

В современной системе обязательного медицинского страхования (ОМС) практически нет места частным компаниям. Коммерческие и государственные учреждения существуют сами по себе. Но предприниматели от здравоохранения уверены: в условиях рынка медицинских услуг ОМС не обойтись без потенциала частных. Для участия в программе государственных гарантий оказания медицинской помощи платной медицине нужен «зеленый свет». Что необходимо для его обеспечения? Эту тему обсудили на недавней конференции «Проблемы медицинского страхования в России в условиях рынка медицинских услуг». Встреча экспертов из разных городов состоялась в рамках празднования 70-летия Тюменской области.

Открывая заседание, заместитель губернатора Наталья Шевчик обозначила взаимоотношения с частными компаниями в рамках ОМС как партнерские. В то же время признала:

— Руководители муниципальных поликлиник и больниц не всегда готовы сотрудничать с частными клиниками в рамках программы госгарантий, им мешает ощущение самодостаточности и самостоятельности. Между тем для сотрудничества сегодня создана масса возможностей. И мы настраиваем коллег на такое партнерство.

Как сообщила первый заместитель директора областного департамента здравоохранения Наталья Брынза, с 2010 года в структуре расходов доля частных компаний занимает 25%. Их право на «кусочек» бюджетного пирога закреплено и в региональной «дорожной карте» развития конкуренции на рынке медицинских услуг. Необходимая информация о том, как реализовать это право, содержится и на сайте территориального фонда ОМС (ТФОМС). И такая политика дает свои плоды. Год от года число коммерческих клиник, которые привлекаются для работы по программе госгарантий, увеличивается: в Новосибирской области с 35 учреждений до 45 в 2014 году, в Омской области — с 3 до 8, в Тюменской — с 32 до 38. Имеющиеся проблемы, по словам выступающих чиновников, вполне естественны для эволюционного процесса. Совсем иной взгляд продемонстрировали представители частного сектора.

Так, по мнению Сергея Лазарева, исполнительного директора саморегулируемой организации «Объединение частных медицинских клиник и центров», члена Общественного совета Минздрава РФ (Москва), в условиях рынка необходима иная система ОМС. Сегодня ОМС — «это не страхование (нет страхового риска), а целевой налог, посредническая деятельность по передаче денег, даже сами врачи не понимают принципа этой системы — чего только стоят тарифы, не покрывающие всех расходов. В итоге все ее участники заинтересованы в росте числа больных».

И если на Западе ОМС подразумевает конкуренцию, в России она только декларируется: считается, что пациент может выбрать врача, но на самом деле он выбирает только поликлинику, к которой его прикрепляют. «Врача мы выбираем по знакомству и платим за его прием!» — рисует отечественные реалии докладчик. А что мы делаем, когда не находим в своей поликлинике узких специалистов? Ищем их в частном секторе и снова платим! Тогда как страховая компания должна найти нужного специалиста, и пациент в данном случае освобожден от финансового бремени. Самое печальное, по мнению Лазарева, система ОМС «заточена на контроль расходования средств, а не на результаты лечения пациента».

Немало и прямых препятствий для входа частных. Предприниматели лишаются права получать прибыль, что противоречит принципам Гражданского кодекса, их заставляют работать по сметам, окружают «избыточным надзором»...

Елена Нечай, советник губернатора Тюменской области по вопросам здравоохранения, поддержала коллегу: нормативную базу необходимо привести в соответствие с реалиями времени. И в этом деле не обойтись без консолидации и инициативы самого медицинского сообщества: все понимают, что давно пора менять устаревшие нормативы 90-х годов для работы на том или ином оборудовании, но воз и ныне там.

