

Когда обладающий здравым смыслом российский житель сталкивается с серьезной болезнью, он начинает искать с помощью друзей и знакомых врача, на которого можно положиться. Задача не из легких. Казалось бы, чего проще: у каждого есть полис обязательного медицинского страхования (ОМС), а у более обеспеченных или работающих в хороших учреждениях – даже полис добровольного медицинского страхования (ДМС), можно просто воспользоваться полисом. И пользуются, особенно полисом ДМС. Но в серьезных, угрожающих жизни ситуациях ищут специалиста, которому готовы заплатить.

Так было с момента введения страховой медицины, так это и сейчас. Это, естественно, не устраивает страховые компании. Но переломить ситуацию им не удается.

На прошлой неделе в МИА «Россия сегодня» состоялась презентация очередного проекта – социального навигатора страховых компаний, работающих в системе ДМС.

В России в отличие от других стран очень мало частных клиентов, подавляющее большинство (95%) – кооперативные. Многие частные компании включают в соцпакет полис ДМС. Это показатель солидности и повышает лояльность сотрудников к руководству. Усилия убедить граждан покупать полис ДМС страховые компании предпринимают много лет, и все без особого успеха. Может быть, потому, что стоимость такого полиса неподъемна для обычного жителя, может быть, кажется более надежным заплатить деньги прямо врачу в случае болезни.

Кстати, в ДМС, как правило, не входит лечение онкологических заболеваний. В последнее время появились предложения некоторых компаний страховать от онкологических заболеваний отдельно. Взносы небольшие, зависят от возраста клиента. Но страхуют людей лишь не старше 55 лет. К тому же в случае рака оплачивается только первый курс лечения. Получается, все-таки надежнее заплатить врачу. Как бы то ни было, 40% медицинской помощи больные оплачивают из собственного кармана.

Наталья Харина, представляющая страховую группу «УралСиб», считает, что рынок ДМС не может развиваться, так как полисы стоят дорого, поэтому их мало покупают, но предложить их дешевле страховщики не могут – невыгодно, это ведь бизнес. По мнению Хариной, если ДМС вообще закроется, ничего страшного для больных не произойдет.

Понятно: большинство лечится по ОМС, приплачивая из собственного кармана.

Однако думается, что, если закроется ДМС, это все-таки будет страшно для страховых компаний – выгодный ведь бизнес. Но он плохо развивается. С другой стороны, рынок платных медицинских услуг гораздо больше ДМС. И страховым компаниям, естественно, хочется самим оприходовать эти денежные потоки. Много лет хочется, но не получается. Наталья Харина считает, что ДМС надо двигаться в сторону слияния с ОМС.

Это, кстати, соответствует планам правительства – к 2018 году предусмотрено слияние обязательного и добровольного страхования. Не то чтобы пресловутую статью 41 Конституции собирались отменять (хотя кто знает!) – по планам ДМС будут означать доплату за сервис. А вот что будет входить в так называемый сервис, вопрос. Задумаешься.

Лариса Попович, директор Института экономики здравоохранения ВШЭ, заявила, что у ДМС в его нынешнем виде нет будущего. Очень трудно определить, чем ДМС должно отличаться от ОМС. В большинстве случаев по ДМС оказывается та же помощь, что по ОМС, но в других медицинских учреждениях или в других условиях. По мнению Попович, добровольное страхование должно быть продолжением обязательного: «Надо отказаться от полностью бесплатного всего объема медицинской помощи в рамках госгарантий, не обеспеченных деньгами, сказать, на что у государства есть деньги, а что оплачивается в рамках ДМС или в форме прямых платежей». То есть она предлагает ввести систему соплатежей. Во Франции, сообщает Лариса Попович, 20% медицинской помощи оплачивается из кармана гражданина.

К сожалению, у нас из кармана гражданина оплачивается далеко не 20% медицинской помощи. И, учитывая сокращение процента от ВВП на финансирование здравоохранения, перспективы в этом отношении весьма печальные.

Источник: [Независимая газета](#) , 20.08.14

Автор:☐ Алексеева Е.