

*Об изменениях в системе предоставления обязательной медицинской помощи, важности информирования пациентов об их правах и растущей роли страховых организаций, работающих в сфере ОМС, в интервью РИА «Новости» рассказала председатель Фонда обязательного медицинского страхования Наталья Стадченко.*

– Что изменилось в организации деятельности системы ОМС в 2015 году и какие изменения еще планируются?

– В соответствии с федеральным законом №326-ФЗ об обязательном медицинском страховании в РФ базовая ОМС является составной частью программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой правительством РФ.

С 2015 года перечень видов высокотехнологичной медицинской помощи, включенных в базовую программу ОМС, стал отдельным приложением к Программе госгарантий бесплатной медпомощи. Финансовое обеспечение этого вида медицинской помощи осуществляется за счет субвенций из бюджета ФОМС бюджетам территориальных фондов ОМС.

В 2016 году получившие наибольшее распространение высокотехнологичные методы лечения, их 54, будут перенесены в раздел I указанного Перечня, который включает виды ВМП, финансируемые в рамках базовой программы ОМС. То есть, они станут базовыми, «обыденными», широко распространенными.

Кроме того, в 2016 году будет продолжен переход от валовых показателей объема медицинской помощи к показателям, характеризующим законченные случаи лечения пациентов. Так, в качестве норматива объема медицинской помощи, оказываемой в условиях дневного стационара, вместо 1 пациенто-дня планируется ввести 1 случай лечения в дневном стационаре.

– Насколько различаются территориальные программы ОМС, по каким принципам они формируются регионами?

– В соответствии с федеральным законом территориальные программы ОМС могут включать перечень страховых случаев, видов и условий оказания медпомощи, дополнительных к установленным базовой программой ОМС. Конечно, при условии выполнения требований базовой программы.

В случае принятия такого дополнительного перечня территориальная программа ОМС должна включать в себя также значения нормативов объемов предоставления медпомощи в расчете на одно застрахованное лицо, нормативов финансовых затрат на единицу объема предоставления медпомощи в расчете на одно застрахованное лицо, значение норматива финансового обеспечения в расчете на одно застрахованное лицо, способы оплаты медицинской помощи, оказываемой по ОМС застрахованным лицам, структуру тарифа на оплату медицинской помощи, реестр медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС и условия оказания медпомощи в этих организациях.

Норматив финансового обеспечения территориальной программы ОМС может превышать базовый, «федеральный», который устанавливается правительством. Понятно, что регионы находятся в разных экономических условиях. И еще несколько лет назад финансовые нормативы на объем медицинской помощи по субъектам различались кратно. Теперь же, благодаря, в том числе, и централизации механизма распределения финансовых средств системы ОМС между регионами, очевидна тенденция сглаживания разницы и в объемных, и в финансовых показателях территориальных программ государственных гарантий.

– Где гражданин может ознакомиться с исчерпывающим перечнем медицинских услуг, положенных ему по полису ОМС?

– Определение базовой программы ОМС и ее содержание прописано в статье 35 Федерального закона №326-ФЗ. Это все виды медпомощи (включая перечень видов ВМП), перечень страховых случаев, при которых бесплатно оказывается медицинская помощь застрахованному лицу за счет средств ОМС.

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, вся скорая

медицинская помощь за исключением санитарно-авиационной эвакуации.

В базовую программу ОМС входит специализированная медицинская помощь, в том числе высокотехнологичная, а также медицинская помощь при различных заболеваниях и состояниях, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита, психических расстройств и расстройств поведения. Эти заболевания финансируются за счет федерального бюджета и бюджетов субъектов РФ.

Обязательные требования к предоставлению гражданам достоверной информации о своих правах содержатся в двух законах: «Об основах охраны здоровья граждан» и «Об обязательном медицинском страховании в РФ». В первом законодательном акте статья 79 обязывает медицинские организации предоставлять информацию об объеме и условиях оказания бесплатной медицинской помощи. Закон об ОМС устанавливает требования о доведении такой информации до граждан как страховыми организациями (ст. 14), так и медицинскими (ст. 20).

