Под угрозой ОМС

1 января 2011 года вступил в силу Федеральный закон №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». В связи с этим событием и по случаю проведения исследования рынка ДМС, «Эксперт РА» провел круглый стол, посвященный влиянию Закона на рынок ДМС. К участию в мероприятии были приглашены представители Федерального Фонда обязательного медицинского страхования, страховых компаний и лечебных учреждений.

Размытые ориентиры

Подробно результаты исследования «Рынок ДМС и рейтинг ЛПУ: качество диктует стоимость» изложил *Алексей Янин, руководитель отдела рейтингов страховых компаний «Эксперт РА»*.

Какие основные проблемы увидели исследователи в связи с вступлением в силу нового закона?

Первая состоит в том, что государство не прилагает никаких усилий к развитию рынка ДМС. В то же время рост отчислений на ОМС создает давление на бюджеты ДМС, что будет способствовать замедлению темпов роста рынка добровольного медицинского страхования.

Еще одну проблему рынка ДМС аналитики рейтингового агентства видят в том, что значительная часть полисов ДМС носит не рисковый характер, иными словами, не является страховыми в полном смысле этого слова. При достаточно высокой стоимости полисов ДМС это означает высокую убыточность, которая, несмотря на все ухищрения страховщиков, имела место в 2010 году. Решение перечисленных проблем аналитики рейтингового агентства видят в четком разделении систем обязательного и добровольного медицинского страхования и обновлении продуктовой линейки ДМС с тем, чтобы оно стало полностью рисковым.

Реформа ОМС представляется аналитикам рейтингового агентства тормозом развития рынка добровольного медицинского страхования. «Эксперт РА» ожидает провал рынка ДМС после введения закона об ОМС. Действительно, в 2010 году

комбинированный коэффициент убыточности по ДМС в 2010 году превысил 100%.

Алексей Янин привел два крайних варианта развития рынка ДМС под влиянием Закона «Об ОМС».

Первый вариант. Если закон по-настоящему заработает, то есть, у каждого российского гражданина появится реальная возможность выбирать врача и клинику, а клиники высокого уровня войдут в систему ОМС, необходимость в приобретении полиса ДМС отпадет, поскольку – теоретически – по программе ОМС можно будет выбрать клинику с высоким уровнем сервиса и качества услуг.

Второй крайний вариант предусматривает отказ клиник высокого уровня от вхождения в систему ОМС, тогда в системе ОМС останутся только клиники низкого уровня. В результате спрос на ДМС увеличится, поскольку качественную медицинскую помощь можно будет получить только там.

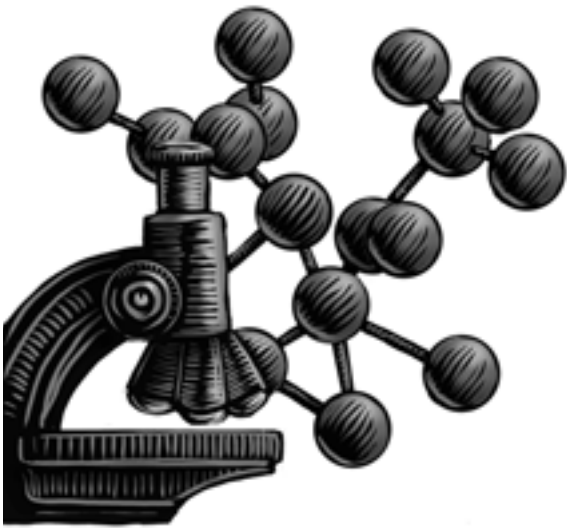
Как было указано выше, в ходе проведения круглого стола «Эксперт РА» представил рейтинг лечебных учреждений, а их в течение последних двадцати лет становится все меньше и меньше. Так, если в 1990 году в России было 12 800 больниц и 21 500 поликлиник, то к 2009 году эти цифры уменьшились до 6500 и 15300 соответственно.

В ходе составления рейтинга оценки лечебным учреждениям выставляли не аналитики «Эксперта РА», а независимые профессионалы: ведущие страховые компании, работающие по ДМС. В результате исследования были выявлены две зависимости. Первая зависимость – прямая – между ценой и сервисом, ценой и качеством оборудования. Если вспомнить предыдущее исследование рынка ЛПУ, проведенное «Экспертом РА» в 2006 году, то тогда никаких корреляций между ценой и качеством медицинских услуг не наблюдалось. Более того, при высоких ценах на обслуживание качество услуг могло быть низким. Подводя промежуточный итог, можно сказать, что ценообразование на рынке медицинских услуг становится более прозрачным.

Вторая из выявленных тенденций менее оптимистична. Она отражает обратную зависимость между ценами лечебного учреждения и квалификацией работающих в нем врачей. Иными словами, дорогие клиники укомплектованы врачами не очень высокой квалификации, и наоборот – в недорогих клиниках работают очень хорошие врачи.

