



Ежегодно, согласно статистике, государство тратит на лечение россиян миллиарды рублей. Причем декларируемые суммы растут. Так, объем субвенции Федерального фонда обязательного медицинского страхования (более 95% средств рынка ОМС) в 2016 году планировался на уровне 1459 млрд руб., в 2017-м — 1537 млрд руб., а в 2018 году — 1870 млрд руб. По данным ЦБ РФ, фактический объем рынка ОМС за первое полугодие 2017 года составил 769,5 млрд руб. против 716 млрд руб. за первое полугодие 2016 года (+7%).

«Однако часто этого не происходит. Медучреждения не могут (в силу дефицита профессиональных кадров) или не хотят что-то менять. Санкции, накладываемые страховщиками, в среднем не превышают 1% от суммы средств, которые перечисляются в медучреждения в качестве оплаты медицинской помощи. Таким образом, «наказание рублем» не работает в силу малой значимости, а медучреждения предпочитают открыто бороться с контролерами, то есть страховыми компаниями, разворачивая в обществе через лоббистов на всех уровнях полемику о ненужности страховщиков», — сетует эксперт. Расторгнуть договор с медучреждением, как в ДМС, страховщик не может. В ОМС страховщик по действующему законодательству обязан заключить договоры со всеми медучреждениями в системе ОМС.

Здоровье идет за деньгами

Вскоре систему здравоохранения, как видно из заявлений руководства страны, ждет трансформация, бесплатных услуг в ней станет меньше. В октябре этого года в Сочи президент Владимир Путин, заявил, что нужно решить, в каких сегментах и в каком объеме государство обязано оказывать медпомощь бесплатно, а где возможно софинансирование. «Но с точки зрения организации самой отрасли здесь нужно, конечно, действовать очень аккуратно, нужно, чтобы человек понимал свою ответственность за свое собственное здоровье», — цитирует президента ТАСС.

Позже, из заявления главы Счетной палаты РФ Татьяны Голиковой, стало известно, что регионы резко сократили расходы на здравоохранение. Снижение, как сообщают «Вести.Экономика», отмечено в 84 регионах страны. Это может привести к тому, что врачи сократят бесплатную квалифицированную помощь. ●

монтаж зданий, покупка и ремонт оборудования дороже 100 тыс. руб.), коммерческую норму прибыли и часто — аренду. Кроме этого, наиболее значимая статья расходов — фонд оплаты труда — в коммерческом секторе нередко выше. Другим объективным барьером является отсутствие квот в ОМС для коммерсантов: в приоритете загружаются мощности государственных клиник.

Но в 2015 году наметился рост — коммерческие клиники решили, что в трудные времена и ОМС может стать подспорьем. В 2012 году в системе ОМС их было 1029 (12,7%), в 2015 году — 1943 (22,4%), в 2016 году — уже 2540 медорганизаций, или 29%. Таким образом, чуть меньше трети всех медицинских организаций, работающих в ОМС, являются коммерческими, и сказать, что это мало, уже нельзя.

«В крупных городах с переизбытком коммерческих клиник и значимым превышением предложения над спросом коммерсанты готовы хотя бы как-то загружать простаивающие мощности: лучше получать меньший тариф, чем ничего, — поясняет президент Всероссийского союза страховщиков Игорь Юргенс. — С другой стороны, у государства по ряду видов помощи есть дефицит современных технологий и мощностей. И тут возникает взаимовыгодное партнерство с коммерческими клиниками».

Как рассказывает генеральный директор «РГС-Медицина» Надежда Гришина, поначалу частные структуры в основном оказывали стоматологическую помощь, услуги по клинической лабораторной диагностике, некоторые исследования функциональной диагностики, как, например, ультразвуковые исследования. Сейчас спектр оказываемых ими медицинских услуг существенно расширился. Сегодня негосударственный сектор представлен офисами врачей общей практики, консультативной помощью узких специалистов, гемодиализом, услугами по экстракорпоральному оплодотворению, медицинской реабилитации, исследованиями на позитронно-эмиссионных и компьютерных томографах.

Большинство частных медорганизаций в секторе ОМС — это поликлиники (в том числе стоматологические), их насчитывается 1134 (или 59% от общего числа). Это объясняется тем, что оказы-

ваемые ими услуги имеют неплохие сроки окупаемости вложений, кроме того, входящие в данные поликлиники пациенты по ОМС являются и потенциальными клиентами для платных услуг. На втором месте — стационары, их доля — 12%. Частные компании участвуют и в оказании высокотехнологичной медицинской помощи — уже порядка 3% государственного задания приходится на них.

Лечение под контролем

Страховщики осуществляют контроль качества оказанной медицинской помощи медучреждениями и в случае обнаружения дефектов накладывают на учреждение финансовые санкции. На этом полномочия страховщиков заканчиваются. По задумке, как говорит Александр Трошин, такие санкции призваны стимулировать медучреждения проводить «работу над ошибками» и улучшать качество медицинской помощи.

Участие коммерческих клиник в системе ОМС зависит от того, насколько привлекательны для них тарифы по этому виду страхования