

*Российская медицина скоро должна практически полностью перейти на страховые принципы: к 2016 г. базовая медицинская помощь должна оплачиваться через систему обязательного медицинского страхования.*

В проекте федерального бюджета 2014–2016 гг. заложен практически полный переход с 2015 г. на принципы медицинского страхования, говорил в октябре министр финансов Антон Силуанов, выступая в Совете Федерации на слушаниях по проекту бюджета (слова министра цитирует «Интерфакс»). Федеральный бюджет, объясняет он, будет «все меньше и меньше» содержать федеральные бюджетные учреждения, а основные медицинские услуги будут оказываться за счет Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС).

Ассигнования, которые идут на финансовое обеспечение медицинских учреждений, когда они предоставляют базовую программу медицинской помощи, из бюджета надо убрать – они должны перейти в ФОМС, говорила в интервью «Ведомостям» в июле первый заместитель министра финансов Татьяна Нестеренко.

В этом году всего на здравоохранение планируется потратить 2,46 трлн руб.: 401,1 млрд руб. – из федерального бюджета, 1,02 трлн – из региональных и 1,04 трлн – из бюджета ФОМС. К 2016 г. общая сумма должна вырасти до 2,84 трлн: 310,8 млрд – из федерального бюджета, 1,02 трлн – из региональных и 1,5 трлн – из бюджета ФОМС. По словам Силуанова, возможность получать средства из ФОМС будет как у бюджетных организаций, так и у частных.

### ***Процесс пошел***

Руководители частных клиник еще в прошлом году признавались, что работать по ОМС им не очень интересно: реальные затраты клиник могли быть в 3–4 раза больше тарифа ОМС. Приход частных сдерживало еще и то, что государственные медорганизации солидную часть средств получали напрямую из бюджетов, вспоминает гендиректор «РОСНО-МС» Нина Галаничева, а сама работа в ОМС предполагает жесткий контроль деятельности медорганизации.

Чиновники рассчитывали, что подключаться к системе ОМС частных подтолкнет переход на полный тариф. В этом году, после перехода на одноканальное финансирование всех медучреждений, тарифы, по которым клиникам оплачиваются оказанные по ОМС услуги, поднялись. «Конечно, [нынешние] тарифы далеки от экономически обоснованных, но работать по ним уже интересно и выгодно, особенно если есть эффект масштаба», – говорит Галаничева. Тарифы, по данным гендиректора «СОГАЗ-Меда» Дмитрия Толстова, выросли на 30–40%.

В результате за год число коммерческих медорганизаций в системе ОМС увеличилось на четверть, говорит Галаничева: теперь 7 из 100 медцентров в системе ОМС – частные. «Мы видим в регионах приход эффективных частных медицинских центров в систему ОМС», – подтверждает Толстов. Например, такие проекты уже реализуются в Астраханской и Иркутской областях, знает он. Московское правительство в феврале приняло программу «Доктор рядом», предусматривающую сдачу в аренду помещений под частные медцентры шаговой доступности, которые должны оказывать первичную помощь по ОМС, – по 1 руб. за 1 кв. м на 20 лет. С июля через аукционы заключены 20-летние договоры на аренду 11 помещений площадью 134–227 кв. м.

Процесс пошел, но пока не стал массовым, констатирует Толстов.

### ***Своими руками***

Некоторые крупные страховщики, не дожидаясь полного перехода на страховое финансирование медицины, взялись за организацию медицинской помощи сами.

Крупнейшие по числу клиник собственные сети у «Ингосстраха» и «АльфаСтрахования». Сеть «Ингосстраха» «Будь здоров» включает 12 клиник: четыре в Москве и по одной – в Санкт-Петербурге, Саратове, Краснодаре, Уфе, Казани, Новосибирске, Красноярске и Нижнем Новгороде. В ближайшее время компания собирается открыть клиники в Ростове-на-Дону и Иркутске, а в начале 2014 г. – в Кемерове и Екатеринбурге, указано на сайте сети. У «Альфы» тоже 12 клиник под брендом «Альфа – Центр здоровья»: в Самаре, Саратове, Ярославле, Нижнем Новгороде, Мурманске, Тюмени, Ростове-на-Дону, Екатеринбурге, Кирове, Перми, Березниках, Москве. У группы «СОГАЗ» два собственных медицинских центра в бизнес-центрах в Москве и крупная клиника «Международный медицинский центр» (включает стационар) в Санкт-Петербурге, кроме того, входящая в группу компания «СОГАЗ-Медсервис»

оказывает медицинские услуги на базе 18 здравпунктов в Москве и области.

