**Изменение системы ОМС: угрозы и риски**

Количество застрахованных лиц по ОМС в стране на конец 2024 года достигло 142,9 млн человек. Большинство из нас получают медицинскую помощь в государственных медицинских организациях. Действующим законодательством предусмотрена система защиты интересов и прав пациентов. В ближайшее время в законодательство планируются значительные изменения, которые перечеркивают выстроенную за последние 30 лет систему ОМС с контролем качества медпомощи. Эксперты считают, если правки закона будут приняты – пострадают пациенты.

В чем суть? На рассмотрение Госдумы поступил проект поправок к Федеральному закону «Об обязательном медицинском страховании». В нем предусмотрена передача полномочий страховых медицинских организаций (СМО) территориальным фондам ОМС (ТФОМС).

Необходимо пояснить, что сегодня СМО - единственное звено системы ОМС, которое является независимым защитником прав пациентов.

 «В любой сложной ситуации, если долго не получается записаться к врачу или просят оплатить медпомощь по ОМС, пациент в первую очередь обращается в свою страховую медицинскую компанию. Именно наши страховые представители стоят на передовой: защищают ваши права, восстанавливают их, помогают получить медпомощь, а также информируют о возможности и порядке ее получения», – сообщают эксперты страховой компании «СОГАЗ-Мед».

Страховые работают для людей – пациентов. Предлагаемые поправки к ФЗ-326 фактически устраняют механизм защиты прав граждан со стороны страховых компаний. Пациенты столкнутся с отсутствием независимой оценки качества оказываемой медпомощи. Эффективный инструмент разрешения конфликтов силами страховщиков будет утерян, а институт страховых представителей – защитников пациентов – будет разрушен.

На сегодня страховые представители «СОГАЗ-Мед» отмечают ощутимый рост обращений пациентов за помощью. На что жалуются застрахованные «СОГАЗ-Мед»? На первом месте в структуре обоснованных жалоб – неудовлетворительное оказание медицинской помощи (43%), на втором – недостоверные сведения в их медкартах, приписки (29%), на третьем – неприемлемая организация работы медицинских учреждений (14%).

По всем случаям таких жалоб страховые представители «СОГАЗ-Мед» проводят независимые экспертизы, оказывают помощь пациентам – для граждан это бесплатно. Показателен пример Алексея Ч., сын которого (участник СВО) обратился за содействием в Тамбовский филиал компании «СОГАЗ-Мед».

 У Алексея после проведенного оперативного лечения в одной из федеральных клиник возникло послеоперационное осложнение. В связи с высоким риском возникновения тромбоэмболических осложнений пациент нуждался в повторном оперативном лечении с участием врача - сосудистого хирурга. В штате медицинской организации врач-специалист данного профиля отсутствует. Сотрудникам Филиала в течении нескольких часов удалось организовать перевод пациента в многопрофильную медицинскую организацию, где его успешно прооперировали.

 Этот случай – яркая иллюстрация того, как важна оперативная и квалифицированная помощь в критической ситуации. «СОГАЗ-Мед» продемонстрировала не просто формальное исполнение страховых обязательств, но проявила готовность к активному содействию в решении сложного вопроса.

 История Алексея вселяет надежду и уверенность в том, что система здравоохранения, при поддержке страховых компаний, способна эффективно реагировать на нужды пациентов даже в самых сложных ситуациях. Важно отметить, что своевременное обращение за помощью и доверие к профессионалам – ключевые факторы успешного лечения.

 Страховщики имеют реальную возможность повлиять на качество и доступность медпомощи. В случаях выявления нарушений при оказании медицинской помощи со стороны страховщиков применяются санкции, в том числе и штрафы. 85% от полученных сумм – штрафов за оказание некачественной медпомощи, страховщики возвращают обратно в систему ОМС. В том числе деньги идут на формирование специального фонда ТФОМС на приобретение и ремонт медицинского оборудования, повышение квалификации врачей.

Логичен вопрос – насколько эти изменения закона целесообразны?

Настораживает, что данный законопроект появился в спешке, без обсуждений на открытых площадках среди экспертов, без учета мнения пациентов, а это – напоминаем – более 142,9 млн застрахованных ОМС.