Чтобы ознакомиться с перечнем медицинских услуг в рамках программы ОМС, следует обращаться в страховую медицинскую организацию, в которой застрахован гражданин, или в территориальный фонд ОМС. В обоих случаях вы будете иметь дело с участниками системы ОМС, не заинтересованными в сокрытии указанной информации.

Что же касается медицинских организаций, то в конце 2013 года в Кодекс об административных правонарушениях введена отдельная статья (6.30) об ответственности за невыполнение обязанностей об информировании граждан об их правах на бесплатную медицинскую помощь. Невыполнение медицинской организацией обязанности об информировании граждан о возможности получения бесплатной медпомощи грозит ей штрафом в размере от 10 до 30 тысяч рублей.

В 2014 году по этой статье возбуждалось 188 административных делопроизводств. Сумма штрафов составила 1,737 миллиона рублей. А за первую половину этого года таких дел уже 244. Сумма штрафов – 2,236 миллиона рублей. Так что статья эта работает.

– Куда лучше обратиться пациенту, которому отказали в медицинской услуге?

– Законом определено, что обеспечение прав граждан в сфере обязательного медицинского страхования осуществляет территориальный фонд ОМС, а защита прав и законных интересов застрахованных лиц является обязанностью страховых медицинских организаций.

При отказе в оказании медицинской услуги застрахованному лицу достаточно обратиться с жалобой в страховую медицинскую организацию или в территориальный фонд обязательного медицинского страхования.

– Что необходимо сделать, чтобы страховщики в ОМС на самом деле стали защитниками застрахованных граждан?

Защита прав застрахованных граждан – одна из основных функций страховой медицинской организации. Внедрение принципов «пациентоориентирования» и персонифицированного сопровождения каждого застрахованного сейчас прорабатывается нами в рамках внесения изменений в законодательство об ОМС.

В частности, в 2013 году в Правила обязательного медицинского страхования был включен новый раздел XV «Порядок информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи», практически полностью посвященный формату, содержанию, порядку сбора, обработки и предоставления страховыми организациями информации об оказании медицинской помощи застрахованным гражданам.

Раздел также подробно прописывает действия страховщика при оказании застрахованному медицинской помощи за пределами территории субъекта РФ, в котором он проживает, что и как должно быть сделано при госпитализации застрахованного лица с учетом его выбора медицинской организации, оказывающей специализированную медицинскую помощь. Согласно пункту 209 Правил, страховая медицинская организация должна обеспечивать мониторинг сопровождения застрахованных лиц, получивших направление на госпитализацию, и контролировать своевременность госпитализации.

Мы все должны учиться видеть «страховое звено» в системе получения бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством. Человек, застрахованный по добровольному медицинскому страхованию, знает и телефон своего куратора, и адрес, по которому может его увидеть. Владелец же полиса ОМС не всегда знает даже наименование своей страховой компании. А гражданин должен знать свою страховую медицинскую организацию и чувствовать постоянную поддержку с ее стороны.

Нормативная база для успешного встраивания страховщиков как защитников интересов своих застрахованных граждан уже есть. Но практика использования своих возможностей и исполнения своих обязанностей и у граждан, и у страховых медицинских компаний нарабатывается медленно, тяжело. У нас нет другого исторического опыта, кроме взаимоотношений двух субъектов в сфере охраны здоровья: пациента и врача. И поэтому вместо положительной оценки использования всех плюсов прогрессивной страховой модели, когда любая проблема пациента должна становиться не его проблемой, а проблемой страховщика, мы сейчас даже от некоторых уважаемых экспертов слышим не имеющие под собой никаких объективных оснований тезисы о «лишнем звене» в здравоохранении.

Источник: [РИА «Новости»](#), 24.11.15