

*Деловой журнал Vademecum и международная юридическая компания Dentons 9 сентября провели закрытое заседание представителей частного медицинского бизнеса, посвященное финансовому и территориальному планированию оказания медпомощи. Темами дискуссии на площадке Vademecum Private Club стали регуляторные инициативы по внедрению «двойного лицензирования» меддеятельности и вопросы доступа негосударственных медорганизаций к работе в системе ОМС и оказанию высокотехнологичной медицинской помощи по госзаданию.* В обсуждении приняли участие топ-менеджеры крупнейших российских частных клиник – ГК «Медси», ЕМС, АО «Медицина», «Мать и дитя», НМС, «Скандинавия», а также руководители компаний – операторов рынка лучевой терапии МИБС, «ОнкоСтоп», «МедМа», «Медскан» и другие. К дискуссии присоединились начальник Управления контроля соцсферы и торговли ФАС России Тимофей Нижегородцев и руководитель ТО Росздравнадзора по Москве и Московской области Андрей Плутницкий.

Ключевым пунктом повестки заседания стало недавнее предложение Минздрава РФ наделить региональные власти полномочиями по согласованию действий операторов рынка, желающих открыть новую точку или освоить дополнительный профиль. Резиденты и гости клуба сошлись во мнении, что переход от уведомительного к разрешительному порядку допуска на рынок медуслуг, в принципе, может быть осуществлен, но должен касаться исключительно участников системы ОМС вне зависимости от формы собственности предприятия-оператора.

В то же время «двойное лицензирование» на коммерческом рынке медуслуг приведет к ограничению конкуренции, сокращению инвестиций в отрасли и спровоцирует рост коррупции, убеждены резиденты Vademecum Private Club, а проблема равного доступа провайдеров к системе ОМС может усугубиться.

Участники встречи также обсудили дебют частных клиник в секторе ВМП, не погруженной в базовую программу ОМС, в 2020 году. Операторов беспокоит практика распределения «квот», а также грядущее погружение ВМП в систему ОМС, доступ к которой для частных клиник сегодня затруднен.

По итогам мероприятия члены клуба готовят резолюцию с предложениями по оптимизации финансового и территориального планирования в здравоохранении. Резиденты Vademecum Private Club приглашают всех игроков рынка, солидарных с прозвучавшими на заседании тезисами, присоединиться к резолюции, которая будет направлена регуляторам.

Резолюция также поступит всем респондентам опроса Аналитического центра Vademecum, посвященного «двойному лицензированию» медицинской деятельности. Елена Брусилова, президент ГК «Медси»:

– Нам всем, представителям отрасли, нужно объединяться – обсуждать общие проблемы и консолидированное мнение выносить на государственный уровень. Сегодня мы находимся в неравных условиях, в неконкурентной среде. Государственные клиники, имея бюджетное финансирование на строительство, реконструкцию и оснащение, получают максимальные объемы в ОМС. Более того, государственные клиники зачастую имеют внебюджетные подразделения, где услуги населению предоставляются за деньги. Это тоже неконкурентная история.

Частники вкладывают значительные собственные средства в строительство и оснащение клиник, все делается в соответствии с законодательством, что знают и лицензирующие, и проверяющие органы. Такие медицинские организации должны иметь

право на равный доступ к работе на рынке и, в том числе, к работе в системе ОМС, к оказанию ВМП. Есть и общие для всех медучреждений – государственных и частных – вопросы, которые мы все вместе могли бы попытаться решить. Например, необходимо менять лицензионные требования и СанПиНы на более современные.

Аркадий Столпнер, председатель правления МИБС:

– Государство, как основной администратор расходов в системе ОМС, может устанавливать свои правила. Они должны быть одинаковыми для всех участников этой системы. И в данном случае логично вводить «двойное лицензирование». Как это происходит, например, в Германии: если вы хотите открыть медицинский центр, то запретить это невозможно, но вас могут не допустить к деньгам больничной кассы. Если ваши компетенции государству нужны, то вас пригласят и ко всему допустят. Я все время ратовал за такой подход. С сожалением узнал, что у нас он трансформировался в совершенно другую историю. Мне кажется, что «двойное лицензирование» в предложенном виде сильно затормозит развитие нашего здравоохранения. Если введение «двойного лицензирования» – это элемент конкуренции за персонал, то такая мера не поможет удержать врачей в государственной системе, более того, часть специалистов просто уйдут из профессии и вернуть их будет уже невозможно.

