Перспективы ОМС

Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании» вступает в действие поэтапно: ряд положений в 2011 году, ряд – в 2012 году и так до 2015 года. Разработчики закона считают, что реально он заработает в 2014-2015 годах, когда будет внедрена единая электронная карта, благодаря которой любой гражданин России сможет получать медицинскую помощь на всей территории страны.
О ключевых изменениях, которые Закон несет системе ОМС, на встрече с журналистами рассказала генеральный директор «РОСНО-МС» Нина Галаничева.

Главная инновация закона заключается в переориентации страховых компаний и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) на застрахованного. Благодаря ему медицинские организации (МО) теперь будут нацелены на то, чтобы зарабатывать деньги, а получать их они будут за количество и качество пролеченных

больных. Согласно Закону благополучие страховщиков, которые занимаются ОМС, теперь тоже будет зависеть от волеизъявления рядовых граждан: какую страховую компанию человек выберет, та и получит свои комиссионные. «Все основные участники процесса: гражданин, ЛПУ и страховые медицинские организации – в рамках закона получают карт-бланш, и это нужно использовать», – считает Нина Галаничева.

Новые возможности для застрахованных

Медпомощь в любой точке страны

Уже в этом году Закон должен снять проблему отказов в оказании медицинской помощи человеку, находящемуся вдали от места своего проживания, а на такие отказы приходилось более 40% всех жалоб застрахованных. Основной причиной того, что «чужаков» не хотели лечить, были сложные финансовые взаиморасчеты между территориями, в результате чего клиники рисковали не получить денег за оказанную медицинскую помощь. Теперь функция взаиморасчетов поднята на уровень Федерального фонда ОМС (ФФОМС), где аккумулируется часть средств застрахованных. В течение 25 дней с момента оказания медицинской помощи больному «со стороны» любая клиника (или даже фельдшерский пункт) получит деньги, если выставит счет. За отказ в лечении предусмотрены крупные штрафы. Из-за различий в финансовом обеспечении субъектов федерации описанное взаимодействие будет осуществляться на основе договорных отношений. За каждого пролеченного с «чужой» территории на счет медицинской организации будет перечисляться 1000 рублей.

До сих пор качество и доступность медпомощи на разных территориях России значительно отличались из-за разной финансовой обеспеченности программ ОМС и разного уровня материально-технической базы лечебных учреждений. Очевидно, отметила Нина Галаничева, что одним законом проблему не решить, однако он призван сделать медицин-

скую помощь доступнее и уравнять условия ее получения в разных регионах. На это нацелена и программа модернизации здравоохранения, и программа «Здоровье», и проект закона «Об охране здоровья граждан».

Реализация программ модернизации здравоохранения предусматривает три этапа. Первый из них касается материально-технической базы медицинских учреждений, второй – информационной системы ОМС, третий – единых стандартов оказания медпомощи на всей территории РФ. В рамках программы модернизации оборудование будет поставляться для государственных и муниципальных лечебных учреждений. Частным клиникам придется обойтись оборудованием, приобретенным на собственные средства.

Право выбора

Одно из ключевых изменений, которые вносит Закон в систему медицинского страхования, связан с возможностью выбора застрахованным врача и медицинского учреждения. «Нельзя сказать, что такого права не было и до сих пор, – отметила Нина Галаничева, – но об этом не говорили открыто». Декларируемое право должно соответствовать жизненным реалиям, а сеть медицинских учреждений в стране создавалась по территориально-участковому принципу, в соответствии с ним и были разработаны нормы нагрузки на персонал. Если начнется хаотичное движение пациентов, связанное со свободным выбором клиник, не исключено, что о нормативах придется забыть.

В то же время, выбирая клинику вдали от своего дома, застрахованный рискует столкнуться с проблемами при вызове врача на дом. В подобной ситуации легко прогнозировать вероятный отказ ЛПУ в прикреплении застрахованного из-за ограниченности материально-технических, кадровых и финансовых ресурсов. Оспорить отказ можно через страховую компанию, в которой гражданин застрахован по ОМС.

Формальные изменения

Полисы ОМС всех компаний действительны до 2014 года вплоть до обмена на электронные карточки. По полисам все ЛПУ, работающие в системе ОМС, окажут медпомощь в рамках программы государственных гарантий. В настоящее время все СК заключают договор по ОМС со всеми ЛПУ.

С 1 мая 2011 года начинается выдача полисов ОМС нового образца. Поменять полис требуется в случаях изменения фамилии, места

жительства при отсутствии на новом месте вашей СК. Ни окончание проставленного на полисе срока действия, ни изменение места работы, ни увольнение или прием на работу не требуют замены полиса.
Каждый гражданин может осуществить выбор страховых медицинских организаций (СМО) и получить полис ОМС по месту жительства или по месту пребывания.
Новый закон уменьшил список документов, необходимых для получения полиса. Теперь при подаче заявления необходимо предъявить только документ, удостоверяющий личность (для граждан РФ – это паспорт), свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) и СНИЛС (страховой номер индивидуального лицевого счета, при наличии).
Список страховых компаний, работающих в системе ОМС, размещен на сайте территориального фонда ОМС.
Полисы изготавливаются ФФОМС, передаются в территории и страховым компаниям. По определенному законодательством сроку подготовка нового полиса составляет 30 рабочих дней (40-45 календарных).
Не позднее 1 ноября гражданин должен определиться с выбором МО и СК, потому что с этого времени формируются списки застрахованных, финансовые планы, бюджеты в разрезе страховых компаний, МО.

