

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ И ДОБРОВОЛЬНОЕ

ВЛАДЕЛЬЦЫ ПОЛИСА ОМС ИМЕЮТ ПРАВО НА ОБСЛУЖИВАНИЕ В ЧАСТНЫХ КЛИНИКАХ

На систему обязательного медицинского страхования (ОМС) в России ежегодно выделяются миллиарды рублей, однако гражданам, обращающимся за помощью с этим полисом, нередко приходится оплачивать медуслуги самостоятельно. Учитывая сокращение расходов на здравоохранение, условно бесплатной российской медицине будет трудно выбраться из кризиса.



В России по ОМС, согласно данным профильного фонда, застрахованы 146,4 млн человек. Для получения полиса можно выбрать любого страховщика. На сайте фонда ОМС есть подробная информация о каждой страховой медицинской организации в стране — всего их 48. К примеру, в «Росгосстрах-Медицина» застраховано 14,6% от всех россиян с полисом ОМС, МАКС-М — 12,6%, в «Согаз-Мед», «ВТБ Медицина» и «АльфаСтрахование-МС» — 11,7%, 10,9% и 10% соответственно.

Условно бесплатная

Далеко не все россияне знают, какие права дает им полис. По полису ОМС пациент вправе рассчитывать на первичную медико-санитарную помощь, лечение и скорую помощь, если он страдает некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями, болезнями системы кровообращения, нервной системы, органов дыхания и пищеварения и многими другими. В ОМС объем услуг определяется условиями территориальной программы ОМС, утверждаемой правительством субъектов федерации. Обладатели полисов ОМС имеют право практически на все медицинские услуги (кроме редких, таких как косметологические операции по немедицинским показаниям). «При этом обеспечиваются государственные гарантии прав застрахованных по ОМС лиц в рамках программы ОМС независимо от финансового положения страховщика, то есть объем необходимых услуг зависит только от клинических показаний для их выполнения», — поясняет руководитель дирекции медицинского страхования в Московской области компании МАКС-М Дмитрий Муравьев. Он напоминает, что набор услуг при лечении конкретного заболевания установлен порядками и стандартами оказания медицинской помощи, утвержденными Минздравом России, и клиническими рекомендациями.

На практике оказывается, что по всей стране «всего» в нужном качестве, в срок и на всех не хватает. Соответственно, очень часто за что-либо в рамках условно бесплатного сервиса по полису ОМС россиянам приходится платить. По словам директора по развитию «АльфаСтрахование-ОМС» Александра Трошина, безлимитные государственные гарантии гражданам не всегда соответствуют предельно конкретному бюджету здравоохранения. Поэтому россияне сами занимаются платным лечением: оплачивают то, что не могут получить бесплатно в рамках полиса ОМС, или выбирают альтернативу — добровольное медицинское страхование (ДМС). Разница между ДМС и ОМС состоит не только в том, что первое требует гораздо больших затрат, но и в наполнении программ страхования.

В ОМС государство гарантирует всем застрахованным получение бесплатной медицинской помощи в медицинских организациях, участвующих в программе. В ДМС же цена и набор услуг ограничены лишь нуждами страхователя и размером его кошелька. Плательщиком в России часто выступает работодатель, который покупает для сотрудников полисы ДМС с определенным покрытием, которое иногда даже меньше, чем в ОМС, но обычно достаточно для большинства случаев. Активному работающему населению, привыкшему к хорошему уровню сервиса и ценящему время, прием в поликлинике по полису ДМС, конечно, больше по душе. Иногда в ДМС медицинские возможности шире. Дорогие программы ДМС включают даже лечение за рубежом. Однако, как поясняет Александр Трошин, при возникновении сложных заболеваний пациенты нередко стремятся узнать мнения других врачей, чтобы быть уверенными в диагнозе и стратегии лечения. В данном случае сервис отходит на второй план, и пациент начинает искать хорошие государственные лечебные учреждения по данному направлению, а те, кто может себе позволить, — обращаться за рубежом в поисках «правильного врача». Делать это можно через ДМС, ОМС, коммерческое отделение больницы или договориться напрямую со специалистом.

ТЕКСТ Елена Григорьева
ФОТО Василий Шапошников

ВАСИЛИЙ ШАПОШНИКОВ

Коммерциализация медицины

В настоящее время порядок включения в реестр медицинских учреждений, работающих по ОМС, одинаков для организаций любых форм собственности и носит уведомительный характер. Главное — наличие необходимой лицензии. Таким учреждением может быть даже индивидуальный предприниматель. Нормативной базой в сфере здравоохранения установлены единые требования к квалификации медспециалистов в клиниках всех форм собственности. Правила оказания медицинской помощи также обязательны для всех.

Участие коммерческих клиник в системе ОМС зависит от того, насколько привлекательны для них тарифы по этому виду страхования. До недавней поры в систему ОМС входили единичные медицинские организации — им условия казались непривлекательными. Тариф, формируемый коммерческой клиникой, включает все статьи расходов, включая инвестиции и аренду, а также закладываемую норму прибыли. Сказывается и разница в цене реализации коммерческих стандартов и сервиса по сравнению с государственными. Тарифы в государственных клиниках после введения одноканального финансирования стали заметно выше, но все равно они не включают несколько значимых статей расходов (покупка зданий, капре-