

ПЕРСПЕКТИВЫ | В ближайшие годы всю систему здравоохранения переведут на страховую модель финансирования

Возможны побочные эффекты

КОНСТАНТИН ШЕГЛОВ,
обозреватель «Медицинской газеты»

Российскую медицину ждут нелёгкие времена: в 2014 году стартуют изменения финансирования здравоохранения. В соответствии с положениями Посланий Президента РФ Федеральному Собранию России отрасль переходит на страховые принципы, для которых уже готова законодательная «подкладка» из блока федеральных законов.

Как обеспечить плавный и безболезненный переход здравоохранения на новые условия финансирования? Какими должны быть при этом оптимальные механизмы обеспечения деятельности медицинских учреждений? На эти и другие вопросы искали ответы участники заседания на тему «Финансирование федеральных и ведомственных медицинских учреждений» экспертного совета по здравоохранению Комитета Совета Федерации по социальной политике.

Повод для предметного разговора назрел давно. И не только в рамках экспертного совета сенатского комитета.

На плечи ОМС

— Главная наша задача — обеспечить качество и доступность медицинской помощи по всей стране, в том числе в самых труднодоступных местах, — справедливо заметил, открывая заседание, председатель комитета Валерий Рязанский. Он высказался за расширение использования учреждений ведомственной медицины, которые «работают на средства налогоплательщиков и должны приносить благо всем нашим согражданам, быть доступными для каждого». Сенатор предложил также оценить целесообразность бюджетного финансирования страховых компаний.

— Нужно понять, насколько они эффективны, стоит ли их финансировать, в таком ли объёме, как это делается на сегодняшний день, когда ежегодно на эти цели выделяется 20 миллиардов рублей. Часть этих средств можно было направить на развитие высокотехнологической медицинской помощи, — полагает Рязанский.

Главу комитета поддержал и председатель совета, доктор медицинских наук, профессор Виталий Омеляновский. Он считает, что особое внимание следует уделить разработке критериев выбора медицинских учреждений для участия в программе ОМС и для определения объёмов финансирования по ней.

Конкретно и подробно об особенностях финансирования федеральных и ведомственных медицинских учреждений в 2014 году и плановом периоде на 2015–2016 годы рассказал заместитель министра здравоохранения РФ Айрат Фаррахов. Внёс он ясность и в то, что делают в этом направлении Минздрав России и Федеральный фонд ОМС.

Как, за счёт чего возмещать недополученные из федерального бюджета средства? «Основным инструментом» в решении этого нелёгкого вопроса становится, по словам А. Фаррахова, «участие в реализации территориальных программ ОМС». Что касается финансового обеспечения Программы госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, то в 2014 году оно увеличится по сравнению с 2013-м более чем на 15 процентов и составит 1,7 триллиона рублей, подчеркнул заместитель министра.

— Доля средств ОМС в общих расходах на здравоохранение составит в 2014 году с учётом перехода на одноканальное финансирование 68 процентов. Программой госгарантий предусмотрен рост подушевого норматива финансирования в 2015 году на 17,5 процента по сравнению с 2014-м, особенно в системе ОМС — на 21,8 процента, — подчеркнул представитель Минздрава России.

Объём средств ОМС на финансирование базовой программы обязательного медицинского страхования составит на 2014 год один триллион 174 миллиарда рублей, что на 19,2 процента выше показателей 2013 года.



Такой вот частоток цифр, за которым видно одно: федеральный бюджет перекладывает львиную долю забот о финансировании здравоохранения на плечи ОМС. Выдержат ли они? Ясно уже сейчас, утверждают независимые эксперты: средств ФОМС не хватит, чтобы покрыть сокращение расходов федерального бюджета. Значит, придётся выбирать путь, идти которым посоветовал на заседании совета директор Федерального медицинского исследовательского центра им. В. А. Алмазова (Федеральный центр сердца, крови и эндокринологии) Евгений Шляhto: «Нужно думать о том, чтобы при увеличении финансирования больных было меньше. Если будет больше, никаких денег не хватит».

Из света в тень перелетая

«Денег хватит!», — уверяет министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова. Начальник департамента бюджетной политики в отраслях социальной сферы и науки Минфина России Владимир Зеленский также убежден, что для поддержания нормального функционирования федеральных и ведомственных клиник даже урезанного финансового обеспечения будет достаточно. «Поскольку речь идёт не о содержании зданий, а об оплате медицинских услуг, этих средств достаточно», — говорит он. И добавляет: «Конечно, само учреждение как собственник мы будем обязаны содержать. Но хотелось бы напомнить, что, по сути, все медучреждения, оказывающие медицинскую помощь гражданам, за исключением особо высокотехнологичной и инновационной, должны находиться в одинаковых условиях».

