



**Международная академия методологии
государственного управления**

МОО

**Всероссийское общественное движение
«За социализм»**

МОО

СИСТЕМА ОМС В РОССИИ: ПРОВАЛ – ДОРОГО И НЕЭФФЕКТИВНО

Аналитико-прогностический подход

Вып.11.

Том 559(601).

Москва – 2020

**Научное,
энциклопедическое
многотомное издание**

«Человек и общество»

(1991 -2020)

**Основатель, научный редактор
Комарова А.И.**

Для государственных и негосударственных органов, общественных организаций и объединений, государственных деятелей, политиков, ученых, специалистов-практиков, преподавателей высших и иных образовательных учреждений, аспирантов, студентов ..., а также широкого круга читателей, интересующихся вопросами утверждения правового государства, созидания истинно человеческого общества - общества социальной справедливости в России, Украине и в Мире

СИСТЕМА ОМС В РОССИИ: ПРОВАЛ - ДОРОГО И НЕЭФФЕКТИВНО / «Всероссийское общественное движение «За социализм». Вып. 11. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 559(601). М., 2020.

©Международная академия методологии государственного управления, 2020.

© Международное общественное движение «За социализм», 2020.

Настоящий Том 559 (601) – это очередной выпуск 601- томного Издания, который продолжает ДИАЛОГ – ОБРАЩЕНИЕ к социуму Планеты, государствам и народам - нашим современникам и будущим поколениям - созидателям ИСТИННО ЧЕЛОВЕЧНОГО ОБЩЕСТВА – ОБЩЕСТВА СОЦИАЛЬНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТИ.

Основной из принципов нашей активности:

«Прогрессивные идеи должны работать – звучать, как колокола, тиражироваться – пока не станут инициировать действия государственно-управленческого, политического, научного ... АВАНГАРДА общества, миллионов народных масс».

А.Комарова

Комарова Алина Ивановна – ректор Международной академии методологии государственного управления (МОО), Председатель Международного антикоррупционного комитета (МОО), член Центрального Совета РУСО, руководитель Международного общественного движения «Созидание общества социальной справедливости», академик Ноосферной общественной академии наук, доктор философских наук, профессор, юрист



Том 559(601) –

**одиннадцатый выпуск новой рубрики нашего Интернет-Издания:
«Всероссийское общественное движение «За социализм».**

<http://viperson.ru/articles/manifest-vserossiyskogo-obschestvennogo-dvizheniya-za-sotsializm-m-2020> / МАНИФЕСТ Всероссийского общественного движения «За социализм». М., 2020.

* * *

СИСТЕМА ОМС В РОССИИ: ПРОВАЛ - ДОРОГО И НЕЭФФЕКТИВНО / «Всероссийское общественное движение «За социализм». Вып. 11. / Гл. ред. Комарова А.И. Том 559(601). М., 2020.

* * *

Дорого и неэффективно. Аудиторы признали провал системы ОМС в России

Мельников Михаил



Счетная палата России проверила систему обязательного медицинского страхования. Перевести выводы аудиторов на человеческий язык можно просто: система хреновая. Неэффективная, монополизированная, коррумпированная и очень дорого обходящаяся российскому здравоохранению.

Система ОМС изначально была задумана как средство минимизировать бюджетные расходы на здравоохранение без снижения при этом качества медицинских услуг. Средства, собранные с граждан в виде отчислений с зарплат, поступают в медицину напрямую, без бюджетного посредничества - отсюда и экономия. Правда, только для казны. Что касается участников этой самой системы, тут далеко не всем повезло одинаково.

Здравствуйтесь, я ваш страх!

Посредничество между пациентом и врачом, на самом деле, никуда не делось: просто теперь его осуществляют страховые компании, в котел которых стекаются все деньги, собранные по программе. Потом они выдают их поликлиникам и больницам - по факту лечения. Ну, или не выдают, если что-то в этом лечении не понравится... думаете, пациенту? Нет-нет, проверяющим. По данным аудита, недовольные "больные" успели пожаловаться на врачей или медучреждения всего каких-то 20 тысяч раз. А страховщики за то же время зафиксировали 3 млн (!) нарушений.

