

На текущей неделе Госдума рассмотрит во втором чтении поправки Минздрава в закон об обязательном медицинском страховании (ОМС), которые сокращают размер вознаграждения страховщиков и пересматривают их роль в системе. Страховому лобби удалось убедить Минздрав не делать резких изменений: поначалу размер расходов на ведение дел (РВД) страховщиков предлагалось сократить вдвое, теперь — в среднем на треть, кроме того, компании рассчитывают сохранить функцию представления интересов пациентов в федеральных клиниках.

Скрытая угроза

В конце сентября правительство внесло на рассмотрение Госдумы пакет поправок к закону об ОМС, затрагивающих как работу федеральных больниц и клиник, так и страховщиков. Для первых предлагалось выделить внутри системы ОМС отдельное финансирование на оказание высокотехнологичной медпомощи (ВМП), зарезервировав под каждое учреждение определенный объем пролеченных пациентов. Страховщиков ожидало двукратное снижение расходов на ведение дел: с действующих 1–2% средств, поступивших клинике по подушевым нормативам, до 0,5–1%. Таким образом правительство рассчитывало высвободить к 2023 году до 6,8 млрд руб. и направить их на реализацию территориальных программ ОМС.

Предложение, напрямую затрагивающее финансовые интересы страховщиков, стало известно рынку накануне первого чтения поправок в Госдуме. И как только инициатива Минздрава стала обсуждаться публично, страховое сообщество приложило все усилия, чтобы сделать ее непопулярной как у широкой публики, так и у властей. Страховые медорганизации (СМО) обратились за поддержкой и к различным институтам правительства: от Банка России до Счетной палаты, на помощь были призваны пациентские сообщества.

Страховое лобби использовало широкий спектр аргументов для пояснения своей позиции: от экономических до политических. Представители компаний говорили об уходе с рынка из-за невозможности в новых условиях сохранить рентабельность. Это, по их словам, должно было привести к ухудшению качества медпомощи вплоть до того, что сказалось бы на росте смертности. В этом случае, как следует из обращений Всероссийского союза страховщиков (ВСС) к президенту и премьеру, правительству пришлось бы столкнуться с таким уровнем недовольства населения, что оно могло бы повлиять на его электоральное поведение.

Насколько такие перспективы реалистичны, оценить невозможно хотя бы потому, что страховщики не обязаны предоставлять сведения о своих доходах и расходах, а значит, оценить их рентабельность со стороны нельзя. При прекращении их участия в системе ОМС она из страховой превратилась бы в бюджетную, обе эти модели здравоохранения сейчас представлены в различных странах мира.

В РФ общество в лице как экспертов, так пациентов и врачей спорит о роли страховщиков в здравоохранении уже почти 30 лет. Изначально инициатива введения страховой медицины принадлежала медицинскому сообществу, но теперь врачи часто выступают с критикой работы страховщиков. По их мнению, внешние эксперты в лице СМО не могут оценить деятельность опытных клиницистов, в то же время их содержание требует повышенных расходов на администрирование. Пациенты в своих отношениях с медицинской организацией считают важным иметь возможность апеллировать к «третьей стороне», то есть к страховщикам.

В этот раз страховое лобби победило. Менее чем за месяц с начала обсуждения проекта поправок СМО смогли добиться внесения в него ряда изменений, в первую очередь касающихся размера их вознаграждения. Так, теперь диапазон норматива будет составлять не 0,5–1%, а 0,8–1,1%. Именно при такой нижней границе норматива на РВД, по мнению представителей ЦБ, страховые компании могут вести безубыточную деятельность (подробнее см. “Ъ” от 2 ноября). Если это действительно было достигнуто силами самого страхового сообщества — с одной стороны способного к активному лоббизму как благодаря сплоченности, так и из-за личных качеств президента ВСС Игоря Юргенса, то этот проект Минздрава окажется в относительно коротком списке государственных инициатив, серьезно изменившихся под воздействием общественного мнения.

Помощь федерального запаса

Впрочем, пока, несмотря на усилия страховщиков, проект Минздрава остался неизменным в части реформирования взаимоотношений ФФОМС, федеральных центров и СМО.

Сейчас в России существует несколько десятков федеральных медицинских

учреждений, которые оказывают высокотехнологичную медпомощь. Если раньше их услуги оплачивались только из средств федерального бюджета, то с 2014 года правительство начало постепенно переводить все больше видов ВМП на финансирование в рамках ОМС. В результате сейчас федеральные клиники оказывают такие услуги, получая оплату из двух разных источников и по различным тарифам. Об их недостаточности начали говорить сразу, однако до определенного момента федеральным учреждениям все же удавалось сохранять финансовую стабильность за счет постоянного притока пациентов, обеспеченного стремлением Минздрава постоянно увеличивать применение высокотехнологичной медпомощи.

Однако по мере расширения линейки видов ВМП в рамках ОМС и роста спроса на нее такое лечение стали оказывать все больше больниц и клиник регионального значения. И зачастую, поскольку решение об отправке пациента на лечение в федеральный центр принимает профильная региональная комиссия, все больше больных направлялись на лечение в регионы. В результате, как говорит директор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины» Минздрава Оксана Драпкина, ущемлялись права пациентов, которые хотели выбрать для лечения именно федеральное учреждение. «Мы были вынуждены принимать их, даже если понимали, что территориальный фонд ОМС не сможет оплатить нам их лечение»,— говорит она.

Решение этой проблемы Минздрав увидел в том, чтобы выделить федеральным больницам и клиникам отдельное финансирование на оказание ВМП по ОМС, зарезервировав под каждое учреждение определенный объем пролеченных пациентов. «По сути, это современный аналог госзадания, и это именно то, что сможет гарантировать федеральным учреждениям стабильность работы и уверенность в том, что их мощности будут работать на благо пациентов»,— говорит глава ФГБУ «НМИЦ кардиологии» Минздрава Сергей Бойцов.

Такой подход хотя и нарушает страховой принцип «деньги следуют за пациентом», мог бы иметь некоторый положительный эффект, поскольку зачастую пациенты из регионов действительно предпочли бы лечиться в федеральной, а не региональной больнице. Однако в инициативе Минздрава этот подход по каким-то причинам сочетается с предложением ограничить функции страховщиков по отношению к федеральным клиникам.

Это вызвало резкую критику уже не только со стороны самих СМО, но и пациентов. Как отмечает сопредседатель Всероссийского союза пациентов Юрий Жулев, если защитой

прав пациентов при получении высокотехнологичной помощи вместо страховщиков будет заниматься сам ФФОМС, она окажется затруднена из-за конфликта интересов, поскольку фонд зависим от Минздрава, которому и принадлежат те самые федеральные лечебные центры, работу которых необходимо будет контролировать ФФОМС. С этим мнением согласился и председатель пациентского объединения «Движения против рака» Николай Дронов.

Разнородность предложений Минздрава по реформе рождает вопрос о том, как эти несхожие по своей природе инициативы попали в один пакет поправок. Кроме того, если проблема финансирования федеральных учреждений существовала давно и требовала решения, то предложение сократить доходы страховщиков оказалось очень неожиданным. Возможно, его появлению способствовала происшедшая в нынешнем году смена руководителей Минздрава и ФФОМС и, как следствие, появление нового взгляда на работу компаний и того вознаграждения, которого она заслуживает.

