В продолжение дискуссии о предлагаемой Министерством здравоохранения «Стратегией развития»предлагаем материал о возможной доплате за полисы ОМС:

По сообщению Ирины Резник Минздрав завершил работу над долгосрочной стратегией развития здравоохранения и представил ее на общественное обсуждение. Больше всего вопросов вызвал пункт о введении дополнительного страхования для тех, кто хочет получить в госклиниках услуги, которые не покрываются полисом ОМС.

«ОМС+»

В отличие от добровольного медстрахования, здесь речь идет не об отдельной страховке, а о пакете платных услуг в дополнение к полису ОМС. Стоимость этого пакета будет различаться в зависимости от «уровня ответственности за свое здоровье». Будут учитываться своевременное прохождение диспансеризации, участие в оздоровительных мероприятиях, отказ от вредных привычек (хотя как это будет контролироваться, в документе не уточняется). Для усиления привлекательности новых страховых продуктов предлагается предоставлять за их покупку налоговый вычет.

Как сказано в стратегии, нововведение направлено «на переход к цивилизованному способу взаимодействия» и позволяет «предоставить населению возможность выбора дополнительных медицинских услуг, не включенных в программу государственных гарантий, и уровня сервиса». Оказывать медуслуги по программам дополнительного страхования будут в медучреждениях, работающих в сфере ОМС. И, как считают в Минздраве, рост объемов дополнительного страхования позволит в будущем уйти от платных услуг, которые сегодня предлагают госклиники.

Уже в 2015 году четыре российских региона в пилотном режиме протестируют новый подход, сообщила министр здравоохранения Вероника Скворцова на заседании общественного совета Минздрава 24 декабря. Где именно состоится «обкатка», решат после утверждения стратегии правительством. Предлагаемая система привлечет в систему здравоохранения дополнительные средства и научит людей ответственно относиться к своему здоровью, уверена министр.

Впрочем, что именно войдет в пакет допуслуг, и сколько эти опции будут стоить, пока неясно. Как пояснила Скворцова, это может быть «персонифицированный мониторинг здоровья на расстоянии с помощью современных технологий, мобильная консультация врачей специалистов – такого типа продукты». Также министр пообещала, что «это не будет дорого».

В экспертном сообществе предложение встретили неоднозначно. Разделись мнения и у членов общественного совета при Минздраве России. МедНовости узнали доводы экспертов.

«Слово «дополнительно» в медицине не приемлемо»

«Это единственный пункт в стратегии, из-за которого я воздержался при голосовании по ее проекту, – рассказал президент общероссийской общественной организации «Лига защитников пациентов» Александр Саверский. – Когда мы попросили министра перечислить дополнительные страховые продукты, она сказала: «ну вы поняли, какие, и еще аналогичные». Какие аналогичные? Я вообще не понял, о чем она говорила. Вводится новый понятийный ряд, целый институт дополнительного медстрахования, а за ним ничего не стоит. Это дополнительное страхование – абсолютная пустышка, но из-за него, как из-за допущенных в госучреждения дополнительных услуг будет ломаться система. Не говоря уже о том, что у нас страховые компании таковыми не являются, эта проблема тоже еще не решена».

«Слово «дополнительно» в медицине вообще не приемлемо: как можно дополнительно вылечить аппендицит или пневмонию? – говорит Саверский. – Исходить надо из принципа достаточности, то есть гарантированный стандарт медпомощи должен быть достаточным для выявления заболевание и его лечения. А как только мы начинаем играть со словами «дополнительно», «добровольно», то сразу попадаем в ту сферу торговли, которая обосновалась в нашей системе здравоохранения с 1996 года, когда было принято постановление о дополнительных услугах в учреждениях здравоохранения. Само разрешение получать деньги с пациента означает, что пациента будут выдавливать в эту сферу торговли. В медицине царят страх и асимметрия информации – пациент не знает, что ему надо, а что нет. И заинтересованное лицо может вешать пациенту лапшу на уши, используя его тревожное состояние, чтобы содрать побольше денег. На этом строится весь бизнес в медицине, зарабатывающий деньги на страхе и болезни».

«Новые страховые механизмы сделают невозможными спекуляции «бесплатной» медпомощью»

По мнению председателя исполнительного комитета международного общественного движения «Движение против рака» Николая Дронова, дополнительное страхование ни в коем случае не означает переноса бремени оплаты за медуслуги на граждан и тем более отказ от бесплатной медицины.

«Речь идет о реформировании системы ОМС таким образом, чтобы сократить серые и черные платежи и сделать сооплату гражданами медицинских услуг не обременительной, а именно страховой, – рассказал эксперт МедНовостям. – Это делается для того, чтобы принцип медстрахования заработал у нас в полный рост. При этом, программа госгарантий бесплатной медпомощи останется неизменной. А вот ту плату, которая всячески навязывается пациентам, чтобы залезть к ним в карман, такими страховыми механизмами планируется изжить. Они сделают невозможными спекуляции «бесплатной» медпомощью и поставят крест на бытовой коррупции в отрасли.Сейчас нередко недобросовестные руководители медучреждений искусственно создают дефицит бесплатной медпомощи и потом выгодно ее продают. Им выгодно, чтобы пациент не знал, что ему положено бесплатно, а что за деньги».

«Нововведение следует тщательно опробовать»

Как считает директор центра социальной экономики Давид Мелик-Гусейнов, для развития в стране медицинского страхования надо искать новые страховые решения. «Все понимают, что система недофинансирована, люди жалуются на сервис и на качество помощи. Значит, нужно искать дополнительные деньги, – считает эксперт. – А поскольку есть люди, которые могут заплатить за более комфортные условия получения медпомощи в рамках этой системы, почему бы им не предложить такую возможность. Я не думаю, что тут есть нарушение конституции, гарантирующей всем гражданам бесплатное лечение».

Однако теория может разойтись с практикой. Поэтому нововведение сначала следует тщательно апробировать на территориях с небольшой численностью населения, считает Мелик-Гусейнов. «Выбранные пилотными регионы сами придумают под себя модели, которые будут тестировать, – говорит эксперт. – Но делать это надо очень осторожно. Я бы предложил в качестве такой модели лекарственное софинансирование. Про это

практически не говорят, но это крайне важно для амбулаторного лечения. Если дополнительное страхование будет покрывать расходы на лекарства, это значительно сократит расходы на стационарное звено».

Этот материал – первый из специального цикла статей, в которых МедНовости разъясняют основные направления «Стратегии развития здравоохранения РФ на долгосрочный период 2015-2030 годов». После общественного обсуждения и доработки стратегию направят на рассмотрение Совета безопасности и правительства. Этот документ определяет, как будет развиваться российское здравоохранение в ближайшие годы.

Вот основные направления стратегии:

1. Совершенствование программы государственных гарантий.

2. Развитие системы ОМС на основе принципов солидарности и социального равенства и расширения страховых принципов.

3. Развитие дополнительного медицинского страхования (сверх обязательного медицинского страхования) при оказании застрахованным лицам дополнительных медицинских или иных услуг не входящих в программу государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи.

4. Развитие государственно-частного партнерства в здравоохранении.

5. Развитие общественных медицинских организаций, сформированных по территориальному и профессиональному принципам.

6. Введение обязательной аккредитации медицинских работников.

7. Информатизация здравоохранения.

8. Выстраивание вертикальной системы контроля и надзора в сфере здравоохранения.

9. Обеспечение лекарственными препаратами и медицинскими изделиями.

10. Ускоренное инновационное развитие здравоохранения на основе результатов биомедицинских и фармакологических исследований.