

Анна Шепель

Деньги в белых халатах

Депутат ЗакСа Санкт-Петербурга, член Комиссии по промышленности, экономике и собственности Игорь Риммер на прошедшем 12 октября «круглом столе» по вопросам ОМС и ДМС заявил, что здравоохранение может стать рынком будущего: «Как только мы на законодательном уровне создадим механизм пользования медицинским полисом и установим, какие услуги и в каком объеме может получить гражданин в рамках системы обязательного медицинского страхования, медицина тут же станет привлекательной для бизнеса».

На «круглом столе» обсуждались планируемые изменения в федеральном законе о медицинском обеспечении граждан. Как известно, в России до сих пор нет специального федерального закона, регулирующего исключительно систему ОМС. Деятельность участников этой системы регулируется сводом приказов Фонда обязательного медицинского страхования, подзаконными актами и частично постановлениями правительства. Последним разработан проект «О государственных гарантиях оказания медицинской по-

мощи», но вопросы остаются. Например, соотношение добровольной и обязательной систем в рамках медицинского страхования. По подсчетам председателя комитета по медицинскому страхованию Союза страховщиков Санкт-Петербурга и Северо-Запада Алексея Кузнецова, сейчас услугами ДМС пользуется около 15% работающего населения города (примерно 300 тыс. человек). Но проблема в том, что страховые компании, занимающиеся добровольным страхованием, пока находятся

вне правового поля, дублируя те виды помощи, которые и так предоставляются в рамках ОМС.

Выступающие сошлись на том, что необходимо прописать конкретные медико-экономические стандарты. «Сегодня, попадая в больницу, человек совершенно не защищен. Он не знает, какие именно медикаменты и процедуры медучреждение обязано предоставить бесплатно, – констатировал г-н Риммер. – Огромные деньги уходят «в халаты», хотя должны проходить через налоги». Регламентация списка предоставляемых по ОМС услуг могла бы оградить граждан от «поборов» в государственных клиниках.

Основная дискуссия развернулась вокруг вопроса о правах на ОМС людей, способных самостоятельно оплачивать медицинские услуги и имеющих полис добровольного страхования. С одной стороны, частные клиники, появившиеся сегодня в секторе ОМС, получают основную сумму за медицинские услуги из Фонда ОМС, а разницу более дорогого тарифа подобных клиник выплачивает страховая компания, чей полис ДМС имеет пациент. Со стороны пациента такая схема вполне логична: он должен претендовать на средства, которые накапливаются вследствие ежемесячных отчислений в Фонд из заработной платы. Но, по словам заместителя председателя Комитета по



здравоохранению администрации Санкт-Петербурга Фариды Кадырова, подобная схема лишает обязательное медицинское страхование средств на лечение малообеспеченных, социально защищаемых граждан. Г-н Кадыров предложил использование схемы, действующей, по его словам, в большинстве развитых стран: «тот, кто способен лечиться за свои деньги, участвует в ОМС только как плательщик, но не как пациент, так как его запросы выше определенного уровня».

Наконец, нужно определить степень необходимости медицинского обслуживания для каждого конкретного пациента. Медицинское страхование начинает действовать при наступлении страхового случая, не включающего, к примеру, изменение по желанию формы носа. С другой стороны, пластика лица может понадобиться вследствие серьезной травмы. Подобная операция не предоставляется в рамках ОМС, даже если является необходимой. В связи с этим стимулирование развития системы добровольного страхования становится первоочередной задачей. Это признали все участники дискуссии. Главное здесь – как можно скорее разработать законодательную базу, а уж финансовые вливания при прозрачных правилах игры ждать себя не заставят.

