

Как заявила 11 декабря глава Минздрава Вероника Скворцова, со следующего года ведомство планирует жестче контролировать в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) действия страховых организаций. Для этого Минздрав предлагает ввести институт страховых поверенных, установить административную ответственность при нарушении порядка оказания медпомощи и увеличить требования к уставному капиталу страховщиков.

Минздрав с 2016 года планирует изменить функции страховых медицинских компаний и ввести в РФ систему страховых поверенных, которые будут лично отслеживать процесс лечения каждого застрахованного гражданина. С таким заявлением в пятницу выступила глава Минздрава Вероника Скворцова на всероссийском совещании с заместителями губернаторов, курирующими социальную сферу. «Фактически мы формируем отдельную структуру между пациентом и системой здравоохранения», – сообщила она. Министр пояснила, что ведомство планирует прописать обязательность медицинского сопровождения каждого человека конкретным страховым поверенным, к которому пациент точно так же прикреплен, как и к врачу. По ее словам, «менеджер здоровья», как планируется, будет оказывать гражданам помощь в выборе врача и медицинского учреждения. Кроме того, он будет отвечать за исполнение и планирование медицинских профилактических мероприятий, включая диспансеризацию, и за регистрацию всех профилактических событий, которые происходят с пациентом. «Он должен знать, к какой группе здоровья относится его застрахованный и участвует ли он в программах диспансерного наблюдения. Одной из задач страхового поверенного будет через SMS и другие напоминания увеличивать приверженность больных лечению», – добавила госпожа Скворцова. По ее словам, 2016 год будет переходным, когда Минздрав подготовит около 3,5 тыс. специалистов по этому направлению. Также, отметила министр, Минздрав внес в правительство предложение ввести административное наказание в КоАП за нарушение порядка оказания медпомощи. Проверки Минздрава показали, что медпомощь в регионах зачастую оказывается так, как это было полвека назад, без использования достижений медицины последних десятилетий.

Усиление контроля за деятельностью как страховых, так и медицинских организаций в системе ОМС обусловлено недавним подведением итогов: как ранее заявила вице-премьер Ольга Голодец, правительство фиксирует большое число случаев оказания неэффективной медицинской помощи, по результатам которой не принято никаких мер. По словам вице-преьера, по итогам анализа работы организаций федеральным фондом ОМС оказалось, что страховые компании работают абсолютно формально, причем у некоторых страховщиков коэффициент смертности среди застрахованных «почти в два раза выше, чем в среднем по России». Верным шагом вице-премьер считает закрыть доступ к страховому рынку недобросовестным

страховщикам. Минздрав уже подготовил законопроект, предполагающий увеличение минимального объема уставного капитала страховой организации для работы в системе ОМС с 60 млн до 120 млн руб. Число страховщиков на рынке ОМС в таком случае сократится примерно в два раза, сообщала ранее глава Минздрава.

«Ъ» уже писал о том, что, по данным Высшей школы экономики, введение в России страховой модели медицинской помощи обернулось копированием ее формальных признаков – тех полномочий в системе ОМС, которые получили страховщики в результате реформы, оказалось недостаточно, чтобы контролировать объем и качество оказываемой пациентам помощи. Напомним, роль страховых медицинских организаций (СМО) в системе существенно изменилась после 2011 года – россияне получили право выбирать страховщика самостоятельно, возможности участия СМО в планировании объемов медицинской помощи значительно расширились, появились и механизмы стимулирования СМО к эффективному выполнению их функций.

Источник: [Коммерсантъ](#) , № 230, 14.12.15

Автор: Мануйлова А.