Тимофей Нижегородцев, руководитель Управления контроля социальной сферы и торговли ФАС России:

– Отдельные сотрудники Минздрава уже давно высказывались в направлении этого шага, но никто не ожидал, что это коснется в первую очередь медицинских услуг. Говорилось о том, что у нас слишком много аптек, что создается ложная конкуренция, когда в одном доме открывается сразу пять таких организаций, и что надо срочно создать условия, при которых государство сможет регулировать этот процесс. В любом случае, сейчас нам нужно понять причины или проблемы, из-за которых возникла идея ввести «двойное лицензирование» медицинской деятельности, и попытаться найти более бережные решения по отношению к частным инвестициям в здравоохранение. Первая проблема – возможность безусловного участия в системе ОМС медицинских организаций разных масштабов, претендующих на одни и те же виды помощи. Есть относительно высокомаржинальные и низкомаржинальные виды медицинской помощи. В больших стационарах они компенсируются за счет перекрестного субсидирования, в то время как частные клиники могут сосредоточиться только на высокомаржинальных видах медицинской помощи. Однако если происходит перераспределение средств в частные клиники, то крупным стационарам становится нечем компенсировать низкомаржинальные, но необходимые населению виды медицинской помощи. Это может приводить к финансовой разбалансировке системы. Для того чтобы решить эту проблему, необходимо ввести требования к клиникам, которые могут участвовать в системе ОМС, причем они должны касаться неопределенного круга лиц. Если частные инвестиции позволяют создать крупный многопрофильный стационар и он соответствует этим требованиям, то незачем ему запрещать участвовать в системе ОМС. Он генерирует тот же самый объем как высокомаржинальных, так и низкомаржинальных медицинских услуг. Таким образом, его участие в системе ОМС не приводит к ее искажению. Однако эти требования должны одинаково касаться и государственных, и частных клиник.

Вторая проблема – дефицит платежеспособного спроса. В результате как частные, так и государственные клиники сталкиваются с сокращением потребления более дорогих

медицинских услуг и всерьез могут рассчитывать только на спрос, обеспеченный госпрограммами. Поэтому борьба между ними обостряется: все игроки конкурируют за госфинансирование, при котором себестоимость медуслуг зачастую оценивается неадекватно. Государственные получают субсидирование, а частные – нет. Отсюда взаимное желание и у частных, и у государственных клиник попытаться административным путем оттеснить конкурентов от сокращающегося финансового «пирога».

И третья история – дефицит медицинских кадров. Мобилизационная система Семашко, адекватная для своего времени, создавала не столько врача, а прежде всего бойца. В советское время его работа компенсировалась разными льготами, зарплатой по тарифной сетке, а сейчас такой развитой поддержки на разных уровнях медицинской деятельности нет. В условиях, когда в госклиниках нет никаких ограничений на зарплату главных врачей и размер административного штата, неизбежно происходит разрыв. Деньги, которые в целом выделяются на зарплату, перераспределяются в пользу административного персонала и главных врачей. В итоге врачи государственных клиник уходят зачастую в частные или идут на совместительство только для того, чтобы банально выжить. Поэтому решение этого вопроса должно находиться в русле систематизации требований к штатным нормативам и уровню соответствующих зарплат. Необходимо установить требования для клиник с точки зрения ограничений на совместительство (то есть врач может работать либо в частной, либо в государственной клинике), а также упорядочить вопрос штата и разрыва зарплат между руководящими сотрудниками внутри больницы и линейными врачами.

В целом антимонопольное ведомство не поддерживает административное регулирование открытия и закрытия частных клиник. Мы считаем, что те проблемы, на которые направлена данная мера, можно решить другими способами. В то же время ФАС России выступает за «территориальное планирование» размещения государственных и муниципальных медицинских организаций как необходимую меру обеспечения государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи.

Подробнее:

<https://vademec.ru/news/2019/09/16/predstaviteli-krupneyshikh-chastnykh-klinik-obsudili-perspektivy-dvoynogo-litsenzirovaniya/>