Частные клиники на рынке ОМС

Новый Закон снял барьеры для вступления частных клиник в систему ОМС – прежде с их стороны неоднократно высказывалось недовольство по поводу выхода на этот рынок. Однако и теперь, в отсутствии входных порогов, движения частных клиник в сторону рынка ОМС не наблюдается. Причина прохладного отношения к сегменту ОМС кроется в низких тарифах. Сейчас ОМС оплачивает только 5 из 12 бюджетных статей, остальные поступают за счет прямых дотаций, бюджетных денег и т.п. Однако к 2014 году, после перехода на одноканальное финансирование, тарифы будут включать все статьи затрат. Соответственно, система станет рентабельной, а работа в ней – интересной наличием гарантированного потока бюджетных денег за пролеченных больных. Впрочем, по мнению спикера, частные клиники могут подключиться к системе ОМС и раньше, поскольку им выгодны даже 80% тарифа, поступившего из бюджета.

Проблемы унификации

Первая задача реализации закона состоит в создании единого ин-

формационного пространства. Сегодня стандарты по ОМС (включая унификацию бизнес-процессов) в стране полностью отсутствуют. У каждой территории свои правила и системы кодировок, своя классификация. Решением проблем унификации и стандартизации услуг занимается ФФОМС, привлекая для этого страховщиков. Нина Галаничева прогнозирует, что к сентябрю 2011 года уже будут внедрены общие правила информационного обмена, а к концу года – унификация и стандартизация услуг и баз данных.
Стандарты будут едиными по наполнению, но тарифы разных территорий могут отличаться (с учетом так называемых мегаполисных, северных и удаленных коэффициентов). Без единой информационной системы, подкрепленной стандартизированным классификатором услуг, развитие системы ОМС невозможно. Сегодня стоит задача создания единого реестра застрахованных и учета в режиме он-лайн оказанной помощи, движения финансовых средств и т.д.

Выравнивание финансового обеспечения

Разное экономическое состояние территорий, каждая из которых выделяла разное количество средств на медицину, отсутствие обязательного минимума привело к большим различиям в уровне оказания медпомощи. Сегодня стоит задача по выравниванию финансового обеспечения за счет субвенций федерального фонда и задача по обязательности минимального объема платежей на неработающее население.
Среднероссийский бюджетный норматив на медицинские услуги составляет около 4050 рублей в год. Эти средства покрывают только часть затрат медицинских организаций и составляют 3,1% ВВП от страховых налоговых платежей. Для сравнения Нина Галаничева привела следующие цифры:

в Германии страховой платеж составляет 16% от ВВП, в Румынии – 8%. Однако, как показывает мировая практика, бюджет никогда не сможет покрыть все медицинские проблемы, поэтому ОМС никогда не заменит ДМС. Нация стареет, продолжительность жизни растет. И хотя сегодня на страховом рынке активно обсуждается тема наступления обязательного медицинского страхования на добровольное, никаких законодательных препятствий, ограничивающих заключение договоров по ДМС нет. Финансовое наполнение системы ОМС в разных территориях отличается в разы, и эта разница должна быть нивелирована. До 2013 года запланировано довести среднее затраты на одного человека до 7000 рублей. Этот норматив подразумевает и повышение средней квалификации врачей до того уровня, чтобы они были способны работать с новым медицинским оборудованием.

Борьба с приписками

Поскольку перед медучреждениями ставится задача зарабатывания денег, легко прогнозировать приписки. Впрочем, и до принятия нового закона клиники, работающие по ОМС, не отставали в этом плане от клиник, работающих по ДМС, и оправдывали свои действия низкими тарифами и жесткими условиями, в которые они поставлены. Например, анализ крови стоил 10 рублей, что фактически соответствует цене пробирки.

Согласно новому закону экспертиза качества медицинской помощи подразумевает не только правильность оказания, но и правильность заполнения счета. Как сообщила Нина Галаничева, проведение проверок закон вменяет страховым компаниям. При этом доля счетов для проверки строго оговорена: 8% по стационарам и не менее 2% по поликлиникам.

Поводом для проведения проверок должны быть обращения граждан. А их за год набирается в среднем около миллиона: 30-40% –

на несвоевременное или некачественное оказание помощи, около 15% – на взимание денег, поборы или грубое обращение. По нормативам, на 30 000 прикрепленных положен один проверяющий эксперт. Половина из них работает на постоянной основе, половина – на аутсорсинге.

По словам спикера, новый закон четко мотивирует страховые компании на получение денег от страховой экспертизы счетов лечебных учреждений. В зависимости от вида экспертизы от 5 до 20% от удержанных средств направляется в доход страховщика.

Для пациента, которому отказали в экстренной помощи, наиболее результативные действия будут заключаться в обращении к главному врачу с угрозой жалобы в СМО и реализации своих намерений.

А в самих страховых компаниях действуют службы по защите прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи, поэтому ни одно обращение в компанию не должно остаться без ответа.

По мнению Нины Галаничевой, рядовым гражданам имеет смысл обращаться к СМО и за информацией о системе ОМС, и за консультациями по организации медицинской помощи, и с жалобами на неудовлетворительное обслуживание или лечение.

Поправка о присоединении компаний

Новая редакция закона не предусматривает благоприятного режи-

ма для сделок по слиянию и присоединению страховщиков ОМС. Сегодня в случае присоединения компании она теряет лицензию на проведение операций, а ее клиентский портфель по решению ФФОМС перераспределяется между другими страховщиками ОМС на этой территории. Для оптимизации процесса в новую редакцию Закона об ОМС придется вносить соответствующие поправки.

Елена Шарова
Галина Снопова