

«Реформа ОМС неизбежна. Вопрос только в том, когда она произойдет, когда мы к этому будем готовы?» Это мнение участников конференции «Медицинский бизнес в России» озвучил вице-президент московской сети «Медси» Алексей Курач.

Взаимоотношения государства, системы ОМС и частного бизнеса стали основной темой разговора на конференции. Наше здравоохранение неэффективно. С этой аксиомой не стала спорить и вице-губернатор Петербурга Ольга Казанская: «По имеющимся оценкам, в среднем на здоровье одного россиянина с учетом его собственных затрат в год тратится порядка 1,5 тыс долларов в год. А по продолжительности жизни мы находимся на том же месте, что и страны, в которых на медицину для одного гражданина тратится 100-150 долларов». Почему это происходит, попытались разобраться участники конференции.

Почему прохудился кошелек системы здравоохранения

Директор компании «Евромед», член Общественного совета при Минздраве Александр Абдин называет среди причин низкой эффективности системы – нецелевое и непрозрачное использование средств Фондом обязательного медицинского страхования – финансовой структуры, формирующейся из страховых взносов работодателей и предназначенной для оказания медицинской помощи жителям страны: — По сути взносы работодателей и людей используются на инфраструктурные траты: в течение двух лет из фонда расходовались деньги на модернизацию, сейчас из средств ФОМС направлено более 50 млрд рублей на строительство и оснащение 22 перинатальных центров. То есть мы должны признать, что средства, которые мы перечисляем в ФОМС, это в том числе и платеж за инфраструктуру здравоохранения. И тогда их надо разграничить и открыто сказать, какие средства мы расходует на инфраструктуру, а какие – на медицинскую помощь.

Однако открытости нет, говорит Александр Абдин:

— В этом году, когда в бюджете не нашлось денег на финансирование высокотехнологичной помощи в федеральных учреждениях, шито-крыто разобрали 50 млрд ненормированного страхового запаса Федерального ФОМС на ВМП. В следующем году основная нагрузка по ее оказанию перекладывается на Территориальные фонды и им непонятно, откуда брать деньги. Все это не добавляет устойчивости системе. Финансовый регулятор — ФОМС — поставлен в сложные условия: никто не ожидал, что так быстро на него будут переложены все затраты из федерального бюджета на ту помощь, которая прежде оплачивалась Минздравом. На 2015-2016 годы в федеральном бюджете все-таки были запланированы хоть небольшие средства на амбулаторную, стационарную помощь федеральным клиникам, но по последним решениям в бюджете на это – 0 рублей. Все финансирование – через субсидии ФФОМС.

Александр Абдин считает, что для уменьшения нагрузки на теперь уже практически единственный кошелек отечественного здравоохранения — фонд ОМС, надо продумать, как перевести успешные с точки зрения экономики федеральные учреждения в автономные.

— Например, медицинские учреждения Федерального медико-биологического агентства (ФМБА) – осколка незавершенной реформы 2009 года. Это большой список клиник, оказывающих востребованные виды помощи и активно включенных в рынок платных услуг. 11 министерств и ведомств участвуют в «Программе государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи», а финансируются так, что ни в какие ворота не лезет. — говорит Абдин. — Надо это признать, наконец, и перестроить

их работу в соответствии с территориальными моделями здравоохранения. Если перевести их в автономные, у них появится больше финансовой свободы и со временем их можно будет вовлечь в глобальный медицинский бюджет региона, способный, в том числе и на инвестиции в отрасль.

(О первой федеральной клинике Петербурга, собирающейся уходить в автономное плавание, читайте [здесь](#))

Не вырастет эффективность здравоохранения и не станет в нем больше денег, если по прежнему никто не будет заниматься территориальным планированием медицинской сети. Сегодня мы строим учреждения и не понимаем, на что их содержать – расчетами прогнозов никто не занимается. При этом платательщик – ФОМС никак не включается в процесс планирования строительства, он ставится перед фактом открытия нового медицинского учреждения.

Развитию конкурентного рынка мешает ОМС

По мнению директора «КардиоКлиники» Надежды Алексеевой, система неэффективна не только из-за недостатка средств, который ярко проявился в этом году, но и потому, что в регионах создаются препятствия для вступления частных медицинских организаций в ОМС. Тем самым тормозится конкуренция на рынке медицинских услуг, которая, как известно, есть двигатель прогресса. В разных регионах система распределение объемов средств ОМС по-разному непрозрачна. Как говорит Алексеева, это и таинственное распределение объемов средств ОМС Тарифной комиссией, на заседание которой не может попасть заявитель, и непонятные принципы принятия решений, мотивирования отказов, отсутствие системы их обжалования.

