

Что такое «ОМС+»?

В течение жизни каждому из нас приходилось не один раз обращаться за медицинской помощью. Поводы у каждого свои: необходимость профилактического осмотра при устройстве на работу, банальная простуда или более серьезное заболевание. И при любом поводе является актуальной возможность получить медицинскую помощь своевременно, качественно и доступно в финансовом отношении.

Право на медицинскую помощь гарантировано Конституцией РФ. Статьей 19 Федерального закона № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. уточнено, что каждый «имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования».

В объем государственных гарантий входит бесплатная для граждан медицинская помощь, оказываемая за счет средств бюджетов всех уровней, а также медицинская помощь по базовой программе обязательного медицинского страхования за счет средств ОМС. Базовая и разрабатываемая на ее основе территориальная программа ОМС гарантируют всем гражданам, имеющим право на ОМС, необходимый оптимальный объем медицинской помощи, оказываемой на определенных условиях, которые государство имеет возможность финансово обеспечить. Однако, и объемы этой помощи и условия ее предоставления в настоящее время устраивают не всех или не всегда.

Выводы, недавно сделанные аудитором Счетной палаты, говорят о том, что несмотря на рост средств, направляемых на обеспечение базовой программы ОМС, в последнее время прогрессивно растет и объем платных медицинских услуг, бесплатная медицина в РФ постепенно все больше дополняется платной. Населению требуются дополнительные объемы медицинской помощи, и граждане обращаются к врачам, используя собственные средства за дополнительными медицинскими и сервисными услугами.

Способы оплаты таких услуг могут быть разными: через заключенный со страховой медицинской организацией (СМО) договор добровольного медицинского страхования (ДМС), через договор платных услуг, заключенный непосредственно с медицинской организацией, нередко и теневые платежи, минуя кассу, непосредственно в карман врача. Однако, нельзя считать, что ДМС и платные услуги – это взаимозаменяемые способы решения проблем со здоровьем. Клиенту, застрахованному по договору ДМС, со стороны СМО гарантируется текущий контроль качества оказываемых медицинских услуг и профессиональный контроль выполнения других условий договора оказания услуг. Денежные затраты по договору

ДМС для клиента предсказуемы, вероятность вовлечения в дополнительные теневые отношения с медицинскими работниками практически отсутствует, т.е. в рамках ДМС отношения «пациент - медицинская организация» в правовом отношении максимально урегулированы, права и интересы пациента в этих отношениях максимально защищены.

Договор ДМС может заключаться как в пользу одного человека, так и в пользу группы лиц. Коллективное ДМС в Российской Федерации в настоящее время является преобладающим. Основная причина этого в том, что стоимость полноценного классического индивидуального договора ДМС достаточно высокая и поэтому пока недоступна для большинства рядовых граждан. А высокая стоимость договора ДМС, в свою очередь, объясняется не только индивидуальным риском, но и тем, что в программу ДМС, как правило, включаются все необходимые для оказания медицинской помощи услуги, в том числе и те, которые входят в базовую программу ОМС и могли предоставляться на бесплатной основе. Таким образом, сегодня ДМС предусматривает предоставление не только дополнительных сервисных и медицинских услуг сверх базовой программы ОМС, но и очень часто фактически заменяет собой ОМС.

Сделать ДМС более привлекательным для рядовых граждан и финансово более доступным как раз и призваны программы добровольного медицинского страхования, получившие общее название «ОМС плюс».

Эти программы имеют некоторые отличия от классического ДМС.

Реализация программ «ОМС плюс» ни в коей мере не должна влиять на снижение доступности медицинской помощи в рамках базовой и территориальной программ ОМС как для граждан, которые вступили в программу «ОМС плюс», так и для граждан, которые такое решение не приняли. Поэтому главное условие - в программы «ОМС плюс» не могут входить медицинские и сервисные услуги, оказание которых на определенных условиях предусмотрено базовой программой ОМС.

Например, в рамках «ОМС плюс» планируется предоставление медицинских услуг, которые не включены в базовую программу ОМС, но активно внедряются в последнее время в связи со стремительным развитием современной биомедицинской науки, компьютерными технологиями индивидуального мониторинга здоровья, методами лечения, применение которых основано на принципах персонифицированной медицины. Такое направление развития программ «ОМС плюс» в перспективе видится Министру здравоохранения РФ Веронике Скворцовой.

В рамках «ОМС плюс» могут также предоставляться услуги, предусматривающие возможность попасть на прием к узкому специалисту без направления от врача общей практики, или попасть на прием в более удобное время, вызвать врача на дом в более краткий срок – в течение двух часов, а не в течение всего рабочего дня, т.е. на условиях, отличных от базовой и территориальной программ ОМС.

Еще один аспект программ «ОМС плюс» - осуществление на дому диагностики, исследований, лечебных процедур в то время, как по базовой программе ОМС такие услуги предоставляются пациентам только в медицинской организации.

Не исключается в рамках «ОМС плюс» и применение при оказании медицинских услуг эффективных лекарственных средств, которые не входят в перечень лекарственных препаратов и медицинских изделий, необходимых для оказания каких-то видов помощи в рамках территориальной программы ОМС.

В некоторых из перечисленных ситуаций какая-то часть затрат по оказываемой гражданину медицинской помощи может покрываться за счет средств ОМС, а какая-то за счет личных средств граждан по договору дополнительного медицинского страхования «ОМС плюс». Следовательно, стоимость этого договора для граждан будет меньше на сумму, покрываемую за счет средств ОМС, и экономическая доступность этих дополнительных услуг по программам «ОМС плюс» для граждан может быть существенно выше.

Для повышения экономической доступности услуг по программам «ОМС плюс» тарифы медицинских и сервисных услуг, входящих в программы, планируются устанавливать едиными для всех медицинских организаций, предоставляющих данные услуги на территории субъекта Российской Федерации. Едиными на территории субъекта Российской Федерации должны быть и размеры страховых взносов на дополнительное медицинское страхование «ОМС плюс» для страхователей. Такое регулирование тарифов на уровне субъекта РФ еще одно отличие «ОМС плюс» от классического ДМС.

В 2015 году на основании поручения Президента РФ в адрес Министерства здравоохранения РФ в 5-ти регионах началась пилотная реализация дополнительного к ОМС добровольного медицинского страхования по программам «ОМС плюс». Это Тюменская, Кировская, Липецкая, Белгородская области и Республика Татарстан. В течение года в этих регионах будет проводить мониторинг реализации проекта, а в конце года будут подведены итоги, и рассмотрены механизмы дальнейшего развития программ дополнительного страхования.

Информация о конкретных программах «ОМС плюс», которые утверждены для реализации на территориях Липецкой и Кировской областей и о том, как гражданам можно вступить в эту программу, размещается на страницах Липецкого и Кировского филиалов ООО «РГС-Медицина» (сайт ООО «РГС-Медицина»), аналогичная информация по Тюменской области будет размещена на странице Тюменского филиала ЗАО «Капитал Медицинское страхование» (сайт ЗАО «Капитал Медицинское страхование»).