

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ И ПРАВОВЫЕ ОСНОВЫ СОВМЕЩЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В ЦЕЛЯХ ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

© 2012 О.Б. Строгонова

кандидат медицинских наук

Территориальный фонд ОМС Санкт-Петербурга

© 2012 М.Л. Малышев

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет

© 2012 Л.С. Слесаревская

кандидат экономических наук

E-mail: oleandra@yandex.ru

Статья посвящена нормативно-правовой базе, подтверждающей возможности совмещения платежей по ОМС и ДМС в рамках взаимодействия одного гражданина для увеличения доступности медицинской помощи.

Ключевые слова: медицинская помощь, доступность, обязательное медицинское страхование, добровольное медицинское страхование.

Проблема ограничений доступности медицинской помощи в последние годы является одной из ключевых в отечественном здравоохранении. В основе этой проблемы лежат, прежде всего, экономические причины - неадекватность распределения финансовых потоков на оказание медицинской помощи, организационные причины - недостатки в организации работы медицинских организаций, ограничения в преемственности предоставления медицинской помощи в организациях различных уровней, возникающие вследствие несоблюдения установленных порядков их взаимодействия, а также недостаточная информированность граждан об истинных возможностях использования всех ресурсов сложившейся системы здравоохранения.

По данным Всероссийского социологического исследования по изучению мнения населения о доступности и качестве медицинской помощи в Российской Федерации, проведенного в 2008 г. Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, установлено, что более половины жителей России не удовлетворены оказанной им медицинской помощью¹. Безусловно, ответы граждан касались, прежде всего, медицинской помощи, полученной ими в медицинских организациях государственных и муниципальных систем здравоохранения при предъявлении полиса обязательного медицинско-

го страхования (ОМС). При этом неадекватность распределения финансовых средств на охрану здоровья приводит к тому, что каждый четвертый россиянин (23,4 %) сталкивается с необходимостью неофициально доплачивать врачу за лечение; 34,5 % опрошенных считают, что одно из негативных явлений в медицинском обслуживании - увеличение объемов платной медицинской помощи. Недостатки в организации медицинской помощи также формируют негативные оценки граждан: 33,8 % отмечают неудобный график работы врачей, 39,7 % указывают на отсутствие необходимых специалистов при получении медицинской помощи в амбулаторных условиях по месту жительства, каждый пятый гражданин России (20,1 %) сталкивался с отказом в предоставлении необходимой медицинской помощи и пр. Стоит также отметить, что даже при возникновении проблем граждане не знают, куда обращаться за помощью для их решения. Так, 26,1 % россиян до сих пор получают необходимую информацию о медицинском обслуживании не от профессионалов, а от знакомых и соседей, только 11,4 % указали, что с жалобой на плохое медицинское обслуживание следует обращаться в страховую компанию, выдавшую полис ОМС².

Проблемы, возникающие у пациентов при их обращении в медицинские организации государственной и муниципальной систем здравоохране-

ния по полису ОМС, вынуждают их искать иные формы получения медицинской помощи. Так, по данным того же исследования, оказалось, что 25,5 % жителей России готовы обращаться за медицинской помощью на платной основе ввиду обслуживания на более высоком уровне, 15,4 % - по причине более совершенной организации работы, отсутствия очередей, 12,5 % - по причине более внимательного отношения к их проблемам со стороны медицинского персонала³. То есть значительная часть граждан готова оплачивать получение более доступной медицинской помощи с точки зрения организации ее предоставления, психологического комфорта ее получения. Вместе с тем платные медицинские услуги на сегодня не решают проблемы финансовой составляющей доступности медицинской помощи для граждан.

