

АНАЛИЗ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ КВОТ ОМС МЕЖДУ ГОСУДАРСТВЕННЫМИ И ЧАСТНЫМИ МЕДИЦИНСКИМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ

© Кучина Д. В., 2020

Иркутский государственный университет, г. Иркутск

Статья посвящена изучению распределения квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями Иркутской области.

На сегодняшний день все большую популярность у населения приобретают частные медицинские организации, которые имеют новейшее оборудование, а также приглашают к сотрудничеству узкоспециализированных специалистов и в результате могут предоставлять те медицинские услуги, которые недоступны в государственных и муниципальных учреждениях.

Данные услуги являются достаточно дорогостоящими, и большая часть населения может получить их лишь по квоте. Но в большинстве случаев при распределении квот ОМС между государственными и частными медицинскими учреждениями Иркутской области, последние получают лишь малую часть данных квот. Причины этого явления будут рассмотрены в данной статье.

Ключевые слова: квота, система обязательного медицинского страхования, частные медицинские учреждения, государственные медицинские учреждения, медицинская помощь

На сегодняшний день, согласно Федеральному закону номер триста двадцать шесть от двадцать девятого ноября две тысячи десятого года «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», медицинскую помощь на основе программы обязательного медицинского страхования могут осуществлять не только государственные и муниципальные медицинские учреждения, но и частные коммерческие [1].

Таким образом, застрахованные граждане могут получать медицинские услуги в таких клиниках по квоте, выделяемой государством в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Благодаря включению в программу обязательного медицинского страхования частных медицинских организаций, население будет получать более качественную медицинскую помощь.

В свою очередь для частных медицинских организаций участие в программе обязательного медицинского страхования тоже может принести определённые выгоды. У них увеличивается количество постоянных клиентов, благодаря чему, в итоге должна увеличиться и их прибыль.

Развитие деятельности частных медицинских организаций в сфере обязательного медицинского страхования, выделение квот на лечение в таких организациях осуществляется государством для того, чтобы создать здоровую конкуренцию между медицинскими организациями, повысить качество

медицинской помощи и снизить её стоимость для граждан.

Таким образом, проводимая государством политика в сфере здравоохранения направлена на повышение экономической и клинической эффективности отрасли и обеспечение прав граждан на гарантированный государством объем медицинской помощи.

Денежные средства, выделяемые государством на оказание медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования (квоты), должны быть использованы строго по назначению. Расход данных средств контролирует Фонд обязательного медицинского страхования.

Так, после того как застрахованному гражданину оказаны медицинские услуги в частной клинике, у данной клиники остается талон на высокотехнологичную медицинскую помощь, который и является доказательством рационального использования государственных денежных средств.

На сегодняшний день, для получения допуска к работе по системе обязательного медицинского страхования, частной медицинской организации требуется пройти определённую процедуру.

Во-первых, от частной медицинской организации должна быть отправлена в региональный фонд заявка-уведомление, на основании которой её заносят в реестр.

После того, как данная организация войдет в список коммерческих медицинских организаций, которые сотрудничают с системой обязательного

медицинского страхования, она может предоставлять медицинские услуги всем застрахованным гражданам, в объеме, определенном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Работа частных медицинских организаций по системе обязательного медицинского страхования предполагает наличие строгого контроля их деятельности.

Ведется контроль деятельности частной медицинской организации по следующим направлениям:

1. Проводится проверка реестров для оплаты оказанных клиникой услуг;

2. Проводится экономическая и медицинская экспертиза;

3. Проводится проверка качества оказываемой клиникой медпомощи.

Если по результатам проведенной проверки будут обнаружены нарушения по какому-либо из вышеприведенных пунктов, то к организации применяются штрафные санкции.

Частные медицинские организации, которые работают по системе обязательного медицинского страхования, получают из федерального фонда медицинской страховой компании средства на покрытие госзаказа ОМС. Данные средства рассчитаны на определенное число больных, получивших медпомощь по программе.

Возмещение средств частной медицинской организации осуществляется страховой компанией, причем расчет возмещаемой суммы производится на основании тех тарифов, которые были установлены в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Возмещаются затраты частной медицинской организации по следующим направлениям:

- оплата труда персонала клиники;
- оплата расходных материалов, лекарств;
- затраты на медоборудование.

Важно также отметить, что и частная, и государственная медицинская организация, может самостоятельно выбрать услуги из перечня видов медпомощи, которые будут оказываться по квоте.

