Максим Головин,
заместитель генерального директора СК «Согласие-М»

Александр Архипов,
заместитель генерального директора «АльфаСтрахование-МС» , д.э.н., профессор РЭУ им. Г. В. Плеханова

Перестройка ОМС

Когда готовился Федеральный закона №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в РФ» его разработчики обещали, что он кардинальным образом изменит и стиль работы страховщиков, и стиль работы лечебных учреждений, и жизнь простого застрахованного обывателя. И вот закон постепенно вступает в силу.

На вопросы о реальных изменениях в работе страховых компаний и лечебных учреждений нам отвечают, *заместитель генерального директора «АльфаСтрахование-МС» , д.э.н., профессор РЭУ им. Г.В.Плеханова Александр Архипов* и *заместитель генерального директора СК «Согласие-М» Максим Головин.*

1. *Можно ли сказать, что после вступления Закона в силу заметно выросла заинтересованность страховщиков и лечебных учреждений в рядовых страхователях? Если да, то как именно это проявляется?*

Александр Архипов: Заинтересованность страховых медицинских организаций (СМО) в увеличении численности застрахованных граждан и медицинских организаций в привлечении дополнительных пациентов в 2011г. возросла, что выражается в обострении конкурентной борьбы страховщиков за застрахованных и в некотором улучшении качества обслуживания в медицинских организациях. Вместе с тем, федеральный и территориальные фонды ОМС стремятся ограничить замену полисов ОМС сверх необходимости (смена гражданином региона проживания, утрата или отсутствие полиса ОМС, вновь родившиеся и т.п.) во избежание очередей и возможного недовольства застрахованных задержками в обмене полисов. Конечно, это ограничивает конкуренцию, но объясняется как временная мера на переходный период реализации Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании».

Выбор застрахованными медицинской организации также ограничен ее «пропускной способностью» и территориальным размещением (во многих районах действует единственная медицинская организация — центральная районная больница, а в больших городах проблемой становится транспортная доступность). Встречаются и случаи необоснованных отказов со стороны медицинских организаций в приеме граждан, не «прикрепленных» к ним. Тогда надо обращаться за помощью к своей страховой медицинской организации.

В дальнейшем можно ожидать снятия искусственных ограничений на выбор и замену страховой медицинской организации, но проблема ограничения выбора «хорошей» и доступной медицинской организации, особенно в небольших городах и селах, останется и для ее кардинального решения потребуется улучшение качества работы всех медицинских организаций, участвующих в ОМС.

Максим Головин: В текущем году заинтересованность в страхователях относится больше к страховым медицинским организациям, поскольку доход СМО напрямую зависит от количества застрахованных: средства на ведение дела составляют 1-2% от финансирования, получаемого от территориальных фондов ОМС по дифференцированным подушевым нормативам. Из-за того, что нормой Закона определен свободный выбор гражданином СМО, обязательное медицинское страхование, с точки зрения СМО, стало «розничным» видом страхования. Страховщикам приходиться «бороться» за каждого застрахованного.

Преимуществом одной СМО перед другой становится лучшая организация защиты прав застрахованных, информируемость, доступность пунктов по выдаче полисов ОМС единого образца, оперативность реагирования на все обращения граждан.
Медицинские организации в этом году работают исходя из муниципальных заказов, которые были утверждены для них в прошлом году, когда норма Закона о выборе гражданином медицинской организации не работала, а работал принцип территориального прикрепления граждан к медицинской организации. Со следующего года изменения в отношении к застрахованным должны коснуться и лечебных учреждений. Но есть опасность, что в погоне за «валом» (объемом оказанной медицинской помощи) будет страдать качество. Лечебные учреждения, как говорится, не резиновые, и на практике будут вводиться ограничения (отказы в прикреплении), что формально будет являться нарушением Закона.

2. *Могут ли сегодня застрахованные по ОМС воспользоваться правом получения медицинской помощи в любой точке страны? Если нет, то когда это будет реализовано?*

А.А: Да, могут и пользуются. Такое право у застрахованных граждан было и раньше, хотя не всегда обеспечивалось.

М.Г: Сегодня застрахованные имеют полное право на получение бесплатной медицинской помощи в любой точке страны по базовой Программе государственных гарантий, утвержденной Постановлением правительства №782 4 октября 2010г. Но на практике некоторые лечебные учреждения отказываются обслуживать застрахованных с полисом, выданным в другом субъекте РФ. Особенно часто это случается, когда у гражданина на руках полис ОМС «старого» образца. Связано это с тем, что за оказанную такому пациенту помощь, лечебные учреждения получат средства только после произведения взаиморасчетов между территориальными Фондами ОМС. По новым положениям Закона, межтерриториальные расчеты жестко регламентированы по срокам — не более 25 дней — но многие лечебные учреждения помнят, что до 2011г. это могло занимать несколько месяцев.
В случае таких отказов, пациенту нужно обратиться в территориальный Фонд ОМС, в органы здравоохранения субъекта РФ или в СМО, которые обязаны урегулировать этот вопрос. А еще лучше, гражданину оформить полис ОМС единого образца, выдача которого началась с 1 мая 2011г.