На фоне этого бестолкового инспекционного террора здравоохранение в России продолжает разваливаться. И во многом как раз потому, что врачи работают под постоянным давлением. Их штрафуют за плохой почерк, за орфографические ошибки, за мелкие помарки на бланках. Эти «страшные и трагические» ошибки обошлись клиникам в 30 млрд руб. за 2015 год, констатируют в Счетной палате.

КСТАТИ: Еще в начале сентября 2015 года министр здравоохранения [Вероника Скворцова](#) сообщила, что в системе ОМС с начала года найдено 1,5 млн злоупотреблений на общую сумму 60 млрд руб. Это 6147 злоупотреблений в день. Граждане контролеры работали не покладая рук. Если бы у нас с такой энергией наказывали не врачей, а чиновников, Россия была бы процветающей страной с нулевым казнокрадством и самыми эффективными в мире государственными органами.

Что же служит причиной подобного рвения тружеников медстраха? Деньги, большие деньги. Общий объем страховых премий в мире превышает 4,6 трлн долларов в год, это почти в десять раз больше оборота глобального рынка наркотиков и в два с половиной раза больше ВВП России.

Под крылом Центробанка

Плохой почерк медиков – это, конечно, головная боль для пациентов и провизоров, но в конце второго десятилетия XXI века писать все от руки, мягко говоря, странно. У России нет денег на техническое перевооружение медицины, состояние больниц – ужасное, зарплаты – копеечные. А ведь в системе Минздрава все еще не так уж и плохо: врачи, работающие по линии Минобразования (в интернатах, например), получают еще меньше, их положение [иначе как нищенским не назвать](#).

Зато в страховых компаниях все хорошо.

Что надо сделать, чтоб было наоборот? В первую очередь – уничтожить обязательное страховое здравоохранение в его нынешней форме контроля частных лавочек над государственными больницами. ДМС – ради бога, сколько угодно, но ОМС должна быть ликвидирована. Когда из 56 компаний на рынке 37 не могут работать без внешних источников финансирования, а у 18 «наблюдаются признаки финансовой неустойчивости» – это даже не кризис, это то, о чем вы подумали.

Фактически страховые компании в сфере медицины стали насосами для прокачки денег из фондов в клиники и обратно – за долю в размере 15–25% от наложенных ими же штрафов, а также в размере минимум 2% от общего объема финансирования медицины в стране.

Причем контролирует эту систему Центробанк, который в своем современном виде к здоровью нации относится примерно так же, как паук к мухе.

Налоги решают всё

Система ОМС пополняется через выплаты предприятий и работающих на них граждан в территориальные фонды. Эти налоги, аккуратно именуемые взносами, в 2016 году составляют 5,1% со всех «белых» зарплат в России независимо от их размера. К сожалению, этих «белых» зарплат у нас – не более половины. А значит, и медицина могла бы финансироваться вдвое лучше. Для этого достаточно перенести бремя уплаты налогов и взносов с предприятий на самих граждан: ведь в этом случае бизнес потеряет всякий интерес к уводу зарплат в тень.

Против этой реформы выступают сами налоговики, которым не хочется возиться с сотней миллионов налогоплательщиков, гораздо проще кошмарить те предприятия, которые не смогли спрятаться.

Медицину в России губит как раз тот факт, что российская система налогов и взносов придумана ворами и для воров. Весь ее смысл – вывод средств из госбюджета в пользу «неустановленных лиц».

Почему в мире принято брать основные налоги с граждан, а не с предприятий? Да потому что физическое лицо – вот оно, никуда не денется, а если и денется, то обратно не вернется и сколько-нибудь значимое имущество с собой не захватит. А предприятие – вещь абстрактная, зачастую это просто пара листков бумаги с подписью чиновника с Каймановых островов. Нет, реальное производство, для которого требуются помещение, цеха, коммунальные услуги – оно в проигрыше, его обирают по полной программе. Зато шарашкины конторы всегда в шоколаде.

Соответственно, правильно отобранные граждане богатеют, выплачивая лишь смешной НДФЛ, а остальные вопросы переадресовывая на Каймановы острова или в иной удобный офшор. До фондов ОМС им дела нет; сами законодатели предпочитают лечиться не в России.