По мнению аналитиков «Эксперта РА», развитие рынка ДМС окажет положительное влияние на систему здравоохранения в целом. Ожидается:

1. повышение эффективности работы системы здравоохранения;
2. снижение объемов теневого финансирования;
3. инвестирование в строительство медицинских учреждений (сейчас частный бизнес, за исключением страховщиков, строительством медицинских учреждений не занимается);
4. повышение уровня социальной защиты населения;
5. снижение информационной асимметрии и защита интересов застрахованного.



По версии «Эксперта РА», цель стратегии по отношению к ДМС должна состоять в создании дополнительной по отношению к ОМС системы страховой защиты населения, которая повышает эффективность работы системы здравоохранения и предоставляет повышенные социальные гарантии.

Что касается основных направлений развития рынка ДМС, то «Эксперт РА» предлагает:

- четкое разделение систем ОМС и ДМС (программы частично дублируются, но оплачиваются отдельно, что приводит к значительному завышению стоимости полиса ДМС)
- обновление продуктовой линейки ДМС (рисковая составляющая многих программ сведена к минимуму)
- упрощение применения налоговых льгот (порядка получения налогового вычета, то есть уменьшение суммы НДФЛ при предъявлении документа о покупке полиса на работе).

Что есть и чего хочется

Главный вопрос при обсуждении соотношения систем ОМС и ДМС, по мнению *Александра Архипова, генерального директора СК «Ингосстрах-М»*, заключается в том, по какому принципу должна финансироваться медицина: как хотят медики или по необходимости? Не секрет, что у врачей возникает естественное желание получать деньги из всех возможных источников: из ОМС, за счет платных услуг, за счет ДМС. Однако Александр Архипов считает достаточным то финансирование, которое сейчас получает медицина, и отмечает, что ни в одной стране мира медицина не получает денег столько, сколько хотелось бы врачам. Например, в США эта проблема поднималась еще президентом Клинтоном, сейчас ее поднимает президент Обама. Эксперт отметил, что невозможно создать столько национального продукта, чтобы обеспечить медицину так, как этого хотелось бы врачам. Поэтому Александр Архипов склоняется к тому, что финансирование любой составляющей от государства должно исходить из его возможностей.
С этим мнением солидарен другой участник круглого стола, *вице-президент ООО «Росгострах» Гуревич Евгений*. По мнению спикера, если смотреть на рынок медицинских услуг, не деля его на ОМС и ДМС, государству очень важно определиться с тем объемом услуг, на который у него достаточно денег. Как только медикам и страховщикам станет понятно, что государство в рамках системы ОМС оплачивает определенный набор услуг, а на другие медицинские услуги у него денег нет, возникает ясное понимание программы ДМС как программы, дополняющей ОМС.
В таком случае лечебные учреждения, которые оказывают услуги и по ОМС, и по ДМС, получают четкие ориентиры и четкое понимание стандарта оказания услуги. Иными словами, если в рамках программы ОМС пациент не может получить объем медицинских услуг, который требуется при его заболевании, он может купить полис ДМС и получить более широкое покрытие. Такой вариант развития ДМС Евгений Гуревич считает вполне приемлемым.
Говорить о том, что при переходе на одноканальное финансирование все медицинские учреждения вступят в систему ОМС, спикер считает преждевременным. Все акционеры частных клиник ставят перед управленцами задачу получения прибыли, поэтому если говорить о конкуренции между частными и некоммерческими лечебными учреждениями, нельзя забывать, что у них разная стоимость услуг и разная

калькуляция этой стоимости. Так, если клиника получает по программе государственного финансирования сложное оборудование, то в стоимости услуги, которую на нем будут оказывать, нет рыночного ценообразования. И если это лечебное заведение предоставляет платные услуги или имеет возможность эксплуатировать это оборудование в рамках ДМС, оно может выставить небольшую цену.

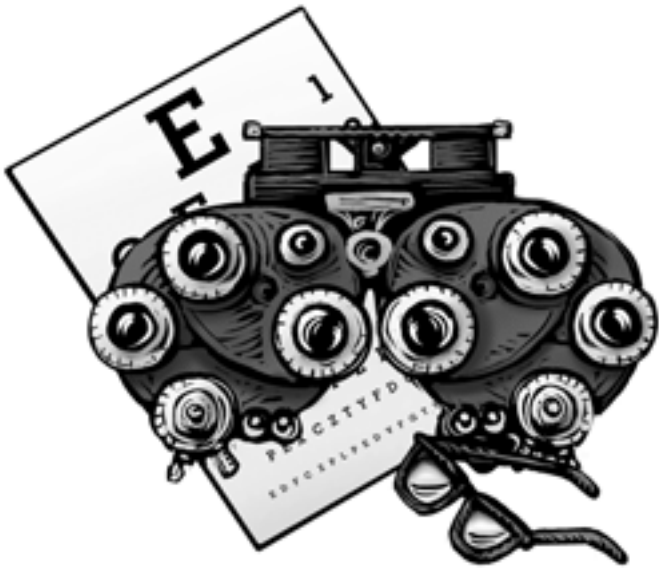
У частной клиники нет государственного финансирования, она должна быть самоокупаемой. Поэтому чтобы приобрести для клиники какое-либо дорогое оборудование (скажем, аппарат МРТ), надо заработать на него деньги. Поэтому в цену услуги приходится закладывать и амортизацию, и ремонт. Такое положение дел содержит в себе некий конфликт, и Закон не разрешает его. Однако по мере принятия подзаконных актов, участникам системы здравоохранения будет легче прогнозировать развитие рынка медицинских услуг, отметил Евгений Гуревич.