3. *Можно ли сказать, что после принятия Закона застрахованные стали более активно прикрепляться к хорошим муниципальным клиникам (уровня московской поликлиники №220)? Часто ли им отказывают?*

А.А: Ситуацию в ОМС Москвы в целом комментировать не берусь, потому что «АльфаСтрахование-МС» не работает в системе ОМС Москвы. Из собственного опыта могу лишь сказать, что в рамках ОМС сменить медицинскую организацию без согласия ее главного врача крайне сложно. На других территориях возможность прикрепления застрахованных граждан к «хорошим» клиникам также ограничена по ряду причин, рассмотренных в ответе на первый вопрос.

М.Г: С первого дня действия Закона многие граждане спешили реализовать право на выбор медицинской организации по качеству оказания медицинской помощи, уровню оснащения медицинской техникой, отличающейся от муниципальных (районных) медицинских учреждений. Однако далеко не всегда это право было реализуемо, так как существующий в настоящее время муниципальный заказ на оказание медицинской помощи, т.е. план объемов медицинской помощи, нагрузка на одного врача и количество прикрепленных пациентов были утверждены еще в 2010 году. Статистики по отказам нет. Но если от лечебного учреждения гражданин получил отказ в прикреплении, наш совет — взять от главного врача письменный отказ и обратиться с ним в территориальный Фонд ОМС, в органы здравоохранения субъекта РФ или в СМО, которые обязаны урегулировать этот вопрос.

4. *Часто ли застрахованные по ОМС пользуются правом выбора врача? Приведите, пожалуйста, цифры.*

А.А: Федеральный закон № 326 об ОМС ограничивает право выбора врача его согласием. У всех хороших врачей уже сложился свой круг пациентов и, чтобы попасть к ним на прием, надо приготовиться к ожиданию.

М.Г: К сожалению, за продекларированным в Законе об ОМС правом выбора врача не последовало утверждение нормативно-правовых документов, регламентирующих этот выбор. Таким образом, гражданин находится в некотором информационном вакууме, не зная, каким образом осуществить свое право на выбор врача. Кроме того, при существующем порядке по принципу участкового обслуживания по месту проживания оказывается медицинская помощь на дому (вызов врача на дом, без права его выбора).

5. Есть ли примеры заявок частных клиник на участие в системе ОМС?

А.А: Некоторые частные клиники уже участвуют в ОМС, но массовое их участие ожидается в 2012-14гг. по мере полного перехода на одноканальное финансирование ОМС (оплата всех расходов медицинских организаций через систему ОМС). Сейчас частные медицинские организации получают оплату лишь части своих расходов по ОМС.

М.Г: Положения старого Закона об ОМС в Российской Федерации, так же, как и Закона №326-ФЗ, предусматривали участие в ОМС медицинских организаций любых организационных форм собственности, в том числе, и частной. По данным официальной статистики Федерального Фонда ОМС, в 2010 году на всей территории РФ медицинскую помощь в системе ОМС оказывали 529 частных медицинских учреждений (в Москве — 22, в Московской области — 12, в Санкт-Петербурге –36). Процесс заявок частных клиник на участие в системе ОМС нельзя назвать активным в связи с тем, что повсеместный и единовременный переход на одноканальное финансирование Законом об ОМС не предусмотрен. Следовательно, частные клиники не смогут получить из средств ОМС стопроцентное возмещение затрат за оказанную медицинскую помощь, что существенным образом влияет на желание осуществлять деятельность в системе ОМС.

6. Ощущают ли страховые компании изменения, связанные с вступлением в силу закона «Об обязательном медицинском страховании»?

А.А: Несомненно. Значительно увеличились объем работы и ответственность страховых медицинских организаций, резко возросли их расходы на развитие пунктов выдачи полисов ОМС, увеличение объемов обязательной экспертизы качества медицинской помощи, приобретение средств защиты персональных данных застрахованных, участие в программах модернизации здравоохранения и исполнение других новых задач, однако возмещение этих возросших расходов из фондов ОМС осталось на прежнем уровне, а в некоторых регионах даже уменьшилось.

Поэтому работа страховых медицинских организаций в условиях нового закона ведется в режиме строжайшей экономии и использованием собственных средств.

М.Г: В деятельности СМО произошли следующие изменения:

- исключение возможности СМО формировать резервы, заниматься их размещением, а также определение средств ОМС как целевых, не позволяют реализовывать страховые принципы в системе ОМС в полном объеме;
- увеличилась трудоемкость, а соответственно затраты по привлечению застрахованных;
- увеличилась финансовая ответственность СМО перед территориальными Фондами ОМС за целевое использование средств ОМС, ответственность по проведению медицинских экспертиз оказанной медицинской помощи застрахованным, ответственность по порядку оформления полисов ОМС единого образца;
- увеличились затраты СМО на программное обеспечение, связанные с внедрением новых (единых) принципов информационного обмена между участниками в системе ОМС;
- увеличились трудозатраты по проведению дополнительных расчетов с лечебными учреждениями по программам модернизации здравоохранения.

Однако для граждан позитивным фактором должно стать усиление конкуренции среди страховых организаций и, соответственно, улучшение качества обслуживания застрахованных.