

Москвичи с сентября 2015 года получили возможность узнавать в личном кабинете на сайте Фонда ОМС об оказанных им медуслугах. После этого пользователи стали массово жаловаться на приписки в медучреждениях: они сообщали, что не получили часть услуг, которые врачи внесли в Единую медицинскую информационно-аналитическую систему. Глава Московского городского фонда обязательного медицинского страхования Владимир Зеленский рассказал корреспонденту «Ъ» Валерии Мишиной о результатах проверок в медучреждениях и страховых компаниях, напомнил об обязанностях самих застрахованных и объяснил, какую пользу пациенты могут извлечь из взаимодействия со страховыми компаниями.

– По данным на март 2016 года, пользователи кабинетов пожаловались на 43,5 тыс. приписок в медучреждениях. Ожидаема ли была ситуация с волной жалоб?

– Скорее приятной неожиданностью стала активность москвичей, нежели количество сообщений о неоказанных медицинских услугах. История личных кабинетов началась с 2014 года, после поручения президента РФ о необходимости информировать застрахованных об объеме и стоимости оказанных услуг. Федеральный фонд ОМС проводил с Минздравом РФ пилотные проекты в регионах, где выбирались модели информирования. Вариант с личными кабинетами с доступом через портал госуслуг мы посчитали оптимальным с учетом глубокого проникновения интернета в Москве.

– Какой процент московских пациентов зарегистрировался в кабинетах? И сколько из них сообщили о приписках?

– Общее число застрахованных трудоспособного и старшего трудоспособного возраста в Москве чуть более 10 млн человек. Сейчас у нас почти 42 тыс. пользователей кабинета застрахованного. Из них примерно 10 тыс. человек пожаловались на 43,5 тыс. услуг. При этом почти 133 тыс. человек попробовали войти в кабинет, но не смогли этого сделать, так как не обладали учетной записью на госуслугах.

– Тем не менее 41 тыс. пользователей кабинетов – это гораздо меньше общего количества застрахованных. Получается, что жалоб на приписки может быть больше...

– От пользователей кабинетов мы получаем около 100 сообщений в день о неоказанных услугах. Помимо этого страховые компании ежемесячно проводят проверки всей медицинской документации. В 2015 году выявили около 900 тыс. нарушений, которые связаны с отсутствием медицинской документации или с отсутствием записей в документации. Но в конечном итоге никто, кроме пациента, не может сказать, была ли услуга оказана. Ошибки ведения документации обошлись медучреждениям в 2015 году в сумму около 800 млн руб.

– Осенью 2015 года вы провели внеплановую проверку страховых компаний «в связи с обращениями застрахованных». Каковы ее результаты?

– Раз в год мы проводим плановую проверку в каждой страховой компании, их на территории Москвы работает 11. За прошлый год мы получили большое количество жалоб (более 100) на то, что страховые компании не отвечают гражданам либо отвечают с нарушением сроков. Круг вопросов в обращениях был самый разный: начиная от того, как поменять полис, и заканчивая жалобами на качество. По итогам проверки восемь страховых компаний были оштрафованы на общую сумму 25,8 млн руб.

– Каких новаций стоит ожидать от фонда в этом году?

– Мне бы хотелось, чтобы Фонд ОМС начал ассоциироваться не с функцией карательной, которую он приобретает в последнее время в связи с проверками медорганизаций, а с функцией сопровождения пациента. Например, у страховых компаний есть право проведения очной экспертизы качества медпомощи. Когда человек находится в стационаре, он может пожаловаться, после чего эксперт страховой компании может приехать и на месте оказать содействие. Пока эта функция не очень распространена. И мы намерены приучать наших застрахованных и страховые компании к взаимодействию в реальном времени. У всех компаний есть круглосуточные горячие линии, и пациенты должны знать их телефоны. Прежде чем открыть свой кошелек или уйти, не получив необходимой помощи, сделайте звонок в свою страховую компанию.

Источник: [Коммерсантъ](#) , № 52, 29.03.16

Автор: Мишина В.