* * *

Резюмируем. Система ОМС, через которую сейчас финансируется «бесплатное» лечение, – паразит на теле здравоохранения. Но без денег российскую медицину не поднять. И деньги эти могут быть только налоговыми (слово «взнос» сути не меняет), через посредников не проходящими. Чтобы собирать налоги на медицину, мы должны вывести зарплаты из тени. Для этого – лишить смысла укрытие реального зарплатного фонда от государства. Для этого – перенести обязанность платить налоги и взносы с предприятий на граждан.

Кстати, самостоятельно перечисляя налоги государству, население будет куда активнее интересоваться дальнейшей судьбой своих денег. Именно этого, вероятно, и боятся.

<https://www.eg.ru/economics/60055/>.

Беспомощность и ненависть к системе ОМС

Страховые компании, работающие в системе ОМС (обязательное медицинское страхование), что это такое? Это паразиты-прослойки сидящие между минздравом и реальной медициной. Куча, причем здоровенная, всяких отщепенцев, главная цель которых - хапнуть как можно больше денег из медицины любым возможным способом. Каким образом это делается? С наших налогов часть денег идет на систему ОМС, деньги очень большие. Но ведь люди болеют, и за лечение по системе ОМС страховым вампирам нужно платить. А платить так неохота! В былые времена эти упыри просто запрашивали огромные количества карт на проверку и штрафовали за орфографические или пунктуационные ошибки, не говоря уже про реально найденные недостатки. Не могу спорить, что реальные косяки есть и их много. Врачебные ошибки есть, халатность есть, неопытность есть. Штрафы при этом во много раз больше, самой стоимости лечения.

Теперь взглянем за что штрафуют врачей сильнее всего. Максимальная сумма штрафа 17 тысяч рублей за каждый случай несвоевременного предоставления карты на проверку, и за дробление случая. Что такое дробление случая? Если врач ставит вам один и тот же диагноз 2 раза в течение 30 дней, то это незавершенное лечение или дробление случая. 17 тысяч. О том, что существуют неизлечимые хронические заболевания типа сахарного диабета, ИБС, артериальной гипертензии, того же хронического остеомиелита, облитерирующего атеросклероза нижних конечностей и сотен других болезней, которые могут обостряться, могут просто не давать человеку нормально жить, страховые подонки конечно же не знают.

Что в итоге? У вас поднялось давление до 180 второй раз за месяц? Сахара прыгнули до 20? Судороги в ногах по ночам появились и пальцы синеют? Идете в поликлинику и врач встает перед выбором — 17 тысяч штрафа (плохо), отказ в приеме (невозможно), ставить

фиктивный диагноз (уголовное преступление). В это время где-то время очередной менеджер где-нить в СОГАЗе или ИНГОССТРАХе потирает свои потные ладошки.

И вот у нас пришел большой песец. Это было ясно уже по весне, поэтому "Постановлением Правительства РФ от 13.06.2020 № 862 внесены изменения в документы, установившие особенности осуществления государственного контроля (надзора), муниципального контроля в 2020 году." Согласно им «в 2020 году плановые проверки при осуществлении государственного контроля качества и безопасности медицинской деятельности не проводятся».

Еще больший песец идет сейчас, когда в моем городе почти во всех поликлиниках 75% врачей лежат на больничном, многие в тяжелом состоянии. Некоторые поликлиники полностью закрыты, потому что вообще все врачи болеют.

И что в это время делают страховые ублюдки? Зарабатывают денюжки, безостановочно сыпя запросами карт на проверки, которые явно не смогут предоставить, поскольку предоставлять некому. Врачи на износе, нервном и физическом, очереди по 50 человек, а с нас еще каждый день требуют карты, и штрафуют.

...

https://pikabu.ru/story/bespomoshchnost_i_nenavist_k_sisteme_oms_7822026.

ФФОМС России предупреждает о новом виде мошенничества с полисами ОМС

Сотрудники одного из территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) обнаружили в социальных сетях новую разновидность мошенничества. Об этом сообщается на официальном сайте ФФОМС России.

