

БОЛЕТЬ ПО-НОВОМУ

С 1 ЯНВАРЯ В СИЛУ ВСТУПИЛ ПРИНЯТЫЙ В ПРОШЛОМ ГОДУ ЗАКОН ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ (ОМС). НОВЫЙ ЗАКОН ВВОДИТ ОДНОКАНАЛЬНУЮ СИСТЕМУ ФИНАНСИРОВАНИЯ, СОГЛАСНО КОТОРОЙ ЕДИНЫЙ ТАРИФ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БУДЕТ ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ СТАТЬИ ЗАТРАТ, А ТАКЖЕ ПРЕДОСТАВИТ ЛЕЧАЩИМСЯ ПРАВО ВЫБОРА СТРАХОВОЙ КОМПАНИИ, МЕДУЧРЕЖДЕНИЯ И ВРАЧА. ЕЩЕ ОСЕНЬЮ ПРОШЛОГО ГОДА УЧАСТНИКИ ПЕТЕРБУРГСКОГО РЫНКА СТРАХОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ НАХОДИЛИ В ЗАКОНЕ ОБ ОМС ОДНУ НЕДОРАБОТКУ ЗА ДРУГОЙ. ВГ УЗНАЛ У УЧАСТНИКОВ РЫНКА, КАК РАБОТАЕТ НОВЫЙ ЗАКОН И КОГДА, НА ИХ ВЗГЛЯД, БУДУТ ВИДНЫ РЕАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В РАБОТЕ СИСТЕМЫ, ЗАЛОЖЕННЫЕ ЗАКОНОДАТЕЛЯМИ. АННА МИХЕЕВА

В этом году стартовала реформа здравоохранения, первая за последние 20 лет в медицинской сфере. Изменения коснулись в том числе и системы ОМС, новый закон о которой вступили в силу в этом году. Хотя новый нормативный акт скорее призван устранить недоработки существующего закона, чем привести к кардинальным изменениям, участники рынка с опасениями относятся к нему и пока не стремятся окунаться в омут перемен с головой. Очевидно, что 2011 год для системы ОМС станет переходным этапом от старого закона к новому, и первые изменения на практике можно будет увидеть не раньше конца года. Так, самыми главными нововведениями станут централизация финансирования ОМС и переход к одноканальной системе с 2013 года, переход на полный тариф, введение обязательных платежей регионов за неработающее население. Благодаря этим изменениям должны в полную силу заработать положения, принятые ранее: свободное обращение полиса ОМС по всей России и выбор застрахованным медицинского учреждения.

По мнению Алексея Кузнецова, генерального директора страховой группы «Капитал-полис», одноканальная система финансирования эффективна, так как она позволит руководителям медицинских организаций планировать расходы. В Санкт-Петербурге распоряжением губернатора одноканальное финансирование введено только для государственных медицинских учреждений. Закон предусматривает переход на преимущественно одноканальное финансирование организаций здравоохранения через систему ОМС и оплату помощи по полному тарифу. «При этом тариф должен включать все статьи расходов, кроме затрат на приобретение оборудования стоимостью свыше 100 тыс. рублей», — говорит Глеб Михайлик, генеральный директор медицинской компании «Ава-Петер — Скандинавия». Но, по его словам, абсолютное большинство оборудования клиник превышает сумму 100 тыс. рублей. «При этом для государственных учреждений средства на оборудование выделяются дополнительно, — говорит Глеб Михайлик. — А расходы частных клиник не компенсируются». Как объясняет другой страховщик, Алексей Крохалев, начальник управления личного страхования петербургского филиала СГ «Спасские ворота», все госучреждения должны выбрать себе определенный статус и, соответственно, схему финансирования. И если учреждение полностью остается



2011 ГОД ДЛЯ СИСТЕМЫ ОМС СТАНЕТ ПЕРЕХОДНЫМ ЭТАПОМ ОТ СТАРОГО ЗАКОНА К НОВОМУ, И ПЕРВЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НА ПРАКТИКЕ МОЖНО БУДЕТ УВИДЕТЬ НЕ РАНЬШЕ КОНЦА ГОДА

государственным, то оно не имеет право предоставлять платные услуги. «Существуют три группы: учреждения, которые входят в систему ОМС; ведомственные клиники, которые входят в систему ОМС, но получают финансирование за счет государства; и, наконец, федеральные центры, которые имеют квоты и могут оказывать платные услуги», — говорит Алексей Крохалев.

В то же время страховщики должны заключить новые договоры со всеми медучреждениями, работающими или планирующими работать в системе ОМС, но формы договоров до сих пор нет, а она должна быть единой. Как отмечает Татьяна Долинина, руководитель PR-службы СГ «АСК», пока не вступили в силу правила ОМС, которые должны конкретизировать основные положения закона, не будет и единой формы договора. «К нам обращаются застрахованные, желающие получить услуги по ОМС в частных и в

ведомственных клиниках, но пока это невозможно», — говорит она. Сейчас еще не ясно, какие клиники будут вступать в систему ОМС и насколько это будет для них выгодно. «Ведь в ближайшие два года дополнительные деньги, полученные в результате повышения начислений на зарплату в фонд ОМС, пойдут не на лечение, а на модернизацию системы здравоохранения», — говорит Татьяна Долинина.

Одноканальная система финансирования здравоохранения подразумевает введение полного единого тарифа медицинского страхования, который должен включать все статьи затрат и будет введен с 2012 года. «Оплата по труду — самый справедливый и эффективный способ распределения ресурсов в любой отрасли, — считает Нина Галаничева, генеральный директор РОСНО-МС. — При этом крайне важно, чтобы сам тариф был достаточно экономически обоснован». Но, по мнению Глеба Михайлика, единый та-

риф для медицинских учреждений всех форм собственности невозможен. «Без возможности софинансирования участие частных клиник в системе ОМС экономически неоправданно, так как единый тариф не будет покрывать всех расходов», — говорит он.

Еще одно новшество закона — право гражданина выбирать самому страховую компанию, медицинское учреждение и лечащего врача. Это право было у населения и раньше согласно закону от 28.06.1991 г. «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» (ст. 6). Однако одновременно с этим положением существовали статьи проекта закона, которые ограничивали гражданина в выборе и закрепляли участково-территориальный принцип. По словам Алексея Кузнецова и Татьяны Долининой, в их страховые компании уже в новом году увеличилось количество заявлений о выборе страховой компании. ■