Одним из возможных путей повышения доступности медицинской помощи может быть “средний вариант” - сочетание предоставления медицинской помощи гражданину в рамках ОМС и добровольного медицинского страхования (ДМС), фактически обеспечивающего комфорт ее предоставления на уровне такового при получении платных медицинских услуг и не несущего прямых финансовых затрат для гражданина, поскольку наиболее распространенным вариантом является осуществление ДМС за счет средств работодателей. Вместе с тем при таком сочетании различных видов медицинского страхования возникает достаточно много вопросов, ряд из которых, главным образом финансового характера, уже активно обсуждался специалистами⁴. Основным же вопросом как медицинских организаций, сталкивающихся с пациентами, застрахованными по ОМС и ДМС, так и граждан является вопрос разграничения услуг медицинских организаций, гарантированных гражданам по этим видам страхования.

До 1 января 2011 г. отношения субъектов, возникающие в процессе ОМС и ДМС, были определены единым законом Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации”, в соответствии с которым ОМС являлось составной частью государственного социального страхования и было призвано обеспечивать гражданам предоставление медицинской помощи в объеме и на условиях, установленных программами ОМС. ДМС же было определено как страхование, обеспечивающее гражданам получение дополнительных медицин-

ских и иных услуг по программам ДМС сверх установленных программ ОМС.

Предметом регулирования нового Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ “Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации”, вступившего в силу с 1 января 2011 г., являются исключительно отношения, возникающие при осуществлении ОМС, которое также определяется как вид обязательного социального страхования, представляющий собой систему создаваемых государством правовых, экономических и организационных мер, направленных на обеспечение при наступлении страхового случая гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи за счет средств ОМС в пределах территориальной программы ОМС, созданной на основе базовой программы ОМС. То есть как до вступления в силу нового закона, так и после него основой определения объемов медицинской помощи, гарантированной гражданину государством при осуществлении ОМС, является программа ОМС.

В соответствии со ст. 5 нового Закона утверждение базовой программы ОМС и единых требований к территориальным программам ОМС относится к полномочиям Российской Федерации в сфере ОМС, а в соответствии со ст. 6 указанного Закона, в свою очередь, утверждение территориальных программ ОМС является полномочием органов государственной власти субъектов Российской Федерации. При этом ст. 35 и 36 нового Закона определяются конкретные составляющие территориальной программы ОМС - она включает в себя, в числе прочего, виды, условия оказания медицинской помощи и перечень страховых случаев (перечень заболеваний, медицинское обслуживание, при которых осуществляется в рамках программ ОМС). Страховое обеспечение в соответствии с базовой программой ОМС устанавливается исходя из стандартов и порядков оказания медицинской помощи, установленных уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации). В случае, если территориальная программа ОМС устанавливает дополнительный объем страхового обеспечения по страховым случаям, она должна предусматривать перечень направлений использования средств ОМС.

Таким образом, на территории конкретного субъекта Российской Федерации именно террито-

риальная программа ОМС будет определять объем медицинской помощи, гарантированной государством гражданину за счет средств ОМС. При этом оказанная за счет средств ОМС медицинская помощь в соответствии с территориальной программой ОМС должна иметь следующие “признаки”:

- принадлежать к одному из видов медицинской помощи, включенных в программу ОМС (первичная медико-санитарная, специализированная и т.д.);

- быть оказана по поводу заболевания, включенного в перечень страховых случаев (болезни эндокринной системы, болезни нервной системы, болезни крови, кроветворных органов и т.д.);

- быть оказана в соответствии с утвержденными стандартами и порядками оказания медицинской помощи (применение и объем отдельных диагностических исследований, лекарственных средств, соблюдение и последовательность этапности и т.д.);

- быть оказана в соответствии с условиями, установленными программой ОМС.

Безусловно, вышеприведенный перечень применим только в ситуациях наличия договорных обязательств медицинской организации по оказанию застрахованным гражданам определенных видов медицинской помощи при определенных страховых случаях по программам ОМС. При наличии всех вышеуказанных “признаков” медицинская помощь признается страховым случаем и подлежит оплате за счет средств “ОМС”. В иных случаях медицинская помощь должна быть оплачена за счет других источников.