На совещании по вопросам здравоохранения 21 января 2014 года президент РФ заявил, что финансирование ВМП увеличилось за последние семь лет почти в шесть раз, и в ближайшие три года необходимо нарастить его объёмы в 1,5 раза (в 2013-м у нас было сделано более 505 тысяч высокотехнологичных операций). Между тем с 1 января этого года финансирование таких операций частично уже перешло в систему ОМС, а в 2015-м перейдёт полностью...

Хорошо, конечно, что после перевода ВМП в ОМС не будет «листа ожидания» квоты. Но ведь сокращение расходов федерального бюджета на здравоохранение связано с передачей полномочий по финансированию части расходных обязательств на уровень не только ФОМС, но и бюджетов субъектов Федерации, а далеко не у каждого из них есть средства на помощь федеральным клиникам

и центрам. Выступая на правительственном часе в Госдуме РФ, В. Скворцова отметила (ранее в этом признался президент РФ), что более 50 регионов из 83 в прошлом году недофинансировали учреждения здравоохранения на 125 миллиардов рублей. А ведь треть из этих учреждений находится в плачевном состоянии...

Сегодня лечение, скажем, инсульта в одном регионе стоит 67 тысяч рублей, а в соседнем, по тем же стандартам, — 18 тысяч рублей. Тот же визит к врачу в столице обходится здравоохранению в 83 рубля, а в Омске, например, — 41 рубль. Вот и получается, что регионы, у которых благополучно с финансами, смогут поддержать федеральный тариф на ВМП, а те, у которых проблемы с бюджетом, сделают это разве что на бумаге.

По закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», который принимался в 2011 году, до 2015-го предполагалось погрузить в систему ОМС все виды высокотехнологичной медицинской помощи. Но в 2014 году это удастся сделать только с 300 видов из 1,5 тысяч, признают в Минздраве. Тем не менее, здесь не сомневаются, что в этом году число больных, которым будет оказана ВМП, увеличится по сравнению с 2013-м на 64498 человек. Это при том, что финансирование из федерального бюджета тех же трёх сотен видов этой помощи составило в прошлом году более пяти миллиардов рублей, а на самом деле внутри системы здравоохранения это стоило 14,3 миллиарда рублей с учётом соплатежей от специализированной медицинской помощи.

Иное мнение у одного из ведущих кардиохирургов страны академика РАМН Баграта Алякяна. «Оставшиеся квоты на ВМП в федеральных центрах будут сокращены на четверть, — говорит он. — Они будут вынуждены уже к сентябрю, и весь IV квартал федеральные учреждения будут «отдыхать», хотя могли бы ежегодно увеличивать объёмы такой помощи на 20–30 процентов. А в регионах средств на неё будет намного меньше, поэтому клиники будут закупать технологии подешевле, а больные — получать помощь невысокого качества. Однако тарифы ОМС на эти виды лечения во многих регионах существенно меньше федеральных квот. Это значит, что объёмы и качество лечения снизятся».

Минздрав, конечно, «готовится к бою». В конце прошлого года совместно с руководителями органов исполнительной власти, федеральных и территориальных фондов ОМС, ФМБА министерство провело сове-

щание по вопросу формирования территориальных программ госгарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. Тогда же были выработаны подходы по активному привлечению медучреждений федерального подчинения к оказанию медицинской помощи населению в рамках реализации территориальных программ ОМС, а также к формированию тарифов на оказание медицинской помощи. Было сформировано и госзадание, установлены субсидии на его выполнение.

Министерством утверждены планы финансово-хозяйственной деятельности подведомственных федеральных государственных бюджетных учреждений на 2014 год, включающие предоставление субсидий на оказание ВМП. А в базовой программе ОМС устанавливаются нормы финансирования затрат на единицу объёма предоставления такой медицинской помощи по перечню её видов.

Оптимизация неизбежна

— В последнее время было много вопросов о том, не грозит ли системе здравоохранения дефицит финансирования. Никакого дефицита в 2014 году не будет, поделилась с журналистами В. Скворцова. Более того, бюджет базовой Программы госгарантий на 2014 год увеличится на 189 миллиардов рублей.

