

Тарифы ОМС установлены ниже себестоимости услуг, оказываемых в частных медицинских организациях, что затрудняет интеграцию медицинского бизнеса в эту систему. В то же время законодательно установленной возможности участия объединенных медицинских предпринимателей в формировании тарифов ОМС нет.

Это констатировал II Национальный конгресс частных медицинских организаций, посвященный переходу к рыночному здравоохранению в условиях социального государства. Его участники заявили, что кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг исключительно за счёт средств бюджета и ОМС, без привлечения частных инвестиций, не представляется возможным.

Делаем одно дело

«Мы с вами действительно коллеги, а не конкуренты, поскольку делаем одно дело – заботимся о здоровье граждан, – заявил на открытии конгресса, который собрал около 180 делегатов из 44 регионов страны, заместитель министра здравоохранения РФ Сергей Краевой. – Частная медицина – часть системы здравоохранения, и нужно, чтобы частные инвестиции помогли системе справиться с её слабыми местами. Причём точки приложения могут быть найдены на всех трёх уровнях.

Надо найти возможность по интегрированию частных медицинских организаций в общую систему охраны здоровья граждан. Минздрав хочет, чтобы частники помогли в тех областях, где есть недостаток у государственного здравоохранения. Это не обострение конкуренции, а партнёрство».

По словам заместителя министра, многие руководители органов управления здравоохранением на местах поняли, что им выгоднее покупать медицинскую услугу, чем самим содержать учреждения со всей инфраструктурой.

«Сейчас создаётся банк данных востребованной помощи, которую регион не может оказать самостоятельно. В эти области на взаимовыгодных условиях мы и будем привлекать бизнес, – продолжил замглавы Минздрава. – Главное, чтобы бизнес шёл навстречу потребностям государства. Государство формулирует потребности, а бизнес выдвигает условия выполнения, которые позволяют ему быть рентабельным».

Сохранившиеся организационные принципы советской медицины уже не обеспечивают задачу поддержания здоровья нации, не могут вписаться в объективные условия необходимости существования системы здравоохранения в условиях рынка, подчёркивалось на конгрессе. У нас не здравоохранение для пациентов, а пациенты для здравоохранения, считает, например, член Комитета гражданских инициатив профессор Юрий Комаров. Вместо программ улучшения здоровья (как во всём мире), заметил он, в России принимаются программы развития здравоохранения, что далеко не одно и то же. В итоге денег отрасли выделяется немало, но при их потерях «по дороге» и нерациональном использовании ни здоровье граждан, ни удовлетворённость пациентов качеством медицинской помощи не улучшаются.

Финансовые и управленческие возможности государства в существующей модели здравоохранения практически исчерпаны, считает член правления НП «Национальный союз региональных объединений здравоохранения» Дмитрий Борисов. Привлечение дополнительных средств граждан в сферу оплаты медицинских услуг, а также частных инвестиций в сферу здравоохранения требуют изменения экономической модели.

О том, какой видят эту рыночную модель частники, на конгрессе говорилось подробно. Пациент имеет свободу выбора медицинской организации: государственной или частной – независимо от формы и способа

Проблемы и решения

Партнёры или конкуренты?

Как ужиться частной и государственной медицине?



оплаты услуг. Обязательное и добровольное страхование является основой платёжеспособного спроса на медицинские услуги, прямые платежи пациентов за услуги – только в виде исключения. Государственные и частные медицинские организации находятся в равных условиях. Доходы тех и других формируются из одних и тех же источников. Приобретение основных средств связано с получением дохода в будущем: будь то вложение собственника или получение и возврат кредита.

Подчёркивалось, что переход к рыночному здравоохранению не означает приватизацию государственных и муниципальных ЛПУ. Но эти организации и учреждения должны быть поставлены в одинаковые условия с частными клиниками и центрами в части формирования базы доходов и оплаты всех расходов.

Как грибы после дождя...

Помимо 45 тыс. частных медицинских организаций и индивидуальных предпринимателей, оказывающих медицинские услуги, в 26 городах России есть 33 частных медицинских центра, а в 2014-2015 гг. их число, как ожидается, возрастет до 60 в 42 городах. Сегодня в эти организации, число которых растёт, как грибы после дождя, ежедневно направляют своих пациентов 2 тыс. врачей, ежемесячно в них делается 50 тыс. исследований, а банк данных содержит 1 млн диагностических случаев.