В разных системах отсчета

Стратегии поведения лечебных учреждений на рынке находятся в строгом соответствии с принципами их финансирования. *Анна Муковозова, начальник отдела андеррайтинга Департамента медицинского страхования ОСАО «Ингосстрах»*, отметила, что при бюджетном финансировании не надо бороться за пациентов (застрахованных по ОМС и платных), повышать качество их обслуживания, совершенствовать методики, что сильно тормозит развитие лечебных учреждений. Особенно ярко эта проблема ощущается на региональном рынке, когда «Ингосстрах» предлагает государственным больницам и клиникам сотрудничество по ДМС. Многие отвечают на предложение отказом, аргументируя его сложностью взаимоотношений в рамках ДМС и удовлетворенностью имеющимся финансированием клиники. По мнению Анны Муковозовой, подобное положение дел отнюдь не способствует развитию медицинских учреждений: чтобы развиваться, они должны быть экономически автономны и находиться в поле свободной конкуренции.

Вопрос, касающийся включения частных клиник в систему ОМС, осветил *Влад Вольфсон, вице-президент ЗАО ГК «Медси»*. Сейчас одна из клиник сети в порядке эксперимента работает по ОМС. Пока о фактических результатах эксперимента говорить рано, но спикер отметил, что скорее всего, ценообразование, существующее в системе ОМС, не позволит содержать

клинику как коммерческую структуру. С одной стороны, не имея государственной поддержки, частные клиники несут высокие издержки. С другой – им необходимо обеспечить низкие цены, принятые в системе ОМС. Но может случиться, что частной клинике просто не хватит запаса прочности, чтобы успешно «вписаться» в ОМС. Переходя к вопросу выбора пациентом врачей (согласно новому Закону), Влад Вольфсон отметил, что навыки работы в ОМС и ДМС принципиально отличаются. Так, для клиники «Медси» основной критерий при найме врачей на работу – опыт работы в системе ДМС, хотя он имеет как положительные, так и отрицательные стороны. К положительным, безусловно, можно отнести высокую клиентоориентированность. К отрицательным – привычка работать в поле жестких ограничений, связанных с необходимостью четко следовать имеющейся программе ДМС, и не назначать лечебных манипуляций, которые в нее не входят.



Разделять и дополнять

Председатель Федерального Фонда ОМС Андрей Юрин отметил, что на сегодняшний день рынок ДМС крайне узок: всего 80 млрд рублей. Для сравнения – вся бесплатная ме-

дицинская помощь, предоставленная федеральными, субъектовыми и муниципальными лечебными учреждениями, обошлась бюджетам всех уровней в 1,5 триллиона рублей. Иными словами, рынок ДМС составляет всего около 5% общего объема бесплатной медицинской помощи, которая предоставляется в рамках государственных гарантий. Гораздо существеннее выглядит рынок платных услуг (то есть, в разовом порядке оказываемых за деньги) – он почти в три раза больше, чем рынок ДМС. Новый Закон об ОМС предусматривает разграничение платных и бесплатных медицинских услуг.

Разработчиков Закона беспокоит ситуация, когда платные медицинские услуги оказываются в ущерб бесплатным. Тем не менее, в бюджетных клиниках нередки ситуации, когда на оборудовании, приобретенном на государственные инвестиции, оказываются платные услуги – обычно в ущерб больным, получающим медицинскую помощь в рамках ОМС. То есть, больных, заплативших за услугу или имеющих полис ДМС, медицинский персонал проводит без очереди. ФФОМС оценивает подобные ситуации как прямое нарушение права граждан на получение бесплатной медицинской помощи.

По мнению Андрея Юрина, новый Закон открывает более широкие возможности для конкуренции на рынке ОМС, потому что в течение 2011 и 2012 годов будет осуществлен переход на полный тариф. Иными словами, затраты лечебных учреждений будут оплачиваться полностью (сейчас по ОМС оплачивается только 5 статей расхода). Значит, в такой ситуации частные лечебные заведения смогут участвовать в системе ОМС.

Андрей Юрин отметил, что ФФОМС видит свою главную задачу в реализации прав граждан на получение бесплатной медицинской помощи в рамках государственных гарантий, и считает ДМС более грамотным и правильным решением, чем разовое представление платных медицинских услуг.

В заключении Андрей Юрин сказал, что новый Закон позволяет одной и той же страховой организации одновременно работать и по ОМС, и по ДМС. Это сделано для того, чтобы страховые компании в большей степени отвечали своему предназначению, лучше понимали, как надо использовать финансовые средства и более эффективно использовали имеющиеся финансовые механизмы.

Елена Шарова