Наибольшие проблемы возникают в определении соответствия условий предоставления медицинской помощи условиям, установленным программами ОМС. Перечень и отдельные характеристики условий предоставления медицинской помощи на сегодня различаются в территориальных программах ОМС отдельных субъектов Российской Федерации и могут содержать требования к срокам ожидания гражданами плановой медицинской помощи, к порядку организации медицинской помощи на различных этапах ее предоставления, к условиям размещения в стационаре и т.д.

В каких же случаях может быть применена оплата медицинской помощи за счет иных источников, в том числе ДМС, в дополнение к оплате по ОМС в рамках взаимодействия конкретного пациента с медицинским учреждением? Как уже

указывалось, отмена действия Закона Российской Федерации “О медицинском страховании граждан в Российской Федерации” повлекла за собой отсутствие в настоящее время специальных норм, регулирующих ДМС. Вместе с тем Законом Российской Федерации от 27 ноября 1992 г. № 4015-1 (с изменениями, внесенными Федеральным законом от 27 июля 2010 г. № 226-ФЗ) “Об организации страхового дела в Российской Федерации” установлено, что добровольное страхование вне зависимости от его вида осуществляется на основании договора страхования и правил страхования, определяющих общие условия и порядок его осуществления. При этом правила страхования должны приниматься и утверждаться страховщиком самостоятельно в соответствии с Гражданским кодексом Российской Федерации и содержать, в числе прочего, положения о страховых случаях. Это позволяет страховщикам устанавливать в договорах ДМС возможность оплаты случаев оказания медицинской помощи, не включенных в программы ОМС, в том числе оплату случаев оказания медицинской помощи, предоставленной вне условий, установленных программами ОМС (“немедицинский” компонент случая оказания медицинской помощи):

- медицинские услуги оказываются по поводу страховых случаев, не включенных в программы ОМС (косметологические услуги при отсутствии медицинских показаний; нетрадиционные методы диагностики и лечения, такие как игло-рефлексотерапия, гирудотерапия, биорезонансные методы диагностики и лечения; гомеопатическое лечение; санаторно-курортное лечение в случаях его предоставления лицам, для которых оно не предусмотрено законодательством; лечение сексологической патологии и др.);

- медицинские услуги не входят в перечни услуг, предусмотренных установленными стандартами оказания медицинской помощи для нозологических форм, по поводу которых производится оказание медицинской помощи пациенту;

- диагностические, лечебные, реабилитационные, профилактические и иные услуги проводятся в порядке личной инициативы пациента при отсутствии соответствующего назначения в медицинской документации лечащим врачом (оказание медицинской помощи вне установленного порядка);

- медицинские услуги не являются для конкретной медицинской организации предметом до-

говорных обязательств по выполнению программы ОМС (по видам помощи, по конкретным страховым случаям);

- предоставляются лекарственные средства и изделия медицинского назначения, не предназначенные для реализации программы ОМС, или их предоставление осуществляется в неустановленных ситуациях;

- медицинская помощь оказывается в условиях, отличных от условий ее предоставления, установленных программами ОМС (вне очереди, в условиях повышенной комфортности и сервисности).

Вышеуказанные условия предоставления медицинской помощи, как правило, конкретизируются в правилах страхования (программах) ДМС и становятся предметом договорных обязательств медицинского учреждения по отношению к пациенту, застрахованному по ДМС наряду со страхованием по ОМС. В случае оказания медицинской помощи пациенту, имеющему право на ОМС и ДМС (с соблюдением условий программ по ОМС и по ДМС) у медицинской организации, являющейся субъектом системы ОМС и имеющей обязательства по выполнению программ ДМС, возникают обязательства действовать следующим образом:

1) определить принадлежность оказываемого вида помощи и условий ее предоставления программе ОМС и выставить счет на оплату страхового случая по ОМС страховой медицинской организации;

2) определить принадлежность услуг, оказываемых сверх программы ОМС, программе ДМС и выставить счет на оплату страховой компании для оплаты страхового случая по ДМС в соответствии с условиями соответствующего договора по ДМС.