По словам министра, это произойдёт частично за счёт перераспределения источников финансирования, частично за счёт того, что часть полномочий федерального бюджета переходит в ОМС. «Если исключить это дублирование, то чистый прирост финансирования системы здравоохранения в 2014 году составит 108 миллиардов рублей, — говорит В. Скворцова. — Мы выходим на цифры, даже превышающие наши исходные планы. И в 2015 году у нас запланировано один триллион 500 миллиардов рублей».

Вместе с тем глава Минздрава признаёт: «В 2014 году нам предстоит провести большое количество различных обсуждений и согласований, чтобы бюджеты 2015 и 2016 годов претерпели некоторые изменения».

Несмотря на оптимистические планы роста бюджета ОМС, переход системы здравоохранения на страховые принципы чреват побочными эффектами. Не зря в своём Послании Федеральному собранию РФ Владимир Путин констатировал: функция ОМС, по сути, сводится к прокатке денег, и она не сопровождается ростом качества медпомощи. Поэтому, когда практически вся она окажется в системе ОМС, речь

пойдет не о росте качества, а о выживании клиник и сохранении гарантий бесплатной помощи. Ведь повышение ставки сборов на медстрахование панатей не стало, а ещё больше нагрузить работодателей — значит загнать их в тень.

К тому же ФОМС начинает болеть тем же недугом, что Пенсионный фонд РФ: нехваткой собственных источников доходов (страховых взносов) для покрытия своих обязательств.

И главной жертвой при таком раскладе оказываются федеральные медицинские учреждения. Так что вовсе не случайно важнейшей проблемой 2014 года директор Института экономики здравоохранения Высшей школы экономики (ВШЭ) Лариса Попович считает решение вопроса об источниках финансирования здравоохранения «Мы будем активнее, чем до этого искать, на чём можно сэкономить, — считает она. — Повсеместно в России будет происходить реструктуризация и укрупнение медицинской сети. Хотя надеюсь, что не везде это будет проходить так болезненно, как в Москве. Не допускать сокращения расходов на здравоохранение попросил главу государства президент Лиги пациентов Александр Саверский. Это приведет к диктату частной медицины, росту правонарушений и потере доверия населения к власти, написал он в письме В. Путину. Минздрав между тем возлагает большие надежды на развитие... государственно-частного партнерства (ГЧП). Уже сегодня количество частных учреждений среди всех медицинских учреждений России, вошедших в систему ОМС, составляет 17,5 процента. И частных, подающих в министерство заявки на право работы в системе ОМС, по словам министра, становится больше с каждым годом.

Всё больше, кстати, проявляется и заинтересованность государственных учреждений в привлечении и интеграции государственного и частного компонента для бесплатного оказания медицинской помощи в рамках Программы госгарантий. Минздрав пошел на то, чтобы увеличить сроки подписания тарифного соглашения частными организациями, которые хотят работать в этой программе до трех лет, что позволяет им планировать все свои затраты на перспективу. «Мы распространили на частный компонент индексацию тарифа с учётом инфляции как на компонент уже нашей единой системы, — говорит В. Скворцова. — В связи с тем, что увеличилось количество денег в фонде ОМС (в этом году уже один триллион 200 миллиардов рублей), это позволяет сделать экономически обоснованные тарифы на все медицинские услуги. Таким образом, привлекательность вхождения в систему ОМС за последнее время существенно выросла».

Это точно. Уже сегодня в системе ОМС работают 1,2 тысячи частных медицинских организаций, а на 2014-й их зарегистрировано свыше 1,6 тысячи. Это 18 процентов от общего количества. Насколько эффективно будет их участие в реализации Программы госгарантий, покажет время.

...В своё время экс-глава бывшего Минздравсоцразвития России Татьяна Голикова инициировала переход к так называемому одноканальному финансированию здравоохранения. То есть выделенные для него средства федерального бюджета должны поступать в ФОМС, который вместе со своими средствами и берёт на себя все расходы. Был принят закон, которым предусматривался переходный период — в течение его система ОМС включает в себя все новые и новые виды медицинской помощи. Не так давно в эту систему была передана служба скорой помощи, теперь наступает черёд высокотехнологичного здравоохранения. А это — сотни миллиардов рублей.

Но ведь бюджет — это всегда выполнение обязательств перед гражданами, скажет читатель. Потому сегодня и стоит вопрос: сможем ли мы выполнить после изменения финансирования здравоохранения эти обязательства? Ведь, согласно статье 41 Конституции РФ, медицинская помощь во всех государственных учреждениях должна оказываться бесплатно.

