

За последний год Минздрав внедрил в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) две новации – доплату за сервис к традиционному полису и институт страховых поверенных. Первая уже провалилась, у второй перспективы чуть лучше: граждане заинтересованы в услугах кураторов в государственных поликлиниках.

Минздрав, отстраивая систему защиты прав пациентов, с июля возложил на страховые компании дополнительные обязанности. Страховщики, работающие в ОМС, должны своими силами и за свой счет за два года сформировать службы страховых представителей. Новые страховые поверенные должны обеспечивать информационное сопровождение застрахованных на всех этапах оказания медпомощи, консультировать по утвержденному Минздравом стандарту.

В министерстве неоднократно подчеркивали, что нововведение не потребует трат из госказны, разве что Минздрав разработал для таких специалистов новую образовательную программу, по которой уже подготовлены первые 500 человек.

Страховые компании, впрочем, не сильно потратились: опрошенные «Деньгами» крупные страховщики заявили, что страховые представители и ранее трудились в их штате, теперь же этот опыт будет масштабирован.

Внедряться институт страховых поверенных будет поэтапно. Сейчас у каждого страховщика работает круглосуточная горячая линия – на ней специалисты консультируют граждан: рассказывают о том, как и в каком порядке застрахованные по ОМС могут пройти диспансеризацию и профилактический осмотр. С 2017 года у каждого застрахованного в ОМС появится прикрепленный эксперт из страховой компании.

В полной мере же институт страховых представителей начнет работать с 2018 года, когда кроме телефонных экспертов первого уровня граждан будут консультировать врачи. Они смогут не только обеспечивать индивидуальное сопровождение, но и выступать экспертами качества оказанной пациентами медпомощи.

По прогнозам самих страховщиков, страховые поверенные должны стать популярными у пользователей системы ОМС. В отличие от другой новации Минздрава, итоги которой уже можно подвести.

В рамках «Стратегии развития здравоохранения РФ на 2015–2030 годы» Минздрав запустил пилотную программу по внедрению так называемого ОМС+. Проект стартовал в июле 2015-го в пяти субъектах РФ. Полученные данные должны помочь в выборе новой модели расширенного полиса ОМС уже всероссийского масштаба, запуск ОМС+ на всю страну запланирован на 2017 год.

Напомним, что «Стратегия...» предусматривает внедрение в России новой системы ОМС+, суть которой в следующем: каждый гражданин, имеющий обязательную медстраховку, может купить к ней дополнительный полис и получить по нему услуги, не предусмотренные системой госгарантий оказания бесплатной медпомощи. Как выяснили «Деньги», данных для анализа программ пока мало.

В регионах-«пилотах» – Тюменской, Кировской, Белгородской, Липецкой областях и Татарстане – куплено всего несколько сотен полисов ОМС+. Страховщики, которые приняли участие в проекте, – «СОГАЗ», «МАКС», «Росгосстрах», «Югория-Мед», «Ак Барс-Мед» – предпочли не комментировать «Деньгам» итоги эксперимента.

Причины низкой востребованности программы во Всероссийском союзе страховщиков (ВСС) объясняют отсутствием конкретики эксперимента. «Население получает размытую услугу, до конца нет понимания, за что платит, к тому же стоимость полиса ОМС+ практически сравнима со стоимостью программы ДМС», – считает вице-президент ВСС Дмитрий Кузнецов.

По мнению члена экспертного совета при правительстве Владимира Гурдуса, результат был бы лучше, если бы «клиникам предоставили большую свободу в составлении и апробации программ, а также подключили к реализации идеи не только государственные, но и частные клиники».

Тарифы и 16 программ ОМС+ проходили жесткое согласование в региональных минздравах, территориальных фондах, областных администрациях. Участники

эксперимента – страховщики, террфонды ОМС, поликлиники – самостоятельно выбирали самые, на их взгляд, востребованные направления, формировали содержание и рассчитывали стоимость полисов ОМС+.

Например, Тюмень предложила жителям несколько программ для новорожденных: помощь на дому врачей-специалистов – невролога, детского хирурга, офтальмолога, кардиолога, эндокринолога и травматолога-ортопеда по назначению участкового педиатра. Внутри программа состоит из трех уровней: базовый за 11 тыс. руб. предлагает консультации на дому врачей-специалистов; расширенный за 16 тыс. руб. включает курс массажа и забор анализов на дому; премиальный за 44 тыс. руб. предлагает снятие на дому двух ЭКГ и наблюдение на дому узкими специалистами.

Вторая программа, включающая видеоконсультации врачей, рассчитана на взрослых. По Skype можно проконсультироваться только после очного приема специалиста у терапевта, педиатра и врача общей практики. Поводом для веб-встреч могут стать результаты анализов, ранее проведенные обследования, вопросы, возникшие в ходе лечения.

Пресс-секретарь Территориального фонда ОМС Тюменской области Елена Пелевина сообщила «Деньгам», что с начала старта эксперимента в Тюмени были проданы только два полиса – один базовый для ребенка и один взрослый.

