

Страховщики, работающие в сфере обязательного медстрахования (ОМС), в досудебном порядке урегулируют до 90% споров пациентов с лечебно-поликлиническими учреждениями (ЛПУ). Такие данные привела на круглом столе, посвященном реформе здравоохранения, генеральный директор ОАО «РОСНО-МС» Нина Галаничева.

По ее словам, основная часть жалоб на лечебные учреждения в системе ОМС связана с качеством медицинских услуг. Она отметила, что в последнее время медицинские страховщики уделяют много внимания вопросам информирования застрахованных. «Нередко жалобы пациентов на лечебные учреждения вызваны недостатком информированности», – сказала она.

Опросы РОСНО-МС относительно уровня удовлетворенности услугами ОМС показывают, что число удовлетворенных пациентов составляет от 30% до 60% в составе опрошенных. Этот показатель колеблется в зависимости от региона, где проводился опрос.

Н.Галаничева привела данные по списанию необоснованных расходов при проверке выставленных медучреждениями в системе ОМС счетов.

Согласно данным компании «РОСНО-МС», порядка 20% от объема выставленных счетов страховщику удастся опротестовать, выявляя «приписки», выставление счетов на оплату неоказанных услуг или повторное выставление счетов на уже оплаченные услуги учреждениями в системе ОМС.

Отвечая на вопрос «Интерфакса-АФИ» о возможности вхождения в систему ОМС коммерческих медицинских учреждений, генеральный директор медицинского центра «К+31» Ирина Селиверстова пояснила, что поликлиники, не имеющие бюджетного финансирования, могут проявить интерес к включению в систему ОМС после ее перехода на одноканальное финансирование. «В настоящее время объем финансирования на одного застрахованного в ОМС составляет порядка 7,6 тыс. рублей

в год. Полис добровольного медицинского страхования за тот же период обойдется покупателю в 48–50 тыс. рублей», – пояснила руководитель лечебного учреждения.

Она полагает, что, с одной стороны, в связи с переходом на одноканальное финансирование к 2015 году может увеличиться объем бюджетных средств в расчете на одного застрахованного, кроме того, необходимо будет ставить вопрос о софинансировании лечения по ОМС в коммерческих поликлиниках за счет средств страховых компаний или самих пациентов. Но это вопрос будущего законодательного регулирования, считает И.Селиверстова.

Она добавила, что в настоящее время коммерческие медицинские центры действуют на принципах экономической эффективности.

«Согласно медицинскому законодательству в настоящее время коммерческому медучреждению, вошедшему в систему ОМС, компенсируется только часть понесенных расходов. Компенсация затрат на капитальный ремонт и амортизацию дорогостоящего оборудования из бюджетных средств в ОМС не предусмотрена», – сказала И.Селиверстова.

Источник: [Финмаркет](#) , 30.10.12