

Нынешняя система здравоохранения рассчитана на немобильное население и советские принципы организации общества. В ней поликлиники не заинтересованы в пациентах и их удовлетворенности лечением. Как это изменить?

Система советского образца

Сравните реакцию общества на два сообщения: с одной стороны, остановку производства компанией GM своих автомобилей в России и сокращение рабочих, с другой – закрытие части городских поликлиник и больниц в Москве и сокращение медицинского персонала. В первом случае реакция общества, по сути, безразличная, во втором – шквал отрицательных эмоций. В чем дело? На мой взгляд, в том, что в первом случае потребители знают, что смогут купить автомобили других марок с аналогичными потребительскими характеристиками в нужный им момент и примерно за те же деньги. Во втором случае картина противоположная.

Руководитель департамента здравоохранения Москвы Алексей Хрипун приводит показатели достаточности врачей и коек в городе: «Помимо учреждений, подведомственных департаменту здравоохранения города Москвы, медицинскую помощь населению столицы оказывают более 5 тыс. медицинских организаций разных форм собственности (подведомственные Минздраву России, РАМН (ФАНО), частные компании, ФМБА России, МВД России, МО России, ФСБ России, МИД России, УД президента России и др.). Показатель обеспеченности врачами населения в Москве существенно превышает не только указанную цифру, но и показатель в среднем по России». Формально здесь все верно. Но правда также и то, что пациент с полисом ОМС не может свободно и в нужный ему момент получить лечение во всех перечисленных в цитате медицинских организациях Москвы.

Почему? Потому что существующая архитектура ОМС осталась в советской шинели: она основана на приписном (в отношении пациентов) и распределительном (в отношении денег) принципах работы. В первичном звене пациент на год приписывается к поликлинике, которая получает деньги на год вперед за каждого прикрепленного. Минус для пациента в том, что, получив годовое финансирование на всех прикрепленных, поликлиника с финансовой точки зрения заинтересована, чтобы ни один пациент к ним не пришел (расходов будет меньше): деньги же уже получены. На уровне больниц пациентов распределяет специальная комиссия, она может дать на год больнице квоту на одного пациента, а может на всех.

Как перестроить ОМС

Нет готового образца, по которому можно было бы выстроить новую архитектуру ОМС в России. Но мы можем увидеть в других системах медицинского страхования элементы, которые позволят сделать нашу ОМС более эффективной.

Пациент должен стать основным бенефициаром изменений. Приписной и распределительные принципы, действующие сейчас, должны быть отменены, т.к. они препятствуют мобильности населения, возможности реального выбора пациентом врача и медицинской организации и, как следствие, конкуренции на рынке ОМС. Пациенту надо дать возможность самостоятельно выбирать врача и место, где он будет лечиться по программе ОМС.

Изменения должны привести к фактическому (а не декларативному) равенству на рынке ОМС государственных и частных медицинских организаций. По итогам за 2014 год доля в денежном выражении частных и ведомственных медицинских организаций на рынке ОМС пугающе мала – 3–4%.

Для государства-заказчика все равно, кто окажет ему услугу по лечению людей по ОМС. Главное, чтобы исполнитель не брал с государства больше, чем оно готово заплатить. Если же пациент хочет большего, чем может дать государство по программе ОМС, и может за это большее доплатить, то у него должна быть такая возможность.

Конкуренция в государстве

Распространенное заблуждение – что, получив возможность свободно выбирать врача, все пациенты пойдут лечиться в частный сектор. Основная масса людей, которые с финансовой точки зрения могут позволить себе лечение за деньги, этим уже воспользовалась. Поэтому выбор пациентом врача в тот момент, когда у него возникает в этом потребность, породит конкуренцию за него в первую очередь между государственными медицинскими учреждениями.

Движение денег за пациентом и соплатежи позволят государству – владельцу большинства медицинских учреждений – понять, куда ходят лечиться люди, и на основе этого оптимизировать свою сеть и свои расходы на нее, причем не только текущие, но и капитальные. Государственные расходы на капитальные вложения будут замещены частными инвестициями в тех местах, где будет потребность в лечении людей.

Стоит вспомнить опасения, которые высказывали во время приватизации продовольственных магазинов. Но сегодня все они частные, их много, и они реально конкурируют за покупателя. Уверен, что такая же картина сложится и на рынке медицинских услуг.

Источник: [РБК daily](#) , 27.04.15

Автор: Алексей Серебряный, сопредседатель Ассоциации частных клиник Москвы