

Минздрав разъяснил идею о реформе обязательного медицинского страхования

Общество, 05 фев, 13:04

10 906

Минздрав разъяснил идею о реформе обязательного медицинского страхования

Минздрав рассказал о том, что проект по повышению роли страховых компаний в системе здравоохранения России ведомство инициировало еще два года назад. Об этом говорится в поступившем в РБК сообщении пресс-службы. Согласно ему, страховщики должны были «из финансовых операторов» превратиться в реальных защитников прав застрахованных пациентов».

Для этих целей Минздравом России, как уточнили в министерстве, была сформирована «система страховых представителей — сотрудников страховых организаций». Их основной задачей, по данным пресс-службы, стало консультирование, а также сопровождение пациентов при получении медицинской помощи и защита их прав.

«К настоящему моменту помощь пациентам оказывают более 8,6 тыс. поверенных. Примером эффективной работы страховых представителей может служить тот факт, что после начала активного индивидуального информирования представителями пациентов о необходимости прохождения диспансеризации, ее объем за год увеличился на 5,6%, а количество обоснованных жалоб снизилось в два раза», — заметили также в ведомстве.

Ранее, 5 февраля, газета «Ведомости» со ссылкой на топ-менеджеров двух страховых компаний, а также федерального чиновника и представителя Центробанка сообщила о том, что Минфин, представители ЦБ и крупных страховщиков обсуждают принятие в России реформы обязательного медицинского страхования (ОМС). В рамках этих изменений, по словам собеседников издания, часть ответственности государства за здоровье граждан, в том числе финансовой, должна будет переместиться на страховые компании.

СМИ узнали о передаче части госрасходов на медицину страховым компаниям

Финансы

Необходимость подобной реформы председатель рабочей группы Всероссийского союза страховщиков по развитию ОМС Александр Трошин в беседе с изданием объяснял тем, что сегодня «здравоохранение в России финансируется фактически по принципу, похожему на советский сметный». «В начале года комиссия, состоящая из представителей территориального фонда ОМС (ТФ ОМС), регионального минздрава и других местных властей, исходя из подушевого норматива и прогноза заболеваемости в регионе, на год вперед определяет, сколько и каких потребуется медицинских услуг. Затем из территориального фонда ОМС деньги ежемесячно поступают страховщикам — в зависимости от того, сколько у них застрахованных», — рассказывал Трошин, отмечая, что больницы в это время «выставляют страховщику счета за фактически оказанные этим застрахованным услуги». «Если счет меньше суммы, перечисленной на месяц, страховщик в течение трех дней возвращает остаток денег в ТФ ОМС. Если больше, за недостачей он все равно обращается к ТФ ОМС, то есть к государству», — замечал Трошин.

Для изменения этой схемы, по словам источников газеты, участники переговоров предложили регионам выделить в программе ОМС виды медицинской помощи, расходы на которые легче прогнозируются, а затем привлечь страховщиков к формированию тарифов. Таким образом при помощи страховых компаний, по словам собеседников «Ведомостей», возможно будет определить, что и сколько стоит в ОМС, чтобы конкретизировать, какие услуги государство будет оказывать по

ОМС, какие — по ДМС (добровольное медицинское страхование), а какие гражданин сможет оплачивать в партнерстве с государством, сочетая две страховки, уточняет участник совещания. Однако государство, как утверждал еще один источник газеты, «вряд ли предоставит больше денег». Поэтому на данный момент чиновники и эксперты обсуждают, что, скорее всего, будет сокращаться количество бесплатных услуг, отмечал он.

Собянин опроверг планы по совмещению в Москве ОМС и платной медицины  
Общество

«В связи с появлением в СМИ информации о якобы имеющем место обсуждении вопросов снятия государством с себя обязательств по обеспечению бесплатной медицинской помощи Министерство [здравоохранения] сообщает следующее: Конституция России гарантирует право на бесплатную медицинскую помощь всем гражданам нашей страны. Никаких инициатив, которые были бы направлены на снижение доступности бесплатной медицинской помощи, не обсуждалось и не обсуждается», — заявили на это в Минздраве.

Кроме того, как подчеркнули в ведомстве, на 2018 год и плановый период 2019, 2020 годов правительство расширило программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. «Так, в 2018 году предусмотрено значительное увеличение расходов на медицинскую помощь за счет средств системы ОМС», — напомнили в Минздраве. Прирост за этот период, по информации представителей ведомства, «составит 333 млрд руб. (увеличение на 21,5%)». Это, как полагают в министерстве, позволит повысить тарифы на все виды медицинской помощи и расширить спектр методов высокотехнологичной медицинской помощи в рамках базовой программы ОМС.

Вместе с этим, как рассказали в Минздраве, ведомство проводит «системную работу по совершенствованию финансовой модели здравоохранения». «Сегодня она принципиально отличается от той, которая существовала в Советском Союзе, когда финансирование осуществлялось сметно, а средства не следовали за пациентом», — заявили в пресс-службе, пояснив, что теперь оплата медицинской помощи зависит от ее объема и качества, а распределение средств «осуществляется в соответствии со страховыми принципами».

«Иными словами, современная российская модель предполагает ответственность ее участников. Такого рода модели внедрены в странах, где высок уровень государственных гарантий по оказанию бесплатной медицинской помощи», — заключили в министерстве.

Ранее, в ноябре 2017 года, о планах осуществить в России реформу ОМС заявлял замминистра финансов Алексей Моисеев. Этой инициативой, по его словам, тогда занимался Минфин. Согласно идее ведомства, любой гражданин с полисом обязательного медицинского страхования мог обслуживаться в любой клинике, в том числе в частной. Однако если пациент захочет получить услугу в частной клинике, часть расходов, согласно этому предложению, должно будет покрыть государство по полису, а остальное он будет обязан выплатить самостоятельно. «По задумке министерства, это позволит сделать более эффективным расходование средств фонда ОМС», — пояснял Моисеев.

Теги: Минздрав , обязательное страхование

×

Ваш браузер устарел

Пожалуйста, обновите его или установите новый.

Ваш браузер не обновлялся уже несколько лет. За это время некоторые сайты стали использовать новые технологии, которые он не поддерживает и не может корректно отобразить страницу. Чтобы это исправить, попробуйте установить новый браузер.