Так, интернет-пользователям рассылают письма с предложением проверить свой полис ОМС и получить "компенсацию" за неиспользованные медицинские услуги. В письме содержится ссылка на сайт, где можно заполнить форму и узнать размер полагающейся выплаты. Для получения

последней гражданам предлагается ввести свои персональные данные, после чего на экране появится сумма "компенсации", которая иногда превышает 400 тыс. руб.

Однако для получения "компенсации" требуется оплатить организационные расходы, а также заполнить соответствующие поля формы, указав в них данные банковской карты застрахованного лица (такая уловка использована под предлогом зачисления "компенсации").

Таким образом, мошенники получают от пользователей всю необходимую информацию (паспортные данные и данные банковской карты), которая впоследствии может быть использована ими в мошеннических действиях, в т.ч. для снятия с карты денежных средств.

Напомним, Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" предусматривает обеспечение за счет средств ОМС гарантий бесплатного оказания застрахованному лицу медицинской помощи при наступлении страхового случая в рамках территориальной программы ОМС и базовой программы ОМС. Однако никаких оговорок о возможности возмещения денежных средств за неиспользованное право оказания бесплатной медпомощи или израсходование меньших средств за медицинские услуги закон не содержит.

ФФОМС России призывает граждан быть бдительными и не поддаваться на ухищрения преступников. В случае возникновения у застрахованных лиц вопросов, касающихся ОМС, рекомендуется звонить по телефонам горячих линий и контакт-центров, указанным на сайтах ФФОМС России, его территориальных подразделений и страховых медицинских организаций.

Напомним, ранее о подобной схеме мошенничества уже сообщала ФНС России. В частности, речь шла о появлении в Интернете сайта-клона налоговой службы, на котором предлагается получить "налоговую компенсацию" в размере 0,91% от подоходного налога.

<http://ugmk-medicina.ru/news/vnimanie!-moshenniki!.html>

Нарушение права на получение медицинской помощи

Еще одним из массовых нарушений прав граждан, не имеющих возможность оформить регистрацию по месту своего проживания, является незаконный отказ им и их детям в предоставлении медицинской помощи. Мы не рассматриваем здесь вопрос отсутствия самого полиса ОМС, поскольку с его получением проблем обычно не возникает. Также не рассматриваем



вопрос желания "прикрепиться" к поликлинике не по месту фактического проживания, поскольку в этом случае действительно возникает реальная проблема – как к вам в случае необходимости доберется участковый врач при вызове на дом? А вот если вы действительно проживаете на территории этой поликлиники, пусть даже и без регистрации, то вас обязаны к ней прикрепить и оказывать медицинскую помощь.

Следует отметить, что возникновение проблем с оказанием медицинской помощи зависит, в основном, от позиции главного врача медицинского учреждения и связано, как правило, с нежеланием проходить более сложную процедуру с получением оплаты за медицинскую помощь со страховой компании, расположенной в другом регионе. В действительности, никаких проблем с оплатой по полисам обязательного медицинского страхования, выданным в других регионах, не существует и люди страдают из-за банальной лени медицинских работников, привыкших работать со "своей" страховой компанией.

Поэтому можно пойти разными путями: либо обратиться в другое медицинское учреждение в надежде на то, что там окажется более вменяемый персонал, либо идти на обострение конфликта, спорить с заведующим или главным врачом и добиваться оказания медицинской помощи в выбранном учреждении. Иногда помогает звонок в департамент здравоохранения города или области с жалобой на отказ в оказании медицинской помощи.

Следует учитывать, что в соответствии с ч. 1 ст. 16 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", застрахованные лица имеют право на бесплатное оказание им медицинской помощи медицинскими организациями при наступлении страхового случая:

- **на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования;**

- на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, в объеме, установленном территориальной программой обязательного медицинского страхования.

Кроме того, в соответствии с п.п. 4-5 ст. 16 того же закона, застрахованные лица имеют право на выбор медицинской организации и врача (так называемое "прикрепление" к поликлинике), а в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 20 того же закона, медицинские организации **обязаны бесплатно** оказывать застрахованным лицам медицинскую помощь в рамках программ обязательного медицинского страхования.