«Речь о каких-то конкретных плюсах не идет», – признается заместитель гендиректора «АльфаСтрахования» по медстрахованию Андрей Рыжаков. Страховая компания в целом, объясняет он, не может базироваться на одной, даже самой разветвленной, сети лечебных учреждений. Поэтому у «Альфы» заключены договоры более чем с 7000 лечебно-профилактических учреждений по всей стране. СОГАЗ заключил договоры еще с 5000 медучреждений по стране. У «Ренессанс Страхования» партнерские отношения с 4000 лечебно-профилактических учреждений в России и за рубежом, говорит вице-президент по добровольному медицинскому страхованию (ДМС) «Ренессанс Страхования» Марина Тихонова.

«Это в принципе два совершенно разных вида бизнеса – страховой и медицинский», – настаивает Тихонова. Иметь собственную сеть, по ее словам, для страховщика нерентабельно. Крупные компании с качественным соцпакетом, особенно международные, приобретая для сотрудников ДМС, не выберут одну сеть клиник – это серьезно ограничивает возможности получения многофункциональной медицинской помощи и несет большой риск для бюджета, объясняет Тихонова.

«АльфаСтрахование» планировало к 2020 г. открыть 60 клиник в городах с населением от 500000 человек. Но чтобы расширить сеть впятеро, страховщик ищет в проект соинвестора, рассказывал «Ведомостям» гендиректор компании Владимир Скворцов. Изначально «АльфаСтрахование» взялось создавать собственные медучреждения, «потому что было недостаточно предложения со стороны других». Теперь же, учитывая реформу ОМС, ситуация, по словам Скворцова, «улучшается и в частной медицине, и в государственной».

«Мы будем готовы активно участвовать в системе ОМС, как только тарифы на основные услуги, и в амбулаторно-поликлиническом звене, будут соответствовать их реальной стоимости», – говорит Рыжаков.

### ***Подождите три года***

«Если все будет нормально, массово процесс [подключения частных клиник к системе

ОМС] пойдет с 2016 г.», – считает Толстов. Его коллеги из других страховых компаний предвидят сразу несколько проблем для клиник, которые сейчас работают по программам ДМС.

Хотя качество работы медучреждения зависит не от формы собственности, а от укомплектованности персоналом и его качества и материально-технической базы, подключение к ОМС может на качество сказаться, предупреждает директор департамента личного страхования «Согласия» Оксана Оболенская. Скорее всего, вырастет число пациентов, которых оно обслуживает, а пропускная способность может, наоборот, снизиться, объясняет она: в результате для пациентов ОМС «сервисная составляющая» может качественно улучшиться, а пациентам ДМС может, наоборот, показаться ниже.

Сейчас со страховыми компаниями коммерческие лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) работают по более высоким тарифам, говорит Тихонова. За счет этого в таких поликлиниках более квалифицированные специалисты, современное технологичное оборудование и отсутствие очередей, перечисляет она. «Если коммерческие ЛПУ перейдут в ОМС – преимущества они потеряют. Страховщики будут вынуждены искать других партнеров», – констатирует страховщик. Разделить потоки пациентов по ДМС и ОМС смогут только крупные ЛПУ, многопрофильные центры, считает она.

### Топ-6 крупнейших страховщиков ДМС, млрд руб.

2011

I	пг	. 2012
---	----	--------

2012

I	пг	. 2013
---	----	--------

97000283

69459114

108947459

75650397

СОГАЗ

17797171

18141962

22841309

19910035

РЕСО-Гарантия

5357196

4635581

7662656

5695697

Ингосстрах

6123529

4637045

7876564

4642346

Альянс

7194283

3806755

6144076

4611085

АльфаСтрахование

5552838

3320273

5315160

4135354

ЖАСО

6754431

3379595

7615518

3804942

Физлица

11790648

7140723

7469693

13363562

Юрлица

85209635

62318391

68180704

95583897

*Источник: СБРФР, расчеты «Ведомостей»*

**Источник:** [Ведомости](#), № 209, 12.11.13

**Автор:** Нехайчук Ю.