

Как удалось выяснить «Известиям», количество частных клиник, подавших заявки на участие в обязательном медицинском страховании (ОМС), в 2013 году впервые перешагнуло тысячный порог. Частников, желающих работать по устанавливаемым для государственных медицинских учреждений расценкам, стало 1193 — в полтора раза больше по сравнению с прошлым годом. Эту цифру сообщили в Федеральном фонде ОМС. Их не остановило даже то, что территориальные программы госгарантий оказания бесплатной медицинской помощи, которые определяют объемы и тарифы медпомощи, утверждены только в восьми субъектах федерации из 83. Скорость подключения частных к государственной системе оказания медпомощи резко повысилась. В 2010 году таких клиник было 618, в 2011-м — 642, в 2012-м — 739. Дело в том, что с 2013 года заработает новая система финансирования как государственных, так и частных клиник: теперь деньги на финансирование выполнения госзаказа (количество пролеченных больных по госпрограмме оказания медпомощи) по ОМС в каждом регионе будут выделяться из Федерального фонда ОМС. Ранее каждый субъект формировал у себя бюджет территориального фонда ОМС, из которого финансировались и частные, и государственные медучреждения. Но поскольку тариф ОМС покрывал только пять статей затрат, госклиники получали недостающие деньги напрямую из бюджета субъекта федерации или муниципального (это зависело от расположения клиники). А частным клиникам было совершенно невыгодно участвовать в программах ОМС, ведь выпадающие доходы бюджета они не получали. Выходило, что тарифы ОМС в 2012 году, например, покрыли только 25–30% реальных затрат частных клиник за одного пролеченного больного по полису ОМС.

В 2013 году бюджетное финансирование государственных поликлиник в основном отменяется: деньги будут поступать всем учреждениям через страховые компании без исключения только по количеству пролеченных больных. Остальные услуги, которые в программу госгарантий не входят, и частные, и государственные медцентры будут оказывать за деньги.

Тарифы ОМС теперь покрывают не только оплату труда, лекарства, перевязочные и расходные материалы и пр., но и затраты на коммунальные услуги, арендную плату, расходы на оборудование стоимостью менее 100 тыс. рублей и др. (кроме капитальных затрат медучреждения и затрат на оборудование свыше 100 тыс. рублей).

В среднем, с учетом количества поданных заявок, в каждом субъекте федерации может появиться еще по 5–6 частных клиник, которые станут обслуживать граждан по полису ОМС. Например, как пояснили «Известиям» в территориальном фонде ОМС Московской области, если в 2012 году в программе ОМС участвовало девять частных клиник, то в этом году планируется, что их будет 14. Хотя пять частных клиник решили выйти из системы, присоединиться пожелали 10. Это, например, центр томографии в Люберцах «Ведмед Эксперт», лаборатория диагностики «Гемотест» и стоматология «Профидент».

По словам медицинских специалистов, опрошенных «Известиями», возможен еще более массовый вход в систему ОМС частных медучреждений в 2014 году. Но только если медицинский бизнес убедится, что новая система ОМС заработает эффективно, а тарифы, разработанные субъектами федерации, будут достаточными.

По оценкам руководителя проектов по взаимодействию с органами здравоохранения «СОГАЗ-Мед» Людмилы Романенко, расширение статей затрат, которые включают в тарифы ОМС, повысит до 70% степень покрытия реальных расходов частных клиник на

одного пролеченного больного. Однако, по ее мнению, вряд ли это коснется Москвы, поскольку в столице зарплаты врачей достаточно высоки, а программой ОМС в 2012 покрывалась зарплата в размере 24–26 тыс. рублей.

На сегодняшний момент программы госгарантий оказания медицинской помощи, по подсчетам «Известий», утверждены только в восьми субъектах федерации. Это означает, что тарифы ОМС, которыми смогут пользоваться частные клиники, неизвестны в 75 субъектах федерации. То, что многие клиники готовы работать фактически вслепую, показывает степень их заинтересованности.

— Жаль, что две очень важные и ресурсозатратные статьи — капремонт и тяжелое оборудование (дороже 100 тыс. рублей) — не будут финансироваться в системе ОМС, а соответственно, не будут включены в расчеты тарифов на оказание медпомощи, — говорит замгендиректора по медицинскому страхованию компании «АльфаСтрахование» (владеет 12 клиниками в разных регионах) Андрей Рыжаков. — Шаг, который сделало государство, внедрив с 2013 года одноканальную систему финансирования, — правильный, но недостаточный.

Тарифы, как всегда, окажутся нерыночными, полагает Рыжаков. По его мнению, чтобы обеспечить массового вхождение частных клиник в систему ОМС, государству необходимо задуматься над тем, как оптимизировать число лечебных учреждений, подняв за счет этого тарифы.

— Сейчас в правительстве думают над этим вопросом, — сказал «Известиям» Рыжаков. По мнению Людмилы Романенко из «СОГАЗ-Мед», есть и другая проблема. Сегодня, чтобы войти в систему ОМС, частной клинике необходимо стать участником программы госгарантий, в рамках которой между лечебными учреждениями будут распределены объемы оказания услуг населению. Как правило, в регионах этим занимаются специально созданные комиссии, которые часто лоббируют интересы государственных учреждений.

Источник: Известия