ИЗ ДОКУМЕНТА

"Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, возраста, национальности, языка, наличия заболеваний, состояний, происхождения, имущественного и должностного положения, **места жительства**, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям и от других обстоятельств".

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

ИЗ ДОКУМЕНТА

"Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств"

соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений".

Статья 41 Конституции РФ

В рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, которую имеют право использовать граждане на всей территории России, оказывается первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной) скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;

- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия

внешних причин;

- врожденные аномалии (пороки развития);
- деформации и хромосомные нарушения;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный

период.

Часть 6 ст. 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации"

Таким образом, независимо от того, в каком регионе выдан ваш полис обязательного медицинского страхования, вы имеете право получать все основные базовые виды медицинской помощи в любой точке России.

Документы по теме:

- Конституция Российской Федерации
- Закон РФ от 25 июня 1993 г. № 5242-1 "О праве граждан Российской Федерации на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства в пределах Российской Федерации"
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".
- Постановление Правительства РФ от 17 июля 1995 г. № 713 "Об утверждении Правил регистрации и снятия граждан Российской Федерации с регистрационного учета по месту пребывания и по месту жительства в пределах Российской Федерации и перечня должностных лиц, ответственных за регистрацию".
http://www.garant.ru/actual/registraciya/instrukciya/med_pomosh/APANT.PY:
http://www.garant.ru/actual/registraciya/instrukciya/med_pomosh/#ixzz6ebzGfR9P.

Законопроект о реформе системы ОМС: что может поменяться

Сергей Бобылев/ТАСС

Госдума во втором чтении приняла поправки в закон "Об обязательном медицинском страховании". Минздрав говорит, что ничего революционного в них нет, но эксперты рынка считают, что новые правила сильно повлияют на работу больниц. С критикой законопроекта выступили представители ЦБ и страховщики, а также Счетная палата. Мы попробовали разобраться, что же хотят изменить и как это может отразиться на пациентах.

Как система работает сейчас? ?

Страховые компании являются посредниками в системе оказания медицинской помощи: больница оказывает пациенту услугу, предъявляет счета страховщику, тот — фонду, и происходит оплата.

Одна из основных задач страховой компании — обеспечивать надлежащее качество услуг. Список обязательств определяется договором, который оформляется и выдается вместе с медицинским полисом ОМС, по закону в них входит:

- передача информации о застрахованном в фонд, а также обеспечение сохранности его персональных данных;
- рассмотрение обращений и жалоб, защита прав и законных интересов застрахованных;

- информирование граждан о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи, о праве выбора медорганизации;
- информирование пациента о выявленных нарушениях при оказании ему медицинской помощи, о праве на выбор медицинской организации.

Если допущены нарушения, страховые представители занимаются урегулированием разногласий между пациентом и медорганизацией, поясняют во Всероссийском союзе страховщиков.

"Есть случаи, когда необходим перевод в медицинское учреждение более высокого уровня, корректировка схем лечения, направление на реабилитацию. Для этого в качестве страховых представителей выступают независимые эксперты. Только за первое полугодие 2020 года в страховые компании за помощью обратилось почти 2 млн россиян. И свыше чем в 90% случаев страховые представители добились быстрого восстановления прав заявителей".

Также страховые компании осуществляют контроль за качеством медуслуг. Если в больнице организуют проверку и в ходе независимой экспертизы найдут нарушения, то выпишут штраф.

Ведение дел пациентов сейчас оплачивается в размере 1–2% от суммы средств, поступивших в медорганизацию по дифференцированным подушевым нормативам.

"Страховые компании стабильно получают свой процент. Ежегодно на их содержание уходит 23–25 млрд рублей, — говорит член комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный. — И плюс штрафами они зарабатывают 5–8 млрд рублей — по 25% от суммы, которую выписывают больницам после проведения независимых экспертиз. Доля полученного дохода от федеральных медучреждений незначительна, так как их финансирование — это малая часть от общего фонда ОМС, 5–7%".

О чем законопроект?

?

