

Цветные тематические страницы №17–20 являются составной частью газеты «Коммерсантъ». Зарегистрировано в Роскомнадзоре ПИ № ФС 77-64424 31 декабря 2015 года. Распространяются только в составе газеты. Подписчики получают цветные тематические страницы: «Дом», «Телеком», «Банк», «Страхование», «Лизинг», «Стиль» и другие.

19 Медицинские инвесторы предпочитают соглашения о ГЧП концессию

20 Перспективы социальной модели обслуживания пожилых людей

С начала 2017 года 81 поликлиника Санкт-Петербурга перешла на подушевое финансирование терапевтических служб. В течение года все государственные и частные поликлиники, работающие в системе ОМС, должны перейти на новую модель оплаты. Реформа призвана заинтересовать медучреждения в более качественном лечении прикрепленных граждан. Однако новая модель грозит недофинансированием поликлиник в неблагополучных районах и частных центров в новостройках.

Россиян полечат от души

— реформа —

В конце 2016 года Высшая школа экономики представила исследование «Проблемы перехода на подушевой принцип оплаты первичной медико-санитарной помощи». Главный его вывод таков: государство должно перейти к подушевому принципу финансирования медицинских учреждений первичного звена, иначе его расходы будут возрастать, а качество оказываемой помощи — снижаться. По данным исследования, сейчас в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) подушевой принцип оплаты медицинских услуг не востребован, а оплата фактических объемов амбулаторных услуг (по показателям врачебных посещений и числу консультаций, диагностических тестов, процедур), напротив, доминирует. В результате поликлиники превышают показатели. Так, в России число врачебных посещений на одного жителя в год составляет 9,5 против 6,9 в среднем по ЕС (на 37% больше), а в Великобритании и скандинавских странах число посещений врачей в год ниже в два-три раза.

В то же время оплата по фактическим объемам помощи не создает у поликлиник экономического стимула заниматься профилактикой. Предупреждение заболеваний складывается из действий, которые сложно оплачивать по бюджетным тарифам. К ним относятся, например, организация различных пациентских школ и мониторинг состояния пациентов. В результате медуслуг становится все совокупность действий медперсонала, которые обеспечивают постоянное наблюдение за населением. Однако сейчас поликлиникам выгодно каждое дополнительное обращение пациентов с обострениями хронических заболеваний, что приводит к постоянно растущей частоте вызовов скорой помощи и высокой нагрузке на стационар.

С учетом этих факторов, а особенно в условиях сокращения числа больниц, которое произошло за последние годы (только в 2013–2014 годах число больниц уменьшилось на 9,3%, а коечный фонд — на 4,5%), поликлиники необходимо финансировать с помощью подушевой оплаты за медуслуги, а впоследствии — в рамках фондоудержания.

При этом методе поликлиники получают средства на часть объемов стационарной помощи и оплачивают их из собственных средств. «Если они активно занимаются, например, больными с высоким артериальным давлением, то снижается вероятность их попадания в стационар с инфарктом или инсультом. Следовательно, возникает общая экономия средств в системе здравоохранения», — говорит автор исследования ВШЭ Игорь Шейман. По его мнению, поликлиники будут заинтересованы в лучшем наблюдении



Меняя систему финансирования, регулятор стремится избежать «залечивания» пациентов вследствие зависимости поликлиник от количества приемов

нии за больными в амбулаторных условиях, если медучреждения будут заинтересованы в экономии средств на стационарную помощь.

«Предыдущая система создавала экономическую заинтересованность в увеличении количества посещений. А сейчас это уходит. Каждая поликлиника понимает, что определенный объем финансирования она получит гарантированно. И это должно облегчить работу участковых, позволит им сосредоточиться на диспансерных больных, на профилактике — это приоритеты амбулаторного звена, и они всегда выделяются и стимулируются при подушевом финансировании», — согласен заместитель председателя комитета по здравоохранению Санкт-Петербурга Константин Ключковкин.