Выставление и оплата двух счетов (по ОМС и ДМС) в рамках одного взаимодействия пациента с медицинским учреждением в таких ситуациях являются обоснованными и обязательными, так как обеспечивают оплату двух разных медицинских услуг по ОМС и ДМС.

Однако в практической деятельности медицинских учреждений, являющихся субъектами системы ОМС, в случае оказания медицинской помощи пациенту, имеющему право на ОМС и ДМС, разграничение соответствующих обязательств остается в настоящее время не до конца решенной проблемой. Медицинское учреждение

вынуждено последовательно определять принадлежность оказанной пациенту медицинской помощи к страховому случаю по ОМС и ДМС для получения наиболее полноценной компенсации своих расходов на ее оказание пациенту, поскольку в настоящее время финансирование государством программ ОМС даже в условиях нового законодательства не позволяет удовлетворить затраты медицинских учреждений. Руководители медицинского учреждения должны умело ориентироваться в законодательстве, регламентирующем программы ОМС, порядки и стандарты оказания медицинской помощи, правила предоставления медицинских услуг на возмездной для граждан основе. При этом следует еще раз обратить внимание, что с введением нового Федерального закона "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" нормативное регулирование предоставления гражданам ДМС как вида медицинского страхования, обеспечивающего возможность получения медицинской помощи для граждан в дополнение к программам ОМС, в настоящее время не устанавливается. Это ставит как медицинские учреждения, так и страховые медицинские организации, работающие по этим видам страхования, в еще более трудную позицию.

Основным направлением разрешения проблемы, возникающей в практике применения сочетанного обеспечения граждан медицинской помощью по программам ОМС и ДМС, следует считать, прежде всего, совершенствование законодательства по этому вопросу на федеральном уровне, предусматривающего:

- конкретизацию гарантий по предоставлению гражданам в рамках программ ОМС не только определенных видов медицинской помощи, но и отдельных медицинских услуг;

- "прозрачность" обеспечения софинансирования оказанной гражданам медицинской помощи по программам ОМС и ДМС;

- конкретизацию медицинских и сервисных услуг медицинских учреждений, легитимно включаемых в программы ДМС сверх гарантированных в программах ОМС.

Представляется, что такие подходы к законодательному регулированию сочетанного применения программ ОМС и ДМС смогут существенно повысить доступность медицинской помощи для граждан, сформировать условия для достижения более высокого уровня их удовлетворен-

ности взаимодействием с системой здравоохранения. Конкретизация гарантий по предоставлению гражданам в рамках программ ОМС отдельных медицинских услуг, безусловно, потребует значительного увеличения расходов государства на ОМС, вместе с тем позволит определить понятный для каждого участника системы ОМС, и в первую очередь для гражданина, минимально гарантированный, исчерпывающий объем доступной медицинской помощи при возникновении страховых случаев по ОМС. Наряду с этим, страховые медицинские организации, формируя программы ДМС из установленного на законодательном уровне перечня услуг, смогут предоставить широкий выбор предложений, основанный на их доб-

росовестной конкуренции и позволяющий гражданину существенно расширить объем бесплатной для него медицинской помощи.

¹ Всероссийское социологическое исследование "Изучение мнения населения Российской Федерации о доступности и качестве медицинской помощи" / Н.В. Юргель [и др.]; Федер. служба по надзору в сфере здравоохранения и социал. развития. 2009.

² Там же.

³ Там же.

⁴ Рагозин А.В., Кравченко Н.А. Совмещение платежей по обязательному и добровольному медицинскому страхованию // Правовые вопросы здравоохранения. 2011. № 1. С. 108 - 112.

Поступила в редакцию 05.02.2012 г.