

Минздравсоцразвития внесло изменения в ранее утвержденные ведомством правила обязательного медицинского страхования (ОМС), говорится в приказе, опубликованном в пятницу в «Российской газете».

Согласно приказу, со следующего года в состав региональных комиссий, разрабатывающих региональные программы ОМС, будут входить представители органов исполнительной власти, страховых компаний, медучреждений и их профсоюзов.

В ряде регионов России эти комиссии работают уже сейчас, документ Минздрава вводит их единообразие.

Это должно способствовать тому, что нормативы и объемы медпомощи отныне станут более гибкими: по мере прибавления числа пациентов будут перераспределяться и деньги в пользу тех поликлиник, в которые обращаются люди. Ранее для медучреждений утверждался определенный норматив, регламентировавший, сколько пациентов за год оно может обслужить.

Кроме того, приказом утверждено изменение системы финансовых расчетов территориальных фондов ОМС и страховых медицинских компаний, которые теперь будут производиться в два этапа.

В документе также подробно описано, какие документы страховщик должен предоставить в фонд для получения финансов и правила оформления этих документов.

Приказ вступает в силу 1 января 2012 года.

Источник: РИА «Новости», 21.10.11