— При этом мы знаем, что все должны руководствоваться законом ФЗ-44, включать в систему ОМС организации согласно лицензии, не придумывая никаких других критериев. Кроме того, необходимо установить конкурентные тарифы на все виды медицинских услуг, в противном случае государственные учреждения всегда будут оставаться монополистами, поскольку предлагают платные услуги по заниженной цене. Это станет толчком для развития рынка.

Но на конкурентные цены денег ОМС и бюджета недостаточно. Поэтому все чаще поднимается вопрос о том, чтобы провести демаркационную линию между тем, за что государство платит, а за что – нет. Но сейчас все остается по-прежнему и декларируется практически вся медицинская помощь бесплатно, хотя плановые задания, которые раздаются органами управления здравоохранением, не покрывают потребность в целом ряде медицинских услуг. Их получают и частные клиники, заявившие о своей готовности участвовать в «Программе госгарантий...» по тому или иному виду помощи. Но выбирают ту, которую фонд ОМС может оплачивать хотя бы по относительно приемлемым для частников тарифам. Потому что, как говорит председатель совета директоров группы компаний «Энерго» Азат Григорян, хоть медицина и медленно окупаемый, а также социально ответственный бизнес, это все равно бизнес. Говорить, что частные клиники создаются ради того, чтобы спасти население — лукавство. Чтобы спасти, бизнес должен создавать благотворительные фонды и работать там. При этом медицинский бизнес хочет сотрудничать с государством и нести свою часть социальной ответственности, но — по тарифам, в которые заложена хотя бы амортизация дорогого оборудования. Впрочем, хотелось бы, конечно, чтобы в стоимость услуги входила и прибыль.

С отсутствием прибыли в структуре тарифа частники еще могут смириться, не могут — с

дисбалансом цен. Например, в системе ОМС прием врача общей практики стоит 600 рублей, а УЗИ брюшной полости с почками – 398 рублей. «При всем уважении к работе терапевта – для организации его приема максимальные расходы на оборудование – компьютер, стоимость которого несравнима со стоимостью аппарата УЗИ со всеми комплектующими даже среднего уровня. Пока эти проблемы не будут решены, желание частных клиник работать по тарифам ОМС будет минимальным», — считает Азат Григорян.

О неэффективности использования государственных средств говорят и представители государственной медицины. Яков Накатис, главный врач Клинической больницы №122 им. Соколова сетует на то, что фонд ОМС финансирует не то, что федеральные клиники умеют хорошо делать, а то, что город может и хочет «отдать». А главной причиной неэффективности Накатис называет несовершенство системы управления и планирования. В качестве доказательства приводит пример: «До 2013 года в государственную систему здравоохранения вливалось столько средств в медицинское оборудование, сколько на самом деле не нужно, в результате оно не используется на полную мощность. Тяжелая техника должна работать в таком режиме, при котором физический износ наступает раньше морального, но система ОМС не дает этой возможности: попробуйте в государственном учреждении сделать КТ или МРТ после 18.00. Удивляет, что никто не хочет провести анализ, насколько выгодна работа в системе ОМС, какие у нее возможности. За последние пять лет средняя продолжительность пребывания пациента на койке сократилась в три раза, значит, выросли и доходы госучреждений».

Спасение – в запрете на оказание платных услуг для государственных клиник. В условиях тотального недостатка средств, когда даже фонд заработной платы государственных учреждений Минздрав рекомендует формировать в том числе и из средств, полученных за оказание платных услуг, частные клиники продолжают говорить о необходимости ввести запрет на них в государственных учреждениях.

Надежда Алексеева, директор «КрадиоКлиники», а с недавних пор советник руководителя Федеральной антимонопольной службы Игоря Артемьева, предоставила в ФАС предложения по развитию конкуренции на рынке медицинских услуг. Основное из них, на ее взгляд, — запретить государственным клиникам оказывать платные услуги. Разрешение на оказание платных услуг государственными медицинскими учреждениями, по сути, — разрешение на предпринимательскую деятельность с использованием государственной собственности. А это, как утверждает Надежда Алексеева, с одной стороны, наносит ущерб гарантированной бесплатной медицинской помощи, с другой, подавляет развитие частного медицинского бизнеса за счет монопольно низких цен в госклиниках. Еще до появления в стране частной медицины государственная сформировала у пациента убеждение в том, что бесплатной медицины не бывает. И сейчас, как считает Надежда Алексеева, «в сознании потребителя перемешаны теневые платежи в государственных клиниках, частные медицинские услуги и частная медицина так, что частной хочется отмежеваться от государственной: взятки, вымогательства, откаты часто происходят с ведома руководителей медицинских организаций, где к пациенту относятся, как к источнику личного дохода».