Плановый курс

Переход на подушевое финансирование за медицинскую помощь в амбулаторных условиях был предопределен постановлением правительства «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской

помощи на 2017 год и на плановый период 2018 и 2019 годов» от декабря прошлого года. Правительство рекомендовало регионам подготовить территориальные программы на 2017–2019 годы.

Аналогичный документ на 2015–2017 годы, по оценке господина Шеймана, содержал размытые формулировки и правила, в соответствии с которыми можно было бы перевести поликлиники на новые методы оплаты.

В Петербурге комитет по здравоохранению в 2015 году утвердил концепцию поэтапного перехода на подушевое финансирование исходя из количества прикрепленных к поликлинике людей — и использовал ее как метод планирования для перехода на новую систему. С начала 2017 года на подушевой норматив в городе перешло 81 учреждение, в основном городские поликлиники, имеющие в своей структуре и первичную участковую, и специализированную службу. По новому нормативу им оплачивается только работа участковой службы: участковых терапевтов и педиатров, врачей общей практики и семейных врачей. «Этот вариант минимизирует риски, в том числе основной риск для пациентов — снижение объемов помощи, ее доступности и качества. Кроме того, сохраняется финансовая стабильность учрежде-

ний. Порядок оплаты медицинской помощи врачей-специалистов не меняется. Сохраняется оплата и за посещения при диспансеризации и профилактических осмотрах, которые проводятся в соответствии с приказами Минздрава. Это обеспечивает экономическую заинтересованность учреждений сохранять и даже увеличивать объемы профилактической работы», — рассказывает в пресс-службе комитета по здравоохранению.

Администрация Петербурга планирует до конца 2017 года перевести на подушевой норматив все городские поликлиники. Как обещают в комитете по здравоохранению, для их пациентов и врачей при этом ничего не изменится.

В пресс-службе Территориального фонда обязательного медицинского страхования (ТФОМС) сообщили, что в течение года подушевой норматив начнет действовать в части помощи врачей-специалистов и в частных медицинских организациях, работающих в системе ОМС.

Риски системы

Каковы результаты перехода на подушевое финансирование 81 поликлиники за прошедшие пять месяцев с начала года, не ответили ни в комитете по здравоохранению, ни в ТФОМС. Один из основных кажу-

щихся рисков этого перехода — это вероятность того, что из экономии поликлиники будут пытаться ограничить количество посещений хронических больных, которым чаще нужно обращаться к врачу. На это в конце января Константин Ключковкин отвечал так: «Поликлиники утрачивают экономическую заинтересованность в большом количестве посещений. Заметной экономии от того, что врачи будут реже приглашать больных, они не получают, но если мы говорим, например, о пациентах с хроническими заболеваниями, то снижение числа обращений может отразиться на качестве диспансерного наблюдения. Для учреждения это проявится ростом госпитализации, числа вызовов скорой, ухудшением показателей выживаемости онкологических больных. Поэтому главные врачи понимают, что экономить на посещениях смысла нет».

Второй риск касается появления «мертвых душ», дорисованных, подобно тому, как это происходило с дописанными медицинскими услугами при предыдущей схеме финансирования. Чтобы противостоять этому, ТФОМС добавил в существующую информационную систему (она обеспечивает взаиморасчеты и информационный обмен в сфере ОМС) функцию учета прикрепленного населения. Это программный

модуль, который позволяет многократно отражать перемещения пациента между медучреждениями, к которым он может быть прикреплен в разные периоды своей жизни.

В пресс-службе ТФОМС сообщили, что для контроля количества реально оказанной пациентам помощи в фонде каждый месяц сравнивают объем финансирования медучреждений, которые работают по разным нормативам. Какие результаты показывает это сравнение, в терфонде не пояснили.

Нечеткий переход

Константин Ключковкин уверен, что подушевое финансирование медицинской помощи при правильном внедрении становится сильным экономическим регулятором, который мотивирует первичное звено заниматься здоровьем населения, а не просто оказывать медуслуги и получать за это плату. «Все другие способы оплаты стимулируют увеличение числа услуг, порождают экономическую заинтересованность в том, чтобы пациенты чаще обращались к врачам», — говорит заместитель председателя комитета по здравоохранению.