Если в 2012 г. частники приняли 350 тыс. пациентов, то в 2013 г. – уже 600 тыс., а в 2014 г. рассчитывают на 1 млн пациентов. По данным опросов ВЦИОМ, в прошлом году в частные клиники обращалось 29% населения, в государственные – 71%. Лидерами на рынке платных медицинских услуг являются стоматология (50% в стоимостном выражении), диагностика (20%), гинекология

и урология (15%) и косметология (7%). 60% всей частной медицины сосредоточено в Москве и С.-Петербурге, 20% – в городах-миллионерах и 20% – во всей остальной России.

А мы говорим о дефиците врачей (40 тыс., по официальным данным Минздрава России) и медицинских сестёр (270 тыс.) в государственных и муниципальных ЛПУ (?!). Первых, по офи-

В.Скворцова. При этом она подчёркивает, что должен соблюдаться баланс между платными услугами и услугами в рамках государственных гарантий населения.

В 2011-2012 гг. желающих работать по программе госгарантий было немного – слишком отличались тарифы ОМС от стоимости тех же видов медпомощи, по которым работали частники. Да

«играть» по одним правилам. Недостаточно отрегулированы в отраслевых законах партнёрские отношения органов власти и субъектов предпринимательства, что не позволяет полноценно регламентировать обязательства сторон и гарантии для частных инвесторов при возникновении различного рода рисков и т.д.

В этой связи в настоящее время Минэкономразвития России

совместно с Агентством стратегических инициатив разрабатывает «дорожную карту», которая предусматривает расширение участия негосударственного сектора в сфере здравоохранения. Сейчас доля средств, которые достаются этому сектору в бюджете территориальных программ ОМС, составляет не более 1%. Но целевые показатели готовящегося документа выстроены довольно значительные: к 2015 г. довести эту долю средств до 10%, а к 2018 г. – до 20%.

Сегодня частные медицинские организации уже не просто скромно просят допустить их к средствам ОМС, как это было раньше, а уверенно заявляют о себе как потенциальные партнёры государства в сфере обеспечения конституционных прав граждан на охрану здоровья. И это не случайно. Как следует из данных, приведённых на конгрессе, объём рынка платных медицинских услуг в России растёт, и темпы его роста на уровне 12-15% сохраняются на протяжении ближайших 2-3 лет.

Понимает это и Минздрав России. Осознавая, что в условиях острого дефицита бюджетных средств, с одной стороны, и возросших в последние годы требований пациентов к качеству медицинской помощи, с другой, государству в одиночку здравоохранение не вытянуть, министерство постоянно ощущающее на себе требовательный взгляд главы государства, всерьёз заговорило о ГЧП.

Верно, но медленно

Нельзя не отметить и последние изменения законодательства, направленные на улучшение работы частных клиник в системе ОМС. Теперь тарифы медицинским организациям могут устанавливаться на срок до 3 лет. Затраты, возмещаемые из средств ОМС, распространяются на амортизацию оборудования и зданий. Это весьма важно для частных клиник, которые инвестируют не только во врачей и оборудование, но ещё и в капитальные вложения – здания и сооружения. То есть существенная статья расходов.

Летом прошлого года, выступая на заседании президиума Госсовета, Владимир Путин заявил о том, что необходимо, во-первых, развивать и поддерживать частную, платную медицину и, во-вторых, включить в территориальные Программы госгарантий медпомощи чёткий перечень бесплатных услуг, а также понятные каждому пациенту правила их предоставления. Соответствующие поручения Правительству РФ даны. А председатель Комитета Госдумы РФ по охране здоровья Сергей Калашников пошёл ещё дальше, во всеуслышание заявив, что следует развести платную и бесплатную медицину, и что он намерен добиваться запрещения

циальным данным Минздрава, работает сегодня в стране 650 тыс. (около 50 на 10 тыс. жителей) и 1 млн 200 тыс. медсестёр. При этом в первичном звене здравоохранения заняты всего 10% врачей, а необходимо, чтобы здесь было 45% от общего их количества. Это при том, что медики из государственных и муниципальных ЛПУ держатся за свою пенсию, поэтому вынуждены «подрабатывать» в этих учреждениях и работать в частной медицине.