При этом выбранные организацией программы медицинской помощи распространяются на всех жителей России. То есть медицинские услуги могут быть оказаны по направлению из любого региона.

На основании действующего законодательства частные учреждения здравоохранения имеют одинаковые шансы с государственными на реализацию направления медицинской помощи гражданам по квотам.

Но на практике складывается несколько иная ситуация. Далее, на примере Иркутской области будут рассмотрены основные проблемы при распределении квот ОМС между данными типами медицинских учреждений.

На сегодняшний день в Иркутской области осуществляется квотирование высокотехнологичных видов медицинской помощи (ВМП).

Квоты предоставляются государством на высокотехнологичную медицинскую помощь в рамках ОМС по многим направлениям. Основными из них являются:

- абдоминальная хирургия (лечение органов брюшной полости);
- акушерство и гинекология;
- гастроэнтерология;
- гематология;
- дерматовенерология;
- комбустиология;
- нейрохирургия;
- онкология;
- оториноларингология;
- офтальмология;
- педиатрия;
- ревматология;
- сердечно-сосудистая хирургия;
- травматология и ортопедия;
- трансплантация органов и тканей;
- хирургия новорожденных [3].

Оказание таких видов помощи требует наличия новейшего оборудования, которого не имеют многие государственные и муниципальные учреждения здравоохранения. Поэтому очень востребованы поликлиники, которые предлагают частные медицинские организации.

Но услуги частных клиник являются довольно дорогостоящими и недоступными для большей части населения, поэтому в получении квот такими организациями должно быть заинтересовано и само государство.

Минздрав региона сотрудничает с негосударственным учреждением здравоохранения системы РЖД. Данная организация готова к тому, чтобы начать оказывать медицинскую помощь местному населению в рамках программы обязательного медицинского страхования.

При этом одним из приоритетных направлений является организация детской поликлиники, где можно получить все виды амбулаторно-поликлинической помощи.

Информация об организациях, которые участвуют в федеральной программе обязательного медицинского страхования приведена в Приложении 1 Постановления правительства Иркутской области № 882-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иркутской области на 2018 и на плановый период 2019 и 2020 годов», от двадцать восьмого декабря две тысячи семнадцатого года [2]. При этом стоит отметить, что большую часть из этих организаций составляют государственные.

Распределение квот ОМС в пользу государственных и муниципальных учреждений происходит в большинстве случаев из-за того, что государством не созданы равные условия для всех видов организаций в рамках обязательного медицинского страхования.

Данное явление можно расценивать как негативное, поскольку впоследствии население не может получить бесплатную медицинскую помощь в частных медицинских организациях.

Эта проблема приобретает особую актуальность ввиду того, что частные учреждения здравоохранения могут предоставить более современное оборудование, более квалифицированных специалистов, специалистов узкого профиля, что недоступно во многих государственных и муниципальных учреждениях.

Разберем более детально основные факторы, препятствующие работе частных медицинских учреждений в сфере обязательного медицинского страхования в Иркутской области.

Федеральным законом об обязательном медицинском страховании устанавливается, что получить бесплатные медицинские услуги можно на основании действующей территориальной программы обязательного медицинского страхования.

Данную программу формирует соответствующая территориальная комиссия. Также указанная комиссия осуществляет функции по:

- распределению объемов медицинской помощи между организациями здравоохранения, которые принимают участие в программе обязательного медицинского страхования,
- по рассмотрению тарифов и формированию условий тарифного соглашения с организациями.

В составе такой комиссии должны быть члены частных организаций здравоохранения. Но на практике этого не происходит.

Таким образом складывается особая ситуация, при которой частные организации здравоохранения не могут принять участие в решении вопросов их деятельности касательно сферы обязательного медицинского страхования.

Тем самым, частные медицинские организации, участвующие в реализации территориальной программы ОМС, лишены права высказывать мнение при обсуждении и голосовании по важным вопросам их деятельности.

В результате в приоритете оказываются интересы государственных и муниципальных медицинских учреждений, члены которых входят в состав комиссии. Такие организации получают возможность оказывать очень большой объем услуг по квоте в рамках программы обязательного медицинского страхования, хотя по факту услуг оказывается намного меньше.

В то же время для частных организаций объем услуг по квоте значительно урезается, при этом комиссия даже не учитывает обоснования о

необходимых объемах услуг по квоте в рамках обязательного медицинского страхования, поступающие от таких организаций.

На сегодняшний день застрахованные лица нуждаются в получении услуг от частных медицинских центров, так как многие из них недоступны в государственных и муниципальных учреждениях, либо их качество намного выше в данных центрах.

