оно было принято такое решение. Частная медицинская организации была вынуждена обратиться в региональное управление Федеральной антимонопольной службы.

В Иркутске негосударственная медицинская организация, оказывающая медицинские услуги по гемодиализу в рамках ОМС, не раз обращалась в соответствующие структуры, с просьбой увеличить им объем планового задания, который они могут оказывать в рамках ОМС. А что произошло в итоге? Росздравнадзор провел плановую проверку и выявил нарушения, значимость которых самостоятельно оценил министр регионального здравоохранения, издав распоряжение с запрещением направлять пациентов на гемодиализ в эту клинику. Распоряжение было издано, несмотря на то, что организация не была привлечена судом к административной ответственности за выявленные нарушения. Теперь она вынуждена обратиться в суд для оспаривания распоряжения. Еще один яркий пример — из Калининградской области. Решением Арбитражного суда Калининградской области частная медицинская организация оштрафована за то, что, будучи коммерческой организацией, оказывала платные медицинские услуги и параллельно работала в системе ОМС, предоставляя скорую и неотложную медицинскую помощь бесплатно. Служба по контролю качества медицинской помощи и лицензированию Калининградской области проверила частную медицинскую организацию и выявила, что это учреждение, нарушило «Положение о лицензировании

медицинской деятельности» и «Правила оказания платных медицинских услуг», утвержденные правительством РФ. Нарушение состояло в том, что (цитата из решения суда): «общество, участвующее в реализации территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, также предоставляет платные медицинские услуги при оказании скорой, в том числе скорой специализированной помощи, оказываемой в неотложной и экстренной форме». То сеть, Калининградский суд фактически поддержал позицию Службы по контролю качества медицинской помощи и лицензированию (а это структурное подразделение органа исполнительной власти в системе здравоохранения Калининградской области), которая утверждает, что частная медицинская организация не должна оказывать экстренную и неотложную медицинскую помощь за деньги, если оказывает ее в рамках системы ОМС.

Если исходить из формулировки закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», то экстренная помощь оказывается при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента, а неотложная — при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента. Значит, любая медицинская организация, оказывающая одновременно платные и бесплатные услуги (по полису ОМС), независимо от того, государственная она или частная, не имеет права лечить пациентов за плату с такими диагнозами, как например, «острый ларингит», «острый живот», ишиаз и многие другие неотложные состояния, с которыми пациенты обращаются к врачам, в том числе с полисами не обязательного, а добровольного медицинского страхования, то есть платно? Все медицинские организации должны оказывать медпомощь в неотложной и экстренной форме бесплатно всегда? Но такое решение вынесено только в отношении частной медицинской организации.

К счастью, в российской судебной практике не работает принятое, например, в США, прецедентное право. Иначе в Петербурге все медицинские учреждения — и государственные, и частные — можно было бы штрафовать хоть ежедневно. В петербургской системе здравоохранения практически все государственные медицинские учреждения оказывают и экстренную, и неотложную помощь, как платно (за счет пациента и в рамках добровольного медицинского страхования), так и бесплатно — по полису ОМС. Частные клиники, принимающие участие в реализации «Территориальной программы оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Петербурга», работают точно также: оказывают медицинские услуги, оплачиваемые страховыми компаниями ДМС или за наличные деньги (ради этого они, собственно, создавались), а определенные виды помощи оказывают бесплатно пациентам с полисом ОМС — ее оплачивает Фонд обязательного медицинского страхования.

Конкуренция в системе здравоохранения отменяется

— Гениальность затеянной реформы системы здравоохранения изначально состояла в том, что неэффективные клиники, независимо от формы собственности, должны уйти, эффективные должны развиваться, — считает Алексей Николаев. — И намерение с 2015 года ввести оплату из фонда ОМС на все виды медицинской помощи, в соответствии со стандартами и порядками ее оказания, для учреждений всех форм собственности было начальным этапом в достижении этой цели. Но поручение президента — выбирать клиники по каким-то критериям — дает возможность исполнительной власти на местах повернуть историю вспять. Потому что ей проще совсем отказаться от сотрудничества с

частниками, общение с которыми бывает достаточно хлопотным.

Когда в Москве говорят: «Давайте привлекать частников», в регионах составляют бюджет и видят, что в условиях, когда из мешка, предназначенного для финансирования системы здравоохранения региональных клиник, забирают деньги и передают частникам, государственные учреждения не могут выполнить Указ президента по повышению зарплаты. Значит, они либо должны сокращать штаты в медучреждениях и сами медучреждения, либо выставлять частникам такие требования, из-за которых они сами уйдут из системы ОМС.

Подтверждение тому, что система ОМС не видит частную медицину в общей системе оказания медицинской помощи населению, – предложения об изменении действующих норм и правил, которые задумывались «как лучше», переделать их по принципу «как легче». А легче – составить критерии, под которые подойдут далеко не все частные клиники для участия в системе ОМС и составить такую структуру затрат в тарифе ОМС на оказание медицинской помощи, которая будет невыгодна коммерческим клиникам. Напомним, Федеральный фонд ОМС разработал проект приказа «Об установлении требований к структуре и содержанию тарифного соглашения», в соответствии с которым, не клиника, а фонд будет устанавливать процентное отношение расходования средств в тарифе на медицинскую помощь.

Доктор Питер