Несмотря на это, открытость как Минздрава, так и ФОМС в последнее время в стране растёт. В министерстве появился заместитель министра, курирующий вопросы государственно-частного партнёрства, создан координационный совет по его развитию, Разработан проект федерального закона «Об основах государственно-частного партнёрства», который проходит сейчас этапы согласования.

А формально в государственную медицину коммерческие клиники «пригласили» ещё в 2010 г. – возможность их участия в выполнении Программы государственных гарантий медицинской помощи была зафиксирована в Федеральном законе «Об обязательном медицинском страховании в РФ».

Есть контакт!

Так что частные медицинские организации могут участвовать в Программе госгарантий, если захотят, при условии, что они получат специальную лицензию и пройдут процедуру аккредитации. После этого они могут оказывать бесплатную медицинскую помощь гражданам, получая за это деньги из фонда ОМС.

На сегодняшний день подобная практика есть уже более чем в 40 из 83 регионов. «Это очень выгодно не только бизнесу, но и государству: мы не занимаемся ремонтом, не следим за переоснащением», – говорит

и сегодня многие врачи и руководители частных медорганизаций продолжают утверждать, что ФОМС оценивает их работу слишком дешево. Тем не менее в 2013 г. тарифы существенно выросли, и многие частные клиники открыли двери для пациентов, лечение которых оплачивает ФОМС.

За 3 года количество негосударственных медицинских организаций, которые работают в системе ОМС и участвуют в программах госгарантий медпомощи, увеличилось вдвое: если в 2010 г. в этой системе работало 618 частных медорганизаций, то в 2013 г. – 1250. По данным Минздрава, уже 17,5% от всех медицинских организаций, оказывающих бесплатную помощь по полисам ОМС, – это частные организации. А на 2014 г., как сообщили в ФОМС, зарегистрировалось уже 1655 частных клиник и центров, готовых работать с бесплатными пациентами.

То есть государство проводит активную политику по созданию условий для включения негосударственных организаций в систему ОМС и развития новых форм участия населения в социальном страховании медицинской помощи наряду с государством. Минздрав убеждён, что привлечение частного сектора может стать важным фактором в повышении эффективности всей системы здравоохранения и доступности качественной медицинской помощи для населения.

Сегодня все говорят о необходимости участия негосударственных медицинских организаций в программе госгарантий, в системе оказания бесплатной медицинской помощи, однако условия для этого вырабатываются крайне медленно, и позиции согласовываются очень сложно, считают участники конгресса. На федеральном уровне отсутствуют общепринятое правовое определение понятия государственно-частного партнёрства, единое правовое поле и возможность

оказания платных медицинских услуг в государственных и муниципальных медучреждениях. На этом, кстати, настаивают частники, говоря о неравных условиях конкуренции частной и государственной, муниципальной медицины.

Тем не менее частники продолжают считать, что диктат государства в выстраивании взаимоотношений с бизнесом по-прежнему непоколебим: представителей частного здравоохранения не допускают к участию в формировании тарифов на медицинские услуги, их мнение не учитывается при принятии нормативных правовых актов (те же проблемы с лицензированием), они не вправе распоряжаться по собственному усмотрению прибылью от услуг по ОМС. Кроме того, частные организации здравоохранения не имеют равных с государственными организациями прав в получении госзаказа на оказание медицинской помощи, предоставляемого на основе открытого тендера. И конечно же, в формировании реальной конкурентной среды на рынке медицинских услуг государство вовсе не заинтересовано.

Законодательно установлены также ограничительные меры для медицинских организаций частной системы здравоохранения, не допускающие их на рынок медицинских услуг – запрет на заготовку и хранение донорской крови и её компонентов, лечение наркоманов, забор, заготовку и трансплантацию органов и тканей человека, медико-социальную экспертизу.

Говорят и о необходимости разрешить частным медорганизациям, входящим в систему ОМС и получившим от государства задание оказывать определённые объёмы медицинской помощи, предоставлять эти услуги по рыночным ценам. При этом они будут получать оплату от страховых медицинских организаций по тарифам, установленным в системе ОМС. А гражданам, обратившимся в эти организации, придётся доплачивать разницу между ценой предоставления этих услуг частниками и тарифом ОМС.

