

# Re: Бюро болезненных находок

**Статья** «Бюро болезненных находок», опубликованная в третьем номере «Страхового случая» за этот год, затронула действительно болезную для страхового рынка тему. Играя роль площадки для обмена мнениями, наш журнал предоставил возможность высказать свои соображения по этой проблеме представителю страхового сообщества — начальнику отдела личного страхования СОАО «Регион» Илье Петрову.

До 2003 года ДТП тоже происходили, но у государства не было проблем с покрытием медицинских расходов пострадавшим. Сейчас ситуация почти не изменилась: согласно закону об ОСАГО страховые компании должны оплачивать пострадавшему в аварии «дополнительно понесенные расходы, вызванные повреждением здоровья, если установлено, что потерпевший нуждается в этих видах помощи и ухода и не имеет права на их бесплатное получение». Если почитать Территориальную программу государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, утвержденную в Санкт-Петербурге ежегодно, то получается, что в сущности каждый гражданин РФ имеет право на любую медицинскую помощь. Другими нормативными актами введены ограничения: имеется четкий перечень медикаментов, на которые имеет право гражданин, и перечень заболеваний, затраты на лечение которых обеспечиваются за счет квот федерального бюджета.

Таким образом, если пострадавший вызывает после ДТП коммерческую скорую помощь, определяется в платный стационар и получает платные медицинские услуги, то страховая компания по закону не может оплачивать эти услуги, так как большинство их пострадавший имеет право получить бесплатно. Исключения составляют медикаменты, медицинский уход и реабилитация, а также ситуации, когда федеральные квоты уже израсходованы.

В статье указывается на какую-то «базовую» программу ОМС, исходя из которой и выделяются деньги в соответствии с генеральным тарифным соглашением. «Базовая» программа, таким образом, должна содержать четкий перечень услуг, которые гражданин имеет право по ней получать. Тогда станет понятно, какие услуги являются дополнительными и платными. Однако государственные структуры, ответственные за здравоохранение, боятся вводить такие ограничения, поскольку, во-первых, это будет явно антисоциальная и непопулярная в обществе мера, а во-вторых, в мутной воде жить проще.

У страховщиков возникает законное недоумение: почему они должны быть «крайними», если в бюджете, при довольно большом едином социальном налоге (в сравнении с другими странами), не хватает денег для обеспечения конституционных прав граждан РФ.

В статье приводится в качестве примера соотношение стоимости лечения в платной палате НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе (как, впрочем, и любой другой больницы, имеющей платные отделения) и тарифа ОМС. Дело в том, что в стоимость (коммерческую)

лечения в платной палате, кроме себестоимости, закладывается еще и прибыль, размер которой определяет само медицинское учреждение. По логике чиновников, страховые компании должны



**Илья Петров**  
начальник отдела  
личного страхования  
СОАО «Регион»

оплачивать разницу между коммерческой ценой и тарифом ОМС, что не определено никаким документом. Мы считаем подобный подход некорректным, потому что при этом пострадавший может отправиться лечиться, например, в Кремлевскую больницу, то есть выбрать из списка ме-

это действительно было четко прописано в законе. И в тех рамках, которые дают возможность осуществлять выплаты пострадавшим, страховые компании свои обязанности выполняют. В том числе и по судебным решениям, которые противоречат нормам закона об ОСАГО.

Страховщики предлагают различные выходы из сложившейся ситуации. Один из них — денежная выплата пострадавшему, а не оплата лечения. Здесь, однако, возникает вопрос определения размера этой выплаты. И схема установления такой суммы должна быть четко прописана в законе. Получив денежную выплату, пострадавший сможет самостоятельно решать, где и как лечиться.

Второй вариант — возмещение расходов системе ОМС в рамках существующих тарифов. В принципе для случаев ДТП возможно установление специальных тарифов, более высоких, или определенных

**У страховщиков возникает законное недоумение: почему они должны быть «крайними», если в бюджете не хватает денег для обеспечения конституционных прав граждан**

дицинских учреждений самое дорогое. А то, что тариф ОМС не покрывает полностью затраты на лечение гражданина РФ, — это уже проблема чиновников от медицины.

Самое интересное, что страховщики и не отказались бы никогда от своих обязательств по ДТП, если бы все

повышающих коэффициентов. Существуют же два вида МПОТ: для оплаты штрафов и для социальных выплат...

А вообще, все должно делаться в рамках законности, а не путем создания различных бюро экспертизы и предъявления незаконных требований к страховым компаниям.