

*Страховые компании, работающие в системе обязательного медстрахования, выступают сегодня в основном как посредники – через них проходят денежные потоки при расчетах за оказанные услуги медицинскими учреждениями. При этом результаты оказания помощи и ее качество учитываются недостаточно, считают эксперты Фонда независимого мониторинга «Здоровье».*

В прозвучавшем сегодня послании президента России Федеральному собранию Владимир Путин констатировал, что страховая медицина в нашей стране так и не заработала. Он дал год на то, чтобы отладить страховые механизмы в здравоохранении, чтобы система стала понятной и населению, и медработникам.

В частности, считают в фонде «Здоровье», принятая система штрафов медучреждений, налагаемых на них страховщиками при выявлении каких-либо нарушений, отнюдь не нацелена на улучшение качества работы поликлиник и больниц.

«Необходимо, чтобы Минздрав и Росздравнадзор провели оценку деятельности коммерческих страховых медорганизаций, обоснованности применения ими штрафных санкций, отказов в оплате медпомощи. Также нужно разработать единые критерии деятельности экспертов», – заявил сегодня директор Фонда «Здоровье», член Центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов.

По закону, собственными средствами страховщиков, участвующих в ОМС, являются, помимо денег на ведение дела, 30% сумм, необоснованно предъявленных к оплате медучреждениями, а также 50% штрафов за неоказание или несвоевременное оказание медпомощи, а также за некачественную помощь, а также 10% сэкономленных средств.

В результате, по сути, происходит «охота» страховщиков за нарушениями.

Всего в России работает 61 страховая медорганизация. Средства на ведение их дел составляют в нынешнем году 24 миллиарда рублей. При этом консолидированный бюджет ФФОМС в 2014 году составляет более 1,2 трлн рублей, а в 2015 году, согласно бюджету, на уровне 1,4 трлн рублей.

«По оценкам наших экспертов, до 4% этих средств остается в страховых компаниях в виде удержаний, списаний, штрафов медучреждений. Это порядка 50 млрд рублей, которые, вообще-то, предназначены для оказания медпомощи по полисам ОМС. Причем львиная часть списаний производится из-за «бумажных» ошибок, никак не влияющих на качество оказанной помощи. Речь идет об огрехах при оформлении всевозможных документов врачом, например, неверно выставленной кодировки заболевания или даже из-за того, что врач электронную историю болезни заполнял после 16:00, когда у него по штатному расписанию уже закончен рабочий день. А он просто оперировал 12 часов!» – возмущенно констатировал Гаврилов.

До сих пор не решена и другая проблема – «единого» полиса ОМС, который по закону действителен на всей территории страны. Речь идет о том, что пациент имеет право получить бесплатную медицинскую помощь в рамках базовой программы ОМС в любом регионе, где бы он ни оказался в момент болезни. Но по факту часто этот принцип оказывается пустой декларацией.

В базовую программу сегодня входят многие виды высокотехнологичных операций. Но пациенту, например, из Псковской области, чтобы пройти через операцию в Санкт-Петербурге, полиса будет недостаточно, приводят пример «из жизни» в фонде. Медучреждение не примет человека, пока не получит от территориального Фонда ОМС Псковской области подтверждающего гарантийного письма, что за эту операцию будет произведен расчет. Но подобные документы, подчеркивают эксперты, сегодня находятся вне правового поля.

«Все эти проволочки в условиях несбалансированности тарифов на медпомощь ведут к снижению доступности медпомощи, пациентов выталкивают в платную медицину», – говорит директор Фонда «Здоровье» Эдуард Гаврилов.

**Источник:** [Российская газета](#) , 04.12.14

**Автор:** □ Невинная И.