Таким образом, можно отметить, что комиссия не учитывает интересы не только частных медицинских организаций, но и граждан, не давая им выбрать медицинскую организацию, так как искусственно создаются условия, при которых оказывать большинство услуг по квоте могут лишь определенные типы организаций (государственные и муниципальные).

При ограничении комиссией объема государственных квот некоторые частные организации, участвующие в программе обязательного медицинского страхования, оказывают медицинскую помощь застрахованному лицу за счет своих же средств, когда превышен объем услуг по квоте, а пациенты приходят с направлениями на определенные услуги от врачей из государственных больниц.

А затем эти организации предпринимают попытки вернуть свои средства, потраченные ими на медицинскую услугу через судебные разбирательства со страховыми компаниями. Но суд не всегда принимает решение о возврате средств медицинским организациям, поэтому такой способ увеличения размера государственных квот является очень рискованным и немногие частные медицинские организации решаются на это.

В большинстве случаев пациенты оплачивают медицинские услуги частных медицинских центров в полном объеме, хотя могли бы их получить и бесплатно, в случае если бы этим организациям был предоставлен больший объем квот, чем выделяет комиссия.

Помимо незаинтересованности комиссии в получении частными медицинскими организациями денежных средств от государства, имеется и другая проблема, влияющая на нерациональное распределение объемов государственных квот в Иркутской области.

Минздравом устанавливаются слишком маленькие тарифы, которые невыгодны для частных медицинских организаций.

Данным организациям нужны средства, на то, чтобы:

- выплачивать кредиты, взятые у банковских организаций на дорогостоящее медицинское оборудование,
- арендовать офис,
- приобретать расходные медицинские материалы,

- оплачивать работу высококвалифицированных специалистов,
- покрывать прочие расходы.

Таким образом, принимая участие в программе обязательного медицинского страхования и соглашаясь на низкие тарифы, частная медицинская организация заведомо соглашается нести убытки. Поэтому компании выгоднее отказаться от участия в такой программе.

Дополнительно стоит отметить, что у частных медицинских организаций нет права:

- на получение сведений об объемах медицинской помощи,
- на ознакомление с документацией, которую рассматривает комиссия при вынесении решения о распределении объемов медицинской помощи.

В свою очередь у комиссии нет соответствующих обязанностей перед частными организациями.

На сегодняшний день лишь небольшое число частных организаций оказывает медицинские услуги по государственным квотам. Причем объем этих услуг сильно ограничен из-за небольшого размера квот, в то время как спрос на услуги частных клиник остается высоким, так как многие государственные и муниципальные учреждения не в состоянии предоставить населению такие же услуги из-за отсутствия дорогостоящего оборудования, нехватки узких специалистов.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что для решения проблемы рационального распределения государственных квот в сфере обязательного медицинского страхования в Иркутской области, требуется внести изменения в систему ОМС на законодательном уровне. Законодательство в сфере обязательного медицинского страхования имеет множество пробелов и недоработок касательно вопросов формирования комиссии и проверки законности её решений. ■

1. Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция)

2. Постановление правительства Иркутской области № 882-пп «О территориальной программе

государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иркутской области на 2018 и на плановый период 2019 и 2020 годов», от 28.12.2017.

3. Gogov.ru [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://gogov.ru/med-treatment-quota/irk> (Дата обращения: 25.12.2019)

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Gogov.ru [Электронный ресурс]. 2019. URL: <https://gogov.ru/med-treatment-quota/irk> (Дата обращения: 25.12.2019)

Постановление правительства Иркутской области № 882-пп «О территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в иркутской области на 2018 и на плановый период 2019 и 2020 годов», от 28.12.2017.

Федеральный закон «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция)

Analysis of the distribution between medical institutions and private medical institutions

© Kuchina D., 2020

The article is devoted to the study of the distribution of compulsory medical insurance quotas between public and private medical institutions in the Irkutsk region.

Today, private medical organizations, which have the latest equipment, are also gaining popularity among the population, and they are also inviting highly specialized specialists to cooperate, and as a result they can provide those medical services that are not available in state and municipal institutions.

These services are quite expensive and most of the population can get them only by quota. But, in most cases, when distributing the compulsory medical insurance quotas between public and private medical institutions in the Irkutsk region, the latter receive only a small part of these quotas. The reasons for this phenomenon will be considered in this article.

Keywords: quota, compulsory medical insurance system, private medical institutions, state medical institutions, medical assistance