



Валентина Матвиенко
губернатор Санкт-Петербурга

региональным департаментам здравоохранения. Предложения Шанцева федеральный центр отверг. Но это еще не значит, что Кремль не поддержит петербургского губернатора.

Диспозиция

Емкость петербургского рынка ОМС составляет 11,6 млрд руб. По сути, это бюджет Территориального фонда медицинского страхования Петербурга на 2007 год. Из него через страховые компании деньги перечисляются медицинским учреждениям за лечение 4,98 млн граждан, то есть застрахованных. Их страхователями выступают работодатели и городская власть. Работодатели страхуют работающих у них граждан, а органы городской власти страхуют неработающее население. То есть территориальный фонд формируется за счет налогов, взимаемых с работодателей, и взносов городского бюджета в пропорции 60%/40%. Часть собранных средств идет на оплату услуг страховых компаний, которые выступают платежными агентами между фондом и лечебными учреждениями. Всего на петербургском рынке действует 13 страховых компаний, 6 из них занимаются страхованием неработающего населения – для этого они проходят специальный отборочный конкурс, организованный городской администрацией. Деятельность страховщиков неработающего населения ограничена административными районами города, то есть все 18 районов города распределены между 6 компаниями в разных пропорциях. Для страхования работающего населения страховая компания заключает

договор с предприятием и Территориальным фондом ОМС. Но фонд не заключает договоров с кем попало, у него свои критерии отбора страховщиков: за последние два года количество игроков на рынке сократилось почти вдвое. Отлученные от рынка страховщики пытаются отстаивать права в суде, но пока безуспешно. По сложившейся в Петербурге традиции все страховые компании заключают договоры со всеми медицинскими учреждениями (стационарами и поликлиниками), входящими в систему ОМС, то есть подписавшими договор с Территориальным фондом. Коммерческим клиникам тоже непросто найти общий язык с Терфондом, но некоторым из них удалось в суде отстоять право работать в системе ОМС. В ней уже действует более 220 медучреждений.

Перебежчики

Одна из главных проблем, которая горячо обсуждалась на совещании у губернатора, касалась задолженности страховщиков перед медучреждениями. По словам начальника отдела медицинского страхования Комитета по здравоохранению правительства Петербурга Михаила Семенова, на сегодняшний день задолженность страховщиков превышает 1 млрд руб. «Это совокупный отсроченный платеж», – поясняет Семенов. Зачастую страховые организации отказываются оплачивать услуги медучреждения, поскольку человек, которому оказали помощь, не числится у страховщика в списке застрахованных. Это происходит из-за того, что человек, пере-



Наталья Григорьян
директор филиала МАКС-М в Санкт-Петербурге

ходя с одного места работы на другое, одновременно меняет страховую компанию. Но на практике граждане не всегда сдают полис в отдел кадров при увольнении и не сразу его получают по новому месту работы, в итоге предъявляют в клинику недействующую страховку. А между тем работодатель уже уведомил страховщика об увольнении сотрудника. И в таких ситуациях страховщики по несколько месяцев определяют, к какой же страховой компании теперь принадлежит гражданин и кто должен оплачивать его лечение. Если принадлежность установить не удастся, то услуги медучреждений, спустя много месяцев, оплачивает Территориальный фонд. В среднем по городу срок оплаты услуг клиник составляет 7 дней, но у некоторых компаний он достигает 14 дней. И здесь возникает интересная закономерность: чем больше у компании застрахованных, тем быстрее она оплачивает счета – в течение 3-6 дней, а чем меньше застрахованных, тем длиннее сроки. Например, петербургский филиал ОАО «Газпроммедстрах» с долей рынка около 1% оплачивает счета в течение 10 дней, а лидер рынка – ООО «СМК «Русский мир» (доля рынка 19%) оплачивает счета за 6 дней.

За боевые заслуги

Другая острая проблема, о которой заговорила губернатор, – это качество лечения. «Страховые компании в Петербурге лишены возможности регулировать качество предоставляемых пациентам медицинских услуг. Каждый страховщик заключает договоры со всеми медучреждениями, и как страховая компания может проверить качество лечения во всех медучреждениях? По сути – никак», – застывает за страховщиков Михаил Семенов. Реально страховые компании проводят экспертизы лечения, самым прогрессивным удается проверить до 30% всех случаев

госпитализации и выявить какие либо нарушения. Однако заставить клиники работать лучше страховщики не могут. «Недостаточное влияние страховых компаний на деятельность медицинских учреждений в системе ОМС вызвано, прежде всего, не отсутствием желания со стороны страховщиков, а большим количеством ограничений, которые накладываются на их деятельность законодательными актами, регламентирующими систему ОМС. Полномочия страховщиков во многом ограничены при формировании тарифов, отсутствуют экономические



Валерий Колабутин
директор ТФ ОМС СПб

рычаги влияния на работу медицинских учреждений. Например, страховая компания не может поощрять медицинское учреждение за хорошую работу», – говорит исполнительный директор страховой компании «Медэкспресс плюс» Елена Синитчина.

Поборемся с поборами

Вместе с абстрактным и труднооценимым в медицине «качеством лечения», губернатор подняла вопрос о доступности лечения и «поборах в медучреждениях». Эти явления идут рука об руку. Сначала человек приходит в клинику и доктор ему назначает обследование, а затем сообщает, что пройти его можно бесплатно не раньше чем через полгода, а за деньги прямо сейчас. И это не говоря уже о том, что лекарства, бинты и прочие расходные материалы пациентам зачастую приходится покупать самим в аптечных пунктах, расположенных непосредственно в больницах и поликлиниках или в других