Н. Л. Антонова

Система обязательного медицинского страхования: проблема выбора страховщика

Вступивший с 1 января 2011 года новый Закон РФ «Об обязательном медицинском страховании в РФ», закрепил право пациента выбора страховщика в системе обязательного медицинского страхования (ОМС). Однако в реальной практике отсутствуют действенные механизмы его осуществления и акторы не реализуют предоставленную государством возможность при получении медицинской помощи.

К числу причин подобной ситуации отнесем, во-первых, отсутствие доступной информации и, возможно, нежелание пациента искать ее; во-вторых, патерналистские ориентации в сфере собственного здоровья, перекладывание заботы о нем на систему здравоохранения; в-третьих, снятие ответственности за выбор страховщика и его делегирование страхователю.

Решение вопроса о выборе следует начать с информационного насыщения пациентов о страховщиках, включенных в ОМС и работающих на конкретной территории. Индивиды и группы выбирают лучшую альтернативу среди тех, о которых имеется информация, но информация о ключевых характеристиках деятельности страховых медицинских организаций на сегодняшний день для пациента недоступна. Ни страховые медицинские организации, ни фонды ОМС не включают в спектр своей работы информационное сопровождение пациентов на рынке ОМС. Создание особой информационной среды как условия выбора позволит пациенту стать активным участником системы ОМС, а не пассивным объектом страховых и медицинских манипуляций.

Сегодня, как отмечают и теоретики, и практики системы ОМС, роль страховых медицинских организаций невысока. Страховщикам отводится контролирующая функция в ОМС и этим, по сути, их роль ограничивается. В условиях конкуренции страховщики станут реальными покупателями медицинских услуг. Им придется активнее «шевелиться», предлагая, например, дополнительные к ОМС, страховые пакеты, расширяя набор и объем медицинского обслуживания, что позволило бы повысить заинтересованность пациента при выборе страховщика и стать конкурентным преимуществом организации.

При этом проблема информационной асимметрии будет стоять не так остро, поскольку страховые медицинские организации возьмут на себя роль информированных покупателей. Пациенту важно знать не только, каким образом осуществляется контроль за предоставленные медицинские

услуги, но и как проходит диагностика и лечение по конкретной страховой программе и виду заболевания. Пациент через страховую медицинскую организацию, представляющую его интересы, становится информированным получателем медицинской помощи. Он будет знать, как станет осуществляться медицинское обслуживание, и какие медуслуги должны быть предоставлены.

Вопросы необоснованного назначения медицинских услуг, как в рамкам обязательного медицинского страхования, так и при оплате из личных средств пациента, будут решаться страховщиками при активном участии пациента. Взаимодействие с медицинскими учреждениями будет строиться на иных основаниях, включающих не только контроль и оплату медицинских услуг, но и согласованные программы медицинского обслуживания.

Регламентация выбора страховщика, закрепленная в законодательстве, к сожалению, на практике остается лишь декларируемым условием функционирования ОМС в условиях неолиберального вектора социальной политики государства. Информационная база, включающая показатели деятельности страховщиков, на основе которой возможно принятие решения пациентом, не создана, а сами пациенты слабо информированы о возможности подобного выбора.