ОПРОС

Россияне о своём здоровье

Фонд «Общественное мнение» провёл опрос, посвящённый заботе россиян о своём здоровье. В опросе участвовало полторы тысячи человек из ста населённых пунктов 43 субъектов РФ. Выяснилось: качеством работы медиков удовлетворены 47 процентов россиян. Около 30 процентов респондентов придерживаются прямо противоположной точки зрения.

Большая часть россиян жалуются на проблемы со здоровьем. При этом половина респондентов предпочитает не обращаться за медицинской помощью, а лечиться самостоятельно.

43 процента респондентов

оценили состояние своего здоровья как среднее, отметив, что довольно часто испытывают недомогания или боли. Хорошим свое здоровье считают 37 процентов, а 19 процентов рассказали, что больны, страдают хроническими недугами.

При этом 66 процентов россиян считают, что заботятся о своём здоровье. Но только треть обращаются к врачу в случае болезни. 3 процента опрошенных посещают врача лишь в случае, если не могут справиться с болезнью самостоятельно.

Доверяют квалифицированным специалистам лишь 8 процентов респондентов. 4 процента говорят, что за помощью к медикам их побуждает обратиться нежелание запустить болезнь, а 11 процентов полагают, что врач лучше знает, как именно следует лечиться.

Очень тревожно, что 51 процент россиян предпочитают заниматься самолечением. Причины? 8 процентов участников опроса назвали сложности с записью к специалистам, очереди. 7 процентов заявили, что сами знают, какое лечение им необходимо, а ещё 7 процентов считают недостаточным уровень профессионализма российских медиков. Нехваткой времени на посещение врача объяснили самолечение 6 процентов респондентов, столько же говорят о том, что не доверяют медикам.

Более того, результатами самолечения довольна большая часть опрошенных — 54 процента. 12 процентов признали, что лечение собственными силами не оправдало их ожиданий.

При этом 57 процентов респондентов всё-таки признают,

что самолечение — неправильное решение проблем со здоровьем, и лишь 18 процентов думают наоборот. 25 процентов признали, что не имеют определённой точки зрения по этому вопросу.

Опрос показал, что восстановление здоровья с помощью лекарств выбирают 29 процентов россиян. А вот 10 процентов считают, что лучше использовать средства народной медицины. О том, что при лечении нужно сочетать и то и другое, говорят 29 процентов участников опроса. К помощи целителей, экстрасенсов и травников прибегали 9 процентов жителей. Однако лишь 7 процентов довольны результатом. Доверяют же нетрадиционным методам лечения всего 7 процентов россиян.

ПРОГРАММА

Московский «десант»

ПО МАТЕРИАЛАМ АНО «МСЧ АГ и ОАО «ММК»

В рамках программы «Лёгочное здоровье» известные московские специалисты-пульмонологи приняли сотни работников ОАО «ММК».

С 2013 года на Магнитогорском металлургическом комбинате реализуется программа «Лёгочное здоровье», действующая на базе шести здравпунктов — пятого и девятого листопркатных цехов, доменного цеха, коксохимического производства, аплочеха и рудника. Научное руководство программы осуществляет академик РАМН, главный пульмонолог России Александр Чучалин. Работники получают лечебные процедуры с применением новейших методик и современного оборудования: в здравпунктах используют аппараты интратрубеальной перкуссионной вентиляции легких и небулайзеры с лекарственным препаратом флуимуцил.

В течение недели в здравпункте доменного цеха работала бригада врачей московского НИИ пульмонологии, оснащённая необходимым диагностическим оборудованием. Московские специалисты совместно с врачами десанцитами Надеждой Сафиной и Мариной Орловой приняли более 200 работников доменного цеха. Объём инструментального и лабораторного исследования сформировался по результатам анкетирования и осмотра врачей. Предварительное анкетирование позволило выявить факторы заболеваний дыхательной системы, органов кровообращения, метаболических нарушений. Эта работа — часть международного проекта «Плюс два года жизни», направленного на устранение факторов рисков развития неинфекционных заболеваний и повышения качества жизни, в том числе и работоспособности. По результатам обследования пациентам выданы индивидуальные планы лечебно-оздоровительных мероприятий. Специалисты НИИ пульмонологии отметили высокий уровень медико-социальной защиты работников комбината, побывали на производственных участках доменного цеха. Помощь в организации работы бригады оказали администрация доменного цеха — начальник цеха Андрей Полинов и профком — председатель Николай Головин.

Опрос показал, что восстановление здоровья с помощью лекарств выбирают 29 процентов россиян