Эксперты Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» подготовили даже «дорожную карту» «Поддержка доступа негосударственных организаций к предоставлению услуг в социальной сфере», предлагая разрешить гражданам обращаться за помощью в частные медучреждения, работающие по программам ОМС, на условии соплатежей или подключения полисов добровольного медицинского страхования. То есть часть помощи за вас оплачивает система ОМС, а часть – либо вы лично, либо страховая организация, где вы сами или ваш работодатель оформил полис ДМС.

«Это, прежде всего, ОМС + соплатёж, причём будут ли это деньги конкретного человека или деньги страховой компании – всё равно, – считает председатель правления Ассоциации нижегородских частных медицинских клиник Алексей Душкин. – Пока у нас не будет половины тарифа, наполненного деньгами, частные клиники в ОМС работать не будут, потому что велик репутационный риск. Почти все ведущие частные клиники нашего региона, да и по всей стране, не идут в ОМС, поскольку качественно оказать услуги по существующим тарифам они не могут. А заманивать пациента только на приём терапевта, а потом «развести» его на анализы, УЗИ, МРТ и прочее – это не всегда хорошо и некорректно».

Возможность использования средств ОМС для погашения процентов по кредиту или лизингу подстегнёт, конечно, част-

ные клиники к участию в этой системе. Поэтому, считают их руководители, необходимо отменить структуру тарифа для негосударственных медицинских учреждений, оставив её только в качестве финансового контроля за подведомственными государственными учреждениями.

Ещё одна больная проблема – включение в территориальную комиссию ФОМС представителей общественных организаций, объединяющих негосударственные медицинские учреждения.

Вместе с тем, как сказал один из выступивших на конгрессе, «сегодня нас не только слышат, но и что-то меняется. И видя определённые изменения, могу сказать: «Верной дорогой идём, товарищи, но только очень медленно».

Так, не получило широкого распространения и в значительной степени дублирует ОМС добровольное медицинское страхование, которое должно быть дополнительным к обязательному. Вместо ДМС граждане оплачивают медицинские услуги, зачастую входящие в Программу государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. А это, считают частники, обострит проблему соплатежей.

Согласно социологическим опросам, 20% респондентов готовы официально доплачивать и ещё 32% не исключают возможность доплаты за медицинскую помощь более высокого качества, чем та, которую получают в рамках ОМС. В среднем люди готовы выделять из своего бюджета 1358 руб. в месяц на одного человека, или около 16 тыс. руб. в год (примерно столько и стоит полис ДМС на амбулаторное обслуживание). Исследования показали также, сколько россияне платят персоналу государственных клиник за «бесплатную» медицинскую помощь. В среднем 2643 руб. Кстати, подарки медперсоналу в сумме до 3 тыс. руб. законом разрешены.

«Когда писался 323-й Федеральный закон, мы в Национальной медицинской палате чётко отстаивали свою позицию по соплатежам, – рассказывает заместитель председателя Комитета Госдумы РФ по охране здоровья, вице-президент НМП Сергей Дорофеев. – Мы считали, что это возможно, но нас большинство тогда не поддержало, в том числе и некоторые коллеги, которые высказывали очень большие опасения. Хотя, если соплатежи добровольные, я не вижу в том ничего зазорного...»

Выслушав сетования частников по ОМС, Минздрав внёс в конце прошлого года в Правила обязательного медицинского страхования, утверждённые приказом Минздравсоцразвития России № 158н от 28.02.2011, изменения, касающиеся расчёта тарифов на оплату медпомощи.