Однако городские медики до сих пор не имеют четкого представления о механизме перехода на подушевую модель финансирования поликлиник. «Мы опасаемся, что нам норматива будет не хватать. Мы надеемся получить разъяснения о том, как это будет работать. Пока же я могу констатировать: обращаемость клиентов сильно зависит от прикрепленного контингента. Если это пенсионеры, маленькие дети, если это неблагополучный район, то там большое количество обращений — и тарифа подушевой оплаты не хватает», — говорит генеральный директор «Медицинского центра „XXI век“» Анна Соколова. По ее словам, в системе подушевого финансирования тяжело работать маленьким центрам, которые открываются в новых районах: там еще не приписана к медучреждению большая часть жителей. «В этом смысле у поликлиник, работающих 10–15 лет, большая форa, потому что они получают финансирование и на пациента, который обращался к ним за помощью 15 лет назад, но при этом прикреплен к этому учреждению», — поясняет руководитель «XXI века».

Главный врач одной из государственных поликлиник, уже перешедших на систему подушевого финансирования, оценивает ее внедрение как далекое от совершенства. «Первым шагом к внедрению методов подушевой оплаты должно было стать формирование методических рекомендаций со стратегиями и механизмами этого перехода. К сожалению, их не было и нет, поэтому обстановка среди руководителей медучреждений сейчас неспокойная», — оценивает собеседник издания.

Влада Гасникова

На разных полисах

— исследование —

Применить в России американский вариант медицинского страхования, то есть полный переход на ДМС, невозможно по ряду объективных причин: модель, работающая на Западе, недоступна нам в силу высокой стоимости страховки, дефицита качественных медучреждений в регионах и исключения из российских полисов ДМС ряда серьезных заболеваний. Но и нынешнее положение дел не удовлетворяет игроков рынка. Оптимальным решением они видят создание гибридной системы получения медицинских услуг с участием государства и собственных средств жителей.

Согласно опросу исследовательской компании MAR Consult врачей-кардиологов в 50 регионах России, почти 70% респондентов считают, что в стране неприменима

модель безальтернативного добровольного медицинского страхования. В ряде западных стран пациент самостоятельно выбирает и оплачивает полис ДМС, исходя из своих потребностей и возможностей. Но наши врачи считают, что даже через 15–20 лет подобная модель в России маловероятна. И этому, перечисляют они, есть несколько причин: дороговизна ДМС, менталитет, недостаток образованности, а также тот факт, что пожилые люди и льготные категории граждан просто не могут самостоятельно оплачивать полис.

Все опрошенные «Ъ» страховщики и представители медицинского сообщества сочли приведенные в исследовании данные правдоподобными. Кроме того, практически все согласились с тем, что в среднесрочной перспективе полный переход на систему ДМС в России невозможен сразу по ряду причин. И главная из них — высокая стоимость добровольного

страхования. «Уровень жизни населения в России очень сильно разнится, поэтому полностью заменить ОМС на ДМС невозможно. Люди обеспеченные давно приобретают полисы ДМС — за свой счет, либо за счет работодателя. Но для людей малообеспеченных это непопозволенная роскошь, тем более что они понимают, что получат бесплатную медицинскую помощь от государства. Разве неработающий пенсионер с пенсией 9 тыс. рублей или студент со стипендией 2 тыс. рублей в месяц может приобрести полис ДМС?», — выражает общее мнение генеральный директор страхового общества «Помощь» Александр Локтаев.

В стране, где 20% населения живет ниже порога бедности, переход на ДМС привел бы к социальной катастрофе, категорична руководитель департамента исследований в медицине и фармацевтике MAR Consult Ксения Медведова.



Для широкого развития ДМС в стране не хватает коммерческих медицинских центров, а муниципальные не могут оказать помощь на предусмотренном платным полисом уровне