«Проект не получил должной реализации», – говорит Елена Пелевина. По ее словам, одна из причин непопулярности программы в регионе – хорошая насыщенность самой территориальной программы ОМС: «Полис ОМС+ нацелен на сервисные услуги, а пациенты ориентированы прежде всего на врачей».

В Кировской и Белгородской областях полисы тоже оказались не востребованы, заявили «Деньгам» в местных террфондах. Две программы запустили и в Липецкой области – педиатрическую и стоматологическую для детей от двух до 18 лет.

В Кировской области, которая предложила также две программы для новорожденных: осмотр узкими специалистами детского диагностического центра за 44 тыс. руб. и за 49 тыс. руб. к программе добавлено УЗИ-исследование, – куплены всего два полиса. За

время проведения эксперимента в Белгородской области был куплен полис ОМС+ для взрослого за 8 тыс. руб. Детский за 12 тыс. руб. оказался родителям неинтересен.

«В глубинке жители привыкли к тому, что медпомощь оказывается бесплатно», – заявил «Деньгам» заместитель гендиректора ТФОМС Белгородской области Михаил Осмоловский. Главной причиной незаинтересованности в расширенном пакете ОМС чиновник называет низкую покупательную способность населения и неудачное время проведения эксперимента. «ОМС+ был приказом сверху, на мой взгляд, это вообще какая-то искусственная конструкция», – признается чиновник.

По словам директора по развитию «АльфаСтрахование-ОМС» Александра Трошина, главная причина скромных результатов эксперимента в том, что при сегодняшнем законодательстве наполнить проект медицинской составляющей, не превращая его в ДМС, сложно, и в итоге населению предложили в рамках ОМС+ в основном сервисные услуги, в которых оно не очень-то заинтересовано.

При этом в страховых компаниях признают, что основные жалобы на поликлиники они получают из-за длительного ожидания медпомощи и отсутствия специалистов.

«Пациенты жалуются не на качество медуслуг, а на то, что эти услуги сложно получить в необходимом объеме: где-то огромные очереди, где-то не хватает врачей нужного профиля. Вот эти проблемы и способно решить ОМС+», – говорит первый заместитель гендиректора «ВТБ Страхования» Олег Меркулов.

Среди регионов – участников проекта отличился Татарстан. Республика запустила две программы: «Сердце под контролем» за 10,7 тыс. руб. и «Медицинское сопровождение пациента» за 2 тыс. руб. Как сообщили нам в террфонде ОМС Татарстана, за весь период реализации пилотного проекта были куплены 594 полиса ОМС+ (0,015% всех застрахованных жителей республики по ОМС).

В «СОГАЗе» считают, что проект «безусловно, имеет перспективы, но требует определенных методологических доработок». По словам Екатерины Двойниковой, руководителя управления по связям с общественностью «СОГАЗа», речь может идти, например, о выделении из программы ОМС некоторых видов дорогостоящей и

высокотехнологичной медицинской помощи, которые можно включить в ОМС+. «В этом случае у страховщиков появится возможность предлагать комбинированные продукты, которые будут востребованы на массовом рынке. Подобный подход уже доказал свою эффективность во многих странах», – отмечает она.

Тем временем московский опыт внедрения ОМС+ частными клиниками за рамками эксперимента показывает, что граждане готовы платить за сервисные услуги вне ДМС по полису ОМС. Осенью прошлого года в Москве сеть клиник «Доктор рядом» запустила программу ОМС+ стоимостью от 7 тыс. до 14,5 тыс. руб. в зависимости от вида услуг. Программа позволяет наблюдаться у личного врача, получать консультации по телефону, а результаты анализов – по электронной почте. «Программа ОМС+ пользуется спросом у населения, она интересна для тех, кто привык пользоваться программами ДМС, но по каким-то причинам не может пользоваться ими сейчас», – отмечает гендиректор сети клиник «Доктор рядом» Александр Пилипчук. По его словам, без какой-либо рекламы и особого маркетингового продвижения выбор в пользу ОМС+ за последний год сделали 377 пациентов, прикрепленных к клинике по ОМС.

Страховщики тоже начинают подключаться к теме ОМС+ за рамками эксперимента. В конце мая компания «ВТБ Страхование» начала продажи полисов «Отличная поликлиника». «По сути, это самое ОМС+», – говорят в страховщике. «Вот тебе номер телефона, практически твой персональный медицинский консультант, и ты сможешь решить все проблемы: записаться на лечение, выбрать поликлинику. Мы поможем, расскажем, как правильно оформить необходимые документы, как получить медуслугу», – рассказывает Олег Меркулов. Компания за три месяца продала 6 тыс. полисов. Среди клиник, в которых могут обслуживаться купившие полис ВТБ, – «Доктор рядом» и частная клиника «АВС-Медицина».

Источник: [Коммерсантъ Деньги](#) , № 36, 12.09.16

Автор: [Николаева Д.](#)