

Роль страховых компаний в системе обязательного медицинского страхования (ОМС) вызывает у специалистов массу вопросов, одна из главных претензий к ним – недостаточная эффективность работы. Чего ждут от этих организаций медики и пациенты? Как с их помощью можно повысить качество медпомощи в России? Эти вопросы эксперты обсудили в ходе круглого стола в Совете Федерации.

Вопросы пока без ответов

Несмотря на то что институт медицинского страхования в нашей стране формируется на протяжении последних 25 лет, представители страховых компаний, врачи и пациенты по-прежнему не до конца понимают права и обязанности друг друга. «Наша больница работает с 20 страховыми организациями. Так по сравнению с 2013 годом количество проверок с их стороны увеличилось в пять раз», – сказал главный врач ФГБУ «Республиканская детская клиническая больница» Минздрава России Николай Ваганов. Есть ли для пациентов польза от такой бдительности? По мнению многих специалистов, это остается большим вопросом. «Какая главная цель подобных изменений? – поинтересовался Николай Ваганов. – Увеличить количество штрафов, просто увеличить количество проверок или улучшить качество медпомощи? Очевидно, что главная цель здесь все же – повысить качество медпомощи. Но сможем ли мы этого добиться таким образом?» Дело в том, что, по данным медиков, среди главных причин для выставления штрафов являются такие нарушения, как неразборчивый почерк врача, отсутствие расшифровки его подписи, исправления в документах. «А вот за рубежом в ходе подобных проверок больше внимания уделяют дефектам в оказании медпомощи», – указал Николай Ваганов.

Сами страховщики при этом оперируют другими данными. По словам президента Межрегионального союза медицинских страховщиков Дмитрия Кузнецова, за 2015 год страховые компании рассмотрели около 25 миллионов обращений граждан. Среди главных нарушений больниц и поликлиник – взимание денежных средств за услуги, входящие в программу госгарантий, навязывание платных услуг, утаивание информации о том, что именно пациентам положено бесплатно, а что за деньги.

Работа страховщиков должна быть понятной

Навести порядок в системе представители органов власти пытаются, поставив во главу угла не больницы или страховые компании, а пациента.

«Наиболее острыми вопросами сегодня являются вопросы усиления контроля за деятельностью страховых медорганизаций, пересмотр источников формирования их собственных средств, введение ответственности за финансовые риски. А также учреждение персонального сопровождения застрахованных по ОМС», – заявила заместитель председателя Комитета Совета Федерации по социальной политике Людмила Козлова.

Напомним, Владимир Путин в ежегодных Посланиях Федеральному Собранию не раз ставил задачи по переходу к страховым принципам, призывал добиться того, чтобы «работа здравоохранения по страховым принципам была понятна и гражданам, и самим медицинским работникам», указывал на необходимость формирования централизованной системы госконтроля за качеством работы медорганизаций с соответствующими полномочиями и рычагами. Кроме того, глава государства говорил о прямой обязанности страховых компаний, работающих в системе ОМС, отстаивать права пациентов, в том числе при необоснованных отказах в оказании бесплатной медицинской помощи и о необходимости введения ответственности страховых компаний «вплоть до запрета работать в системе обязательного медицинского страхования».

Воплощение этих пожеланий в жизнь уже активно ведется. Так, помощник министра здравоохранения Виталий Флек признал: среди приоритетов Минздрава – повышение информированности граждан об объемах бесплатной медпомощи, которая им положена, донесение информации об их правах при общении с медиками. «Есть регионы, и их уже немало, где представители страховых организаций работают в составе конкретного лечебного учреждения и решают проблемы граждан на месте», – подчеркнул эксперт.

Полным ходом идет и подготовка к внедрению нового для отечественного здравоохранения института – страховых поверенных. По словам главы Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) Натальи Стадченко, недавно начался новый цикл обучения этих специалистов. Причем осваивают «профессию будущего» потенциальные поверенные не где-то, а в Первом Московском государственном медицинском университете им. Сеченова. «Это подразумевает, что все вопросы к качеству их подготовки будут сняты», – подчеркнула она. Страховые медицинские компании за счет собственных средств проводят обучение специалистов различного функционального профиля: от оператора контакт-центра до высококвалифицированного врача-эксперта.

Важными эксперты считают принятые в конце прошлого года поправки в законодательство, предусматривающие увеличение минимального уставного капитала медицинских страховщиков с 60 миллионов рублей до 120 миллионов – это позволило убрать с рынка недобросовестных игроков. Следующим шагом, по мнению законодателей, могло бы стать внедрение новых принципов оценки их работы. В частности, в них сенаторы предложили включить такие критерии, как своевременность выдачи застрахованным полисов ОМС; оперативность, объективность и полнота рассмотрения жалоб и обращений пациентов; результативность досудебной и судебной претензионной работы деятельности страховщика; объем экспертиз качества медицинской помощи.

Источник: [Парламентская газета](#) , 20.06.16

Автор: Шульга О.