

*Из-за слабого контроля страховые медицинские компании в 2014 году потратили «на себя» около 4% от средств, выделяемых государством на лечение граждан, что в денежном выражении составило порядка 50 млрд руб. Почти половина из этой суммы – 24 млрд руб. пошла «на ведение дела», другая часть осталась в страховых медицинских организациях в виде удержаний, списаний, штрафов, которые страховые компании налагают на медучреждения. Такие данные получили в ходе исследования эксперты Фонда независимого мониторинга медицинских услуг и охраны здоровья человека «Здоровье».*

Консолидированный бюджет Фонда ОМС в 2014 году составил более 1,2 трлн руб. Бюджет страховых медицинских организаций формируется за счет средств Фонда ОМС, направляемых за услуги по статье «на ведение дела», а также им позволено оставлять 30% от сумм, необоснованно предъявленных к оплате больницами и поликлиниками, 50% от штрафов за неоказание, несвоевременное оказание или оказание медицинской помощи ненадлежащего качества и 10% от суммы сэкономленных средств. В пересчете выходит, что больше половины доходов страховая организация получает за счет начисления штрафов.

Как считают эксперты Фонда «Здоровье», страховщики вместо того, чтобы отстаивать права пациентов, сосредотачиваются на том, чтобы выявить бумажные огрехи в работе врачей или оштрафовать их за то, что лечение ведется не по федеральным стандартам медпомощи. Зачастую они стараются выписывать как можно больше штрафов медучреждениям по формальным причинам, чтобы получить с этой суммы большую премию.

В некоторых случаях ситуация доходит до абсурда. Так, страховая организация может оштрафовать медицинское учреждение за то, что врачи вместо прописанных в рекомендациях устаревших процедур назначают пациентам более современные методы лечения, но для отчетности вынуждены маркировать их старыми названиями. Повод для недовольства страховщиков может возникнуть даже в том случае, если записи в истории болезни лечащим врачом сделаны в то время, когда он, согласно штатному расписанию, уже не должен быть на рабочем месте. К примеру, такое случается, когда врач делает операцию, которая длится 12 часов, а его рабочий день составляет 8 часов.

Оштрафовать медицинские учреждения могут также и из-за технических ошибок. Даже если медицинская помощь была оказана в полном объеме и в соответствии со

стандартом, но при этом в процессе предъявления счетов оператор неправильно указал код диагноза, эксперт в ходе медико-экономической экспертизы отбраковывает данный документ.

В 2015 году траты государства на систему здравоохранения вырастут на сотни миллиардов: доходы ФОМС запланированы уже на уровне 1,4 трлн руб. Но из-за существующей системы работы страховых компаний часть этих денег снова ожидаемо уйдет на увеличение маржи страховщиков.

«Недопустимо, чтобы в государственной системе здравоохранения присутствовало большое число коммерческих организаций, которые живут за счет средств, отпущенных на бесплатную медицину для граждан страны. При этом страховщики не интересуются конечным результатом лечения. ОНФ уже ставил перед Минздравом этот вопрос 4 сентября в рамках заседания рабочей группы «Социальная справедливость», и считаем, что после принятия бюджета в условиях жесткой экономии средств, в том числе и по статьям здравоохранения, необходимость сделать это еще более актуализируется», – отметил директор Фонда «Здоровье», член Центрального штаба ОНФ Эдуард Гаврилов.

Источник: [Википедия страхования](#) , 02.12.14