Приказ № 859а от 20.11.2013 устанавливает, что расчёт тарифов может осуществляться на единицу объёма медицинской помощи на основе подушевого норматива финансирования медицинской организации на прикреплённых к ней застрахованных лиц. Тариф же на оплату медицинской помощи включает расходы на заработную плату, начисления на оплату труда, прочие выплаты, приобретение лекарственных средств, расходных материалов, продуктов питания, мягкого инвентаря, медицинского инструментария, реактивов и химикатов, прочих материальных запасов, расходы на оплату стоимости лабораторных и инструментальных исследований, проводимых в других учреждениях (при отсутствии в медицинской организации лаборатории и диагностического оборудования), организации питания (при отсутствии организо-

ванного питания в медицинской организации), расходы на оплату услуг связи, транспортных услуг, коммунальных услуг, работ и услуг по содержанию имущества, расходы на арендную плату за пользование имуществом, оплату программного обеспечения и прочих услуг, социальное обеспечение работников медицинских организаций, установленное законодательством РФ, прочие расходы, расходы на приобретение оборудования стоимостью до 100 тыс. руб. за единицу. Предусмотрены также дополнительные элементы структуры тарифа на оплату медицинской помощи, определённые утверждённой Правительством РФ Программой государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи.

Однако, несмотря на все принимаемые меры по формированию реальной конкурентной среды на рынке медицинских услуг, частный медицинский бизнес продолжает считать: государство не заинтересовано в развитии ГЧП, хотя объективно мы всё равно к этому придём. Ну не может в государстве с рыночной экономикой столько лет существовать не рыночная отрасль! Да и выполнять социальные обязательства перед собственными гражданами тоже как-то надо. Жаль только, что время будет потеряно, сетуют руководители частных центров и клиник.

На конгрессе они обратились к федеральным и региональным органам законодательной и исполнительной власти РФ с призывом «принять меры по устранению проблем развития частной системы здравоохранения и созданию цивилизованного рынка медицинских услуг в России». Необходимым условием этого являются скоординированные действия органов власти, а также саморегулируемых организаций, направленные на устранение проблем, препятствующих внедрению рыночных принципов организации медпомощи, говорится в резолюции форума. В настоящее время статус СРО в сфере оказания медицинских услуг имеют 10 объединений предпринимателей.

Запросы растут

Но и это, как говорится, не всё. Главное требование частников – установить на федеральном уровне минимальные тарифы ОМС, «ниже которых, с учётом районного коэффициента, не могут быть установлены тарифы на региональном уровне, в соответствии с полной себестоимостью услуг в данном регионе, включив в тариф инвестиционный компонент».

По мнению участников конгресса, следует обеспечить взаимодействие между страховыми компаниями и медицинскими организациями в системе ОМС на основании единых типовых правил, утверждённых на федеральном уровне. Они должны охватывать все условия взаимодействия, не требующие заключения договора. Это позволит пациенту свободно выбирать медицинскую организацию для оказания консультативной, специализированной и высокотехнологичной помощи с последующей оплатой медицинской услуги согласно действующим единым тарифам.

При оплате из фонда ОМС медицинских услуг необходимо, считают руководители частных медорганизаций, законодательно установить возможность оплаты фондом взаимозаменяемых услуг более высокого качества, в пределах тарифа, установленного для услуг, входящих в Программу государственных гарантий. При этом следует определить на федеральном уровне перечни взаимозаменяемых услуг, решив покрытие образовавшейся

разницы за счёт добровольного страхования или соплатежей потребителя.

А вот ещё несколько пунктов из принятой на конгрессе резолюции:

- налоговая ставка на доход медицинским организациям, применяющим упрощённую систему налогообложения, должна быть установлена в размере 0%;

- надо отменить налог на имущество, используемое организациями, применяющими общую систему налогообложения, в процессе оказания медуслуг; НДС при закупке медицинского оборудования в лизинг;

- задачу обновления основных фондов (здания, медицинское оборудование) должно решить с использованием рыночных механизмов – привлечением частных инвестиций и развития кредитования – государство, необходимо создать специализированный банк с государственным участием и разработать программы развития кредитования: предоставления гарантий банкам в отношении заёмщиков – медицинских организаций и субсидирования процентной ставки по кредиту; формирования благоприятной среды – предоставления льгот по налогам, использованию земельных участков, аренде имущества;

- решать задачу обновления основных фондов государственных учреждений с использованием рыночных механизмов, предоставляя средства исключительно на возвратной основе через систему кредитования на общих основаниях, обязать госучреждения образовывать фонды накопления и развития для обновления основных средств;

