



# ОБЩЕРОССИЙСКАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЛИГА ЗАЩИТНИКОВ ПАЦИЕНТОВ

<http://ligap.ru/>

8(985)644-72-38

[liga@ligap.ru](mailto:liga@ligap.ru)

«О проблемах медицинского страхования»

07.12.2015.

**Президенту Российской Федерации  
Путину В.В.**

**КОПИИ:**

**Председателю Счетной палаты  
Российской Федерации  
Голиковой Т.А.**

**Министру здравоохранения  
Российской Федерации  
Скворцовой В.И.**

**Уважаемый Владимир Владимирович!**

Уже несколько лет Вы говорите о развитии медицинского страхования в России, имея в виду, очевидно, развитие страховых компаний, которые, как Вы сами упоминали, таковыми не являются. В связи с этим позвольте сообщить ряд возражений, которые необходимо учитывать в дальнейшем.

1. Основой системы здравоохранения даже и в СССР являлось именно страхование, поскольку формирование и распределение государственного бюджета по сути является страховым процессом: здоровый платит за больного, работающий за неработающего, собирая деньги на медицину через налоги (страховые сборы) и финансируя из них медицинскую помощь. И сегодня именно государство является глобальным страховщиком. Поскольку это было достигнуто исторически эволюционно – от платежей каждого за себя через создание больничных касс и страховых компаний – к государственному финансированию, - то следует считать, что страхование силами страховых компаний – это шаг назад. По сути, это возвращение риска, которого сегодня нет, поскольку его покрывает государство. Но зачем же гражданину, у которого есть конституционные гарантии медицинской помощи, вдруг получить риск не

получить помощь, риск не реализовать свои права? Зачем им вообще страхование (если под ним не понимается государственное финансирование), когда им нужна медицинская помощь? Тем более, зачем им страхование силами компаний, когда у них есть страхование силами государства? Естественно, что при таком выборе граждане, врачи, эксперты не понимают, зачем в государственной системе нужны страховые компании вообще. Тезис о возврате рискованного страхования будет восприниматься населением негативно по определению, и это нельзя изменить, не изменив вектор истории.

2. Представьте, что Вы управляете армией с помощью страховых компаний. Грустная картина. Так и система здравоохранения нуждается в чистке от всего лишнего. Выполняя функцию заинтересованного в извлечении доходов посредника страховые компании мешают государству эффективно управлять его же государственными учреждениями. Эти потери очень трудно исчислить деньгами, но царящий в здравоохранении хаос точно связан и с присутствием лишних звеньев, и со страховыми договорами, рыночными (вплоть до конкурентных) подходами к бюджетным учреждениям, и т.д.

3. Формально: если компания не выполняет функцию страхования, она не может называться страховой. Но поскольку эту функцию они не выполняют, им «нашли работу» - функцию по защите прав застрахованных. Но **может ли посредник защищать права застрахованного?** Зачем ему это нужно?

Сразу следует оговориться, что согласно уставам и смысла существования - основная задача СМО - извлечение прибыли из своей деятельности. При этом такая прибыль извлекается на основе цепочки договоров страховой компании с фондами ОМС и медицинскими организациями. Таким образом СМО являются частью финансовых и правовых отношений в системе здравоохранения субъекта РФ, то есть являются частью этой системы.

В случае возникновения конфликта пациента с этой системой, в котором страховая компания встает на его сторону, вся система ее договорных отношений оказывается под угрозой, поскольку СМО фактически начинает судиться против своих партнеров по ОМС, на которых она зарабатывает деньги. Здесь очевидно **наличие прямого конфликта договорных интересов СМО с защитой прав застрахованных.**

Это объясняет единицы судебных разбирательств в этой сфере с участием СМО на стороне пациентов (всего 46 исков предъявлены СМО за I полугодие 2014 года при выявленных 1,2 млн. нарушений качества медицинской помощи!). Эти цифры ярко отражают всю суть «защиты прав застрахованных» со стороны СМО и то, почему их контроль не оказывает сколько-нибудь ощутимого влияния на систему здравоохранения. Они просто зарабатывают на «врачебных ошибках», да еще и так, чтобы система не сильно возмущалась, но пациентам об

этом, как правило, даже не сообщают. Ожидать существенных изменений в этой сфере не следует, поскольку, помимо сказанного:

- качественная помощь, в которой заинтересованы застрахованные, стоит дороже некачественной, а лишние расходы СМО не нужны;
- сокращение объемов помощи соответствует интересам страховщиков, но противоречит интересам пациентов;
- понятие «пациент» намного шире, чем «застрахованный», поскольку ОМС покрывает не все отношения в сфере охраны здоровья. Сюда не подпадают бюджетные виды помощи, платные услуги, ведомственная медицина.

Все сказанное объясняет причину того, почему согласно данным Счетной палаты РФ<sup>ii</sup> за 2014-2015 годы страховые медорганизации не справляются с основной задачей защиты прав застрахованных лиц. Следует сказать, что даже если сейчас для выполнения Ваших поручений, они сымитируют бурную деятельность, то уже через два-три года все вернется на круги своя, потому что все сказанное – объективная реальность.

4. По данным Счетной палаты РФ в результате применения штрафных санкций по отношению к медицинским организациям страховые организации направили себе в доход более 4 млрд. руб. только за 2014 год. А на ведение дел в 2014-2015 гг. им было выделено 53 млрд. руб. средств ОМС. Таким образом, в год около 30 млрд. руб. остаются у страховых компаний. Нет сомнений в том, что намного более эффективная защита прав пациентов обойдется государству, как минимум, на порядок дешевле. Например, заработная плата сотрудников самостоятельной службы (уполномоченного) по защите прав пациентов из двух-трех человек в каждом регионе РФ обошлась бы бюджету всего лишь в 100 млн. рублей!

В связи со сказанным прошу пересмотреть подходы к системе страхования в России в интересах всех сторон, кроме страховщиков.

**Президент «Лиги пациентов», член  
Экспертного совета при  
Правительстве РФ, Общественного  
совета и Этического комитета при  
Минздраве России**



**А.В. Саверский**

<sup>i</sup> Письмо ФФОМС от 24.12.2014 N 6677/30-3/и "О деятельности по защите прав застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования в Российской Федерации за 1 полугодие 2014 года"

<sup>ii</sup> [http://audit.gov.ru/press\\_center/news/24922](http://audit.gov.ru/press_center/news/24922)