Минфин намерен провести реформу системы обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако сделать это получится не раньше следующего года, рассказал «Известиям» замминистра финансов Алексей Моисеев. Планируется, что гражданин с полисом ОМС сможет обслуживаться в любой клинике, включая частные. Также можно будет использовать эту страховку для лечения за границей. Если пациент захочет получить услугу в частной клинике, часть расходов покроет государство по полису, остальное он должен будет оплатить самостоятельно. По задумке ведомства это позволит сделать более эффективным расходование средств Фонда ОМС.

Весной Всероссийский союз страховщиков (ВСС) разработал собственную модель реформы медицинского страхования и передал ее главе фонда «Центр стратегических разработок» Алексею Кудрину. Затем доработанный проект был представлен правительству и Минфину в качестве экспертного предложения. Сейчас ведомство сформировало первичную концепцию по реформе.

На данный момент любая частная клиника уже может вступить в систему ОМС и начать прием граждан по государственным полисам. Однако на практике клиник, принимающих граждан по таким полисам, мало, как и бесплатно оказываемых услуг. Кроме того, по ним невозможна смешанная оплата — когда часть отдает государство, а часть — сам гражданин. Идея Минфина призвана сделать смешанную систему оплаты возможной для любого медучреждения.

— Полис ОМС должен быть не просто пропуском в поликлинику, каковым он сейчас является, а реальным инструментом для софинансирования своих расходов, — рассказал «Известиям» замминистра финансов Алексей Моисеев. — Скажем, если гражданину полагается по ОМС 100 рублей, чтобы вырвать зуб, но он хочет сделать это в частной клинике, где это стоит дороже, у него должна быть возможность покрыть эти 100 рублей своим обычным медицинским полисом.

По словам замглавы Минфина, гражданин с полисом, во-первых, должен иметь возможность выбора лечебного учреждения. Во-вторых, ему необходимо предоставить доступ к лечению за рубежом. В-третьих, ему нужно позволить оплачивать лечение в частных клиниках. И в-четвертых, он должен иметь возможность требовать должного уровня качества от своей компании, оплачивающей медицинские услуги.

При этом Алексей Моисеев уверен, что всё это можно реализовать в рамках текущего бюджета ФОМСа. По его словам, это вполне реально, если вернуть в систему ОМС страховые принципы, которые сейчас «полностью выхолощены». По его словам, компании, занимающиеся этим видом страхования, нельзя сегодня назвать полноценными страховщиками. Так, делающие взносы в фонд работники нередко ходят лечиться не в районные поликлиники, а в коммерческие учреждения.

По мнению замминистра, правильно было бы начинать менять эту систему со второй половины 2018 года. Сейчас работа над концепцией еще ведется.

Проблема нынешней системы состоит в том, что государственные поликлиники, к

которым прикреплены все граждане, получая средства от ФОМСа, фактически оказывают лишь малую часть медицинских услуг. Граждане, которые больше доверяют частным клиникам, вынуждены оплачивать лечение полностью самостоятельно, будучи застрахованными по программе ОМС. Таким образом, действие страховки ограничено. В российской медицинской системе более 9 тыс. государственных клиник, которые финансируются за счет отчислений из ФОМСа.

Если предоставить гражданам возможность ходить с полисом ОМС в частные клиники или активнее вовлекать их в софинансирование медицинских услуг в государственных клиниках, это поможет развитию отечественной медицины, уверен руководитель дирекции медицинской экспертизы и защиты прав застрахованных «АльфаСтрахование-ОМС» Алексей Березников. По его словам, «эра копеечных тарифов в поликлиниках давно закончилась».

По данным компаний — лидеров рынка платного медицинского страхования (МАКС-М, «СОГАЗ-Мед», «Росгосстрах-Медицина», «АльфаСтрахование»), лишь 40% граждан фактически лечатся в поликлиниках, к которым они официально прикреплены. Остальные предпочитают обслуживаться в частных учреждениях по полисам добровольного медицинского страхования. При этом, согласно мониторингу ВЦИОМа, полисом ОМС хотя бы раз в жизни пользовались 89% россиян. По данным страховщиков, подавляющее большинство этих граждан ходят в поликлинику за справками и выписками лекарств, но не за реальным лечением.

Опыт показывает, что проблема ОМС не решается путем введения дополнительной нагрузки на застрахованных лиц. В прошлом году Минздрав попытался внедрить добровольную доплату к обычному полису ОМС. Это система, называемая «ОМС+». В соответствии с ней граждане могли доплатить и получить услуги, которые не входят в обычный пакет медпомощи. Система вводилась в пяти регионах — Тюменской, Кировской, Белгородской, Липецкой областях и Татарстане. Тогда эксперимент не получил распространения: было куплено лишь несколько сотен таких полисов.

— Я полагаю, что вводить дополнительную нагрузку непосредственно на граждан можно только при условии роста реальных зарплат примерно в полтора раза. При нынешнем уровне доходов они не будут платить, — уверен профессор кафедры труда и социальной политики Института государственной службы и управления РАНХиГС Александр Пиддэ.

Проблема медицинских услуг в России не связана с недостаточным финансированием. Скорее следует говорить о неэффективном распределении тех ресурсов, которые уже поступают в систему медицинских услуг. Предложенная реформа этот дисбаланс способна исправить.

Источник: Известия, 22.11.2017