Надежда Алексеева предлагает объявить войну платным услугам в государственной медицине. И начать ее с отмены постановления правительства «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» как

незаконное. А до тех пор, пока его не отменят, «установить конкурентные цены на платные медицинские услуги, которые согласно закону «О защите конкуренции» должны соответствовать сумме необходимых для производства и реализации этих услуг расходов и прибыли не ниже цены, которая сформировалась в условиях конкуренции на сопоставимом товарном рынке на территории РФ либо за ее пределами».

Когда же постановление будет отменено, Алексеева предлагает разрешить оказывать платные услуги лишь по индивидуальным полисам ДМС, а пока — повесить плакаты у окошек оплаты медицинских услуг с текстом: «Все медицинские услуги вы можете получить бесплатно по полису ОМС».

Закрыв отделы платных услуг, надо убедить врачей и медсестер, желающих оказывать платные услуги легально, не увольняясь с основного места работы, зарегистрироваться в качестве индивидуальных предпринимателей и оформить договорные отношения с медицинской организацией, прописав стоимость почасовой аренды кабинетов, оборудования и даже операционных во внерабочее время и при условии выполнения программы госгарантий. Кроме того, Алексеева предлагает повысить административную и уголовную ответственность за теневые обороты.

Представители других частных медицинских учреждений идею о запрете платных услуг в госучреждениях поддерживают, но, похоже, давно уже смирились с мыслью, что вряд ли его когда-то введут. А в государственных клиниках ее считают утопичной и недальновидной:

— Говорить о том, что государственные учреждения не должны работать в коммерческой медицине, смешно, они в ней уже работают. И слышать об этом странно — ни в одной стране мира нет проблем между частными и государственными клиниками, все живут мирно и о недостатке конкуренции речи не идет. Больных на всех хватит, в том числе тех, кто готов платить за лечение, если государство за него денег недодаст, — уверен Яков Накатис.

По мнению вице-губернатора Ольги Казанской предложение запретить платные услуги в государственных компаниях хлесткое, но прежде чем его делать, надо понять, что это за рынок платных услуг в государственном здравоохранении и к чему приведет его ликвидация:

— Приведет ли к тому, что частная медицина получит преимущества на рынке, лишившись конкурента в виде государственной медицины, а мы таким образом лишим часть населения возможности получать медицинскую услугу в том виде, в котором ее хотели бы получать? Не ляжет ли отказ от платных услуг дополнительной нагрузкой на бюджет, а если ляжет, то какой?

Вообще, претензии частных клиник к государству и фонду ОМС вице-губернатор не разделяет:

— Уже столько лет живем не при социализме, а от частного бизнеса только и слышим «государство должно», «государство обязано». При этом частные клиники беспрепятственно входят в систему ОМС, а дальше начинается: по таким тарифам мы работать не хотим, с теми, кого «Скорая» подбирает на улице, мы работать не можем. Многие представители негосударственных компаний не знают даже, что такое дезинфекционная камера. Зато государственные больницы знают, сколько к ним привозят «убитых» некачественным лечением, недолеченных, потому что у пациентов закончились деньги.

Представители коммерческой медицины, характеризуя рынок медицинских услуг

опираются Бизнесстат. По его данным негосударственная медицина – это 30% медицинского рынка и 77-миллиардный годовой оборот. Но по мнению Ольги Казанской, Бизнесстат дает очень неточные сведения, потому что в них не учтены бюджетные расходы на психиатрию, инфекционные, в том числе социально значимые заболевания. К тому же, в обороте частных медицинских компаний достаточно много государственных средств, что тоже не учитывается. То есть в этой статистике слишком завышена доля частной медицины в общей финансовой системе здравоохранения. На самом деле, доля частной медицины в ней еще совсем невелика и рассказы о том, что именно она позволит нам сделать колоссальный рывок вперед – фантазии.

— Доля частной медицины в системе ОМС Петербурга – 2%, – развенчивает мифы Казанская. — Тем не менее, постоянно поднимается вопрос о равном участии в разработке Терпрограммы госгарантий. Но когда мы приглашаем повторить подвиг «Евромеда» и создать офисы врачей общей практики, желающих нет. Вам не кажется, что это нелогично? Можно произносить много высоких фраз, но смотреть на вещи реально, понимать, что любая государственная система здравоохранения инерционна и очень социально ответственна, изменения в ней должны носить выверенный эволюционный характер. Мы очень медленно выплываем из старой модели здравоохранения и нащупываем новую, а это очень долгий путь. И это правильно, потому что мы уже имели опыт приватизации за один год и расхлебываем это уже 20 лет. Зарабатывание денег это, конечно, хорошо, но давайте думать об эффективности здравоохранения не только с точки зрения экономических результатов, но и с точки зрения достижения тех целей, которые предусматривает этот вид деятельности.

Доктор Питер