

28 мая 2019 г. вступили в силу новые Правила обязательного медицинского страхования

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации [от 28.02.2019 г. № 108н](#) «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» подготовлен в целях совершенствования законодательства в сфере обязательного медицинского страхования. Новые правила ОМС учитывают последние изменения, внесенные в Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».

Документ конкретизирует и усиливает защиту прав и интересов застрахованных, наращивают объемы информирования граждан по диспансеризации и диспансерному наблюдению, а также создает конкурентную среду для СМО и медицинских организаций, которая позволяет реализовать право граждан на получение доступной и качественной медицинской помощи. Также нововведения ориентированы на обеспечение преемственности медицинской помощи, на обеспечение контрольных мероприятий, которые позволят отследить все этапы лечения пациентов и принять меры для устранения недостатков в процессе оказания медицинской помощи.

1. Появилась норма о формировании страховыми медицинскими организациями (СМО) на информационном портале территориальных фондов ОМС истории страховых случаев пациентов с подозрением на злокачественное новообразование или с имеющимся ЗНО. Таким образом, создается интегрированная база информационных данных для быстрой оценки места и времени нахождения пациента на этапах диагностики и лечения. Это даст возможность СМО восстанавливать нарушенные права пациентов.
2. Детально прописан контроль за диспансерным наблюдением пациентов со стороны СМО. Создается база информационных данных о диспансерном учете каждого застрахованного, находящегося на наблюдении. Это позволит организовать доступ пациента к технологичным методам лечения, снизить риск смерти или инвалидизации по кардиохирургическим, нейрохирургическим и эндокринно-хирургическим профилям, своевременно выявить прогрессирование онкозаболеваний.
3. Регламентируется работа страховых представителей в медицинской организации: медицинские организации обязаны предоставлять место для работы страховых представителей второго и третьего уровней. Это значит, что пациенты смогут получить консультацию о своих правах по месту прохождения лечения. В свою очередь страховой представитель поможет оперативно разрешить возможный конфликт.
4. Упрощается порядок подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации. Теперь застрахованный сможет получить полис ОМС не только в форме бумажного бланка, но и в виде пластиковой карты с электронным носителем информации. Заявление о получении полиса можно будет подать через официальный сайт территориального фонда ОМС при наличии электронно-цифровой подписи или через Единый портал государственных и муниципальных услуг. Через ЕПГУ пациенты также смогут подавать заявления о выборе или замене страховой организации.
5. В Правилах определены обязанности страховых представителей: работа с обращениями граждан, обеспечение информирования и сопровождения застрахованных лиц при оказании им медицинской помощи, организация индивидуального информирования о необходимости прохождения профилактических мероприятий, а также подготовка предложений для медорганизаций по организации профилактических осмотров и диспансеризации и рассмотрение жалоб граждан (включая организацию проведения экспертиз).
6. Регламентировано диспансерное наблюдение. Если ранее граждане, состоявшие на диспансерном наблюдении по итогам диспансеризации, информировались о необходимости пройти осмотр, консультации, различные процедуры по инициативе страховой медицинской организации, то теперь эта обязанность закреплена за СМО в Правилах.
7. Медицинским организациям вменяется обязанность ведения Единого реестра планируемых госпитализаций в разрезе профилей. СМО ежедневно будут вести учет состоявшихся и несостоявшихся госпитализаций, в том числе при получении высокотехнологической медицинской помощи. Амбулаторно-поликлинические учреждения будут раз в сутки направлять в СМО сведения о пациентах, направленных на плановую госпитализацию. А стационары в свою очередь – списки госпитализированных. Соответственно, если по каким-то причинам пациент не находится в стационаре, страховые представители будут связываться с ним, выяснять причины и помогать пациентам решать проблемы с плановыми госпитализациями.
8. Информирование застрахованных о перечне оказанных им медицинских услуг и их стоимости будет осуществляться в электронном виде через Единый портал государственных и муниципальных услуг по запросу, а также через официальные сайты (при условии предварительной идентификации и аутентификации).