ОСОЗНАННАЯ НЕОБХОДИМОСТЬ

О проблемах развития добровольного медицинского страхования в России размышляет заместитель генерального директора ЗАО «Русский Стандарт Страхование» Михаил Копитайко.

Михаил Копитайко

окончил Московский инженерно-физический институт в 1988 году и прошел курсы повышения квалификации МБА в Академии народного хозяйства при Правительстве РФ в 2001–2003 годах. С 1988 по 1992 годы работал в Московском инженерно-физическом институте.

С 1992 по 2010 год работал в ОСАО «Ингосстрах», где прошел путь от экономиста до директора департамента добровольного медицинского страхования.

В феврале 2010 года вступил в должность генерального директора СОАО «Регион» (Санкт-Петербург), где занимался развитием прямых розничных продаж продуктов автострахования, возглавлял ЗАО «Иф Страхование».