- необходим базовый закон о государственно-частном партнёрстве, надо нести изменения в законодательство, устраняющие ограничения для частных медицинских организаций на рынке медицинских услуг (запрет на заготовку и хранение донорской крови и её компонентов, лечение наркоманов, забор, заготовку и трансплантацию органов и тканей человека, медико-социальную экспертизу);

- привести в соответствие с рыночной стоимостью платные услуги в государственных ЛПУ, одновременно исключив возможность оказания за плату услуг, входящих в Программу государственных гарантий, а также ограничить оказание платных услуг с использованием имущества, предназначенного для реализации этой программы, при наличии очереди из пациентов;

- внести изменения в Федеральный закон № 173-ФЗ от 17.12.2011 Налогового кодекса РФ: сейчас в медицине малые предприятия, применяющие упрощённую систему налогообложения, платят либо 6%, либо 15%, в зависимости от объекта налогообложения (доходы или доходы, уменьшенные на величину расходов), в то время как крупные предприятия не платят налог на прибыль; с другой стороны, малые медицинские предприятия, применяющие упрощённую систему налогообложения, не имеют льгот в рамках данного специального режима по сравнению с малыми предприятиями, например, сферы питания или развлечений;

- отменить на федеральном уровне налог на имущество, используемое организациями в процессе оказания медицинских услуг, который сейчас устанавливается в каждом субъекте РФ самостоятельно, а также отменить НДС при закупке медицинского оборудования в лизинг.

И т. д., и т. п.

Так кто же всё-таки частная и государственная с муниципальной медицины – партнёры и конкуренты в условиях, когда первые явля-

ются источником оттока кадров и выступают за отмену платных услуг, оказываемых вторыми, и других «нестыковок»?

«В верхах» решительно настроены на конструктивную работу с частным сектором в медицине. На заседании Госсовета Президент РФ Владимир Путин прямо призвал развивать частную платную медицину, назвав такой подход соответствующим интересам граждан страны, которые получают реальную возможность выбора медицинского учреждения. При этом глава государства заметил, что на сегодняшний день частных медицинских организаций в России втрое меньше, чем государственных.

«Для снижения расходов государства на поддержание основных фондов здравоохранения особое значение имеет формирование открытой конкурентной среды и вовлечение в реализацию программ государственных гарантий негосударственных медицинских организаций по единым требованиям к оказанию качественной медицинской помощи», – заявила минувшим летом на заседании президиума Госсовета и министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Она полагает, что «поднятие отечественной медицины на современный уровень силами исключительно государства, чьи бюджетные возможности ограничены в условиях глобального перманентного экономического кризиса, либо бизнеса, чьи возможности без поддержки государством пациентов ограничены платёжеспособностью населения, не представляется возможным».

Речь, по сути, идёт о формировании государственно-частного партнёрства, поскольку кардинальное изменение качества и доступности медицинских услуг в сфере здравоохранения, ГЧП следует рассматривать как юридически оформленные отношения органов власти и частных медицинских организаций (индивидуальных предпринимателей) в отношении объектов, находящихся в юрисдикции государства. При этом они должны основываться на обязательном разделении рисков, учёте интересов и координации усилий сторон, осуществляемых в целях наиболее эффективной реализации проектов в сфере оказания медицинских услуг.

Председатель Правительства РФ Дмитрий Медведев признал, правда, что трудно обеспечить условия для полной конкуренции на рынке медицинских услуг, особенно в труднодоступных и малонаселённых районах страны. Медицинский бизнес туда очень сложно привлечь просто потому, что это нерентабельно, пояснил он. «Поэтому обеспечение доступности качественной медицинской помощи в таких местах и вообще в целом по стране, всё равно, конечно, берёт на себя государство и так будет ещё, я думаю, очень и очень долгое время», – сказал премьер-министр, призвав государственные медицинские организации не бояться конкуренции с частными клиниками.

А что думаете вы, читатель, по этому поводу? Возможно ли «мирное существование» этих двух, столь противоречивых систем – платной и бесплатной медицины – в нашем здравоохранении? И если «да» или «нет», что для этого надо сделать? Или всё так и пустим на самотёк, предоставив решать эти вопросы «в верхах»?

Константин ЩЕГЛОВ,
обозреватель «МГ».

Фото
Александра ХУДАСОВА.