С одной стороны, Минздрав предложил в качестве меры по расширению возможности частных участников участвовать в системе госгарантий включить в тариф ОМС инвестиционный компонент для частных. Но, с другой стороны, по мнению Елены Николаевны, «справедливее предусмотреть этот компонент для всех участников системы»:

— Кроме того, было бы эффективным включить в тариф и такие составляющие, как информационный блок, систему обучения, капитальные затраты — это подвигнет негосударственные клиники более активно вливаться в систему ОМС. На рынке медицинских услуг нужны равные условия. Частный сектор — это дополнительная возможность обеспечить доступность и качество медицинской помощи.

И по некоторым показателям предприниматели от медицины демонстрируют свое явное преимущество. Например, высокотехнологичное оборудование — магниторезонансный томограф (МРТ) — частные компании используют значительно эффективнее, чем бюджетники. Это доказал, вооружившись статистикой, Андрей Коробов, член правления холдинга «МРТ и Клиника Эксперт», президент некоммерческого партнерства «РИСМУ «Эксперт» (Липецк). Парк дорогостоящего и современного оборудования в государственной медицине за последние 12 лет прирос в четыре раза. Но при этом пропорционального роста соответствующих исследований не наблюдается. А в некоторых случаях он и вовсе снижается. Другая картина в учреждениях частного сектора: на один аппарат здесь приходится в три раза больше исследований. Вывод прост: система государственного здравоохранения эксплуатирует оборудование в пять раз менее эффективно, чем частные центры. Между тем потребность в такой диагностике остается высокой.

Коробов рисует два варианта решения проблемы: либо оснастить бюджетные учреждения дополнительными 600 аппаратами МРТ, на что потребуется не менее 30 миллиардов рублей. Либо привлечь частных, а для этого пересмотреть тарифы ОМС с учетом инвестиционного компонента, на что необходимо 5 миллиардов в год для 1,5 миллиона исследований...

Возвращаясь к критике системы ОМС, докладчик дополнил длинный список, указав на ее несбалансированность: почему тариф на одну и ту же услугу по-разному оплачивается в разных городах — тариф на МРТ в Хабаровске в четыре раза ниже, чем в Новосибирске. «Объяснить это с точки зрения здравого смысла и законов экономики не получается», — признает эксперт. Поэтому предлагают установить минимальный тариф ОМС в соответствии с полной себестоимостью услуг, ввести в комиссии по определению тарифа представителей частных медицинских организаций, а на федеральном уровне установить перечень взаимозаменяемых услуг, что позволит пациенту в случае необходимости обратиться в коммерческую клинику и не платить за это из своего кармана.

На недобросовестную конкуренцию, противоречащую действующему законодательству, указал Евгений Рабцун, генеральный директор Центра семейной медицины «Санталь» (Томск, Новосибирск):

— Оказывается, в системе ОМС существуют разные тарифы: одни для государственных

учреждений, другие — для частных. Я спрашиваю представителя департамента здравоохранения: почему на амбулаторно-поликлиническую помощь для нас тариф 150 рублей, а для бюджетной поликлиники, что через дорогу, — 280 рублей? «Вы же частная организация!» — отвечают мне. Но де факто такого быть не должно, потому что запрещено законом. Разные цены на одни и те же услуги! А стандарт один! Зачем фонд покупает дешевые услуги? Может, нужно искать антикоррупционную составляющую?! Ясно одно: принцип тарифообразования в ОМС устарел, в том числе и потому, что появились частники.

По мнению гостя, если в ближайшее время не произойдет обновления ОМС, частники вынуждены будут обращаться в суд, и такие прецеденты имеются. Медицинское страхование, если иметь в виду его суть, — безлимитное, госзаданий по страховым событиям не может быть, значит, предпринимателям не могут отказать в объемах помощи и финансировании. Так или иначе, развитие конкуренции на рынке медицинских услуг — общественно значимое событие, соответствующее государственным интересам, уверен докладчик.

Напомним: по поручению президента Владимира Путина Минздрав занялся вопросами совершенствования системы ОМС. К процессу подключились и представители негосударственного сектора. Тюменская конференция стала одной из многих, что проходят в регионах России.

t-i.ru