Документ предусматривает два важных изменения в системе ОМС:

- Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС) предлагается передать полномочия страховщиков в отношении медпомощи, которую оказывают в федеральных медицинских организациях. Фонд будет осуществлять расчеты, контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медуслуг, а также займется предъявлением претензий или иска за причинение вреда здоровью пациента. Нормативы оказания специализированной медпомощи и ее оплаты будет определять правительство, также изменится сам механизм финансирования;
- в два раза планируется сократить выделяемые страховым компаниям средства на ведение дела: с 1–2% до 0,5–1% от суммы, поступившей в медорганизацию по дифференцированным подушевым нормативам. В пояснительной записке сказано, что это позволит высвободить из

бюджета до 6,8 млрд рублей к 2023 году и направить их на реализацию территориальных программ обязательного медицинского страхования.

Какие риски могут быть для пациентов?

?

После принятия поправок может вырасти число случаев ненадлежащего оказания медуслуг, считают в Союзе страховщиков. Контролировать работу больниц должен будет ФФОМС, а он тоже подотчетен Минздраву. То есть фонд финансово не заинтересован находить нарушения в медорганизациях и налагать штрафы, подчеркивают в ВСС.

Некоторые эксперты отмечают, что может снизиться доступность высокотехнологичной медицинской помощи в "домашнем" регионе в связи с новой схемой финансирования, которую предлагает законопроект.

"Деньги идут за пациентов. Например, сейчас дали задание лечить 100 пациентов, выделили средства, их можно перераспределять. А будет, например, так, что за федералами закрепят 80 пациентов, а за регионом — 20. И все, лечите на местах 20 человек, пожалуйста, но больше вы не можете. Что будет делать Магадан или Камчатка, когда им скажут: езжайте лечиться в Москву? — говорит президент СРО "Национальная ассоциация медицинских организаций" Евгений Рабцун. — Люди с тяжелыми заболеваниями вынуждены будут обращаться за помощью в федеральные клиники. Поэтому если в федеральных медучреждениях есть нехватка пациентов или проблемы с финансированием, это надо решать по-другому, не за счет регионов".

Сейчас в случае нарушения прав и за консультацией пациент может позвонить в свою страховую. По данным ВСС, по всей стране работает более 30 кол-центров страховых организаций. Но то же самое могут делать и госструктуры, считают сторонники законопроекта.

"Страховые компании по сути свою страховую функцию не выполняют, — говорит член комитета Госдумы по охране здоровья Алексей Куринный. — Приобретением лекарств за свой счет в стационарах, организацией госпитализаций и диспансеризаций, защитой прав людей они занимаются чисто формально. Например, только информируют, что диспансеризация проходит. Это могут и госструктуры с помощью рассылки бесплатных СМС. Создать систему информирования в разы дешевле, чем платить страховым компаниям".

Что может поменяться для больниц?

?

Страховые организации больше не будут проверять федеральные больницы и заниматься защитой прав пациентов, обратившихся туда за медпомощью. Эти функции перейдут ФФОМС.

"Страховые компании переживают, что финансовые средства, которые идут на финансирование федеральных учреждений, не идут через них. Так они и раньше не шли, — пояснил глава Минздрава Михаил Мурашко. — Они шли через территориальные фонды в рамках межтерриториальных расчетов, и никогда страховые компании участия не принимали".

"При межтерриториальных расчетах возникло много проблем, — говорит Алексей Куринный. — За лечение пациентов из регионов федеральные больницы предъявляют счета в ТФОМС (территориальные фонды обязательного медицинского страхования). Из-за процедуры согласований накопились колоссальные долги. По новым правилам финансирование федералов пойдет отдельной строкой и они уже сами смогут планировать свою финансовую деятельность".

Страховщики же считают, что новая система создает риск того, что региональные больницы могут быть ущемлены в объемах финансирования. Сейчас возможно перераспределение средств между медучреждениями регионального и федерального уровня, а после принятия законопроекта это будет юридически невозможно.

Также, согласно поправкам, необходим реестр экспертов качества медицинской помощи, на создание которого нужно выделять дополнительные бюджетные средства.

<https://tass.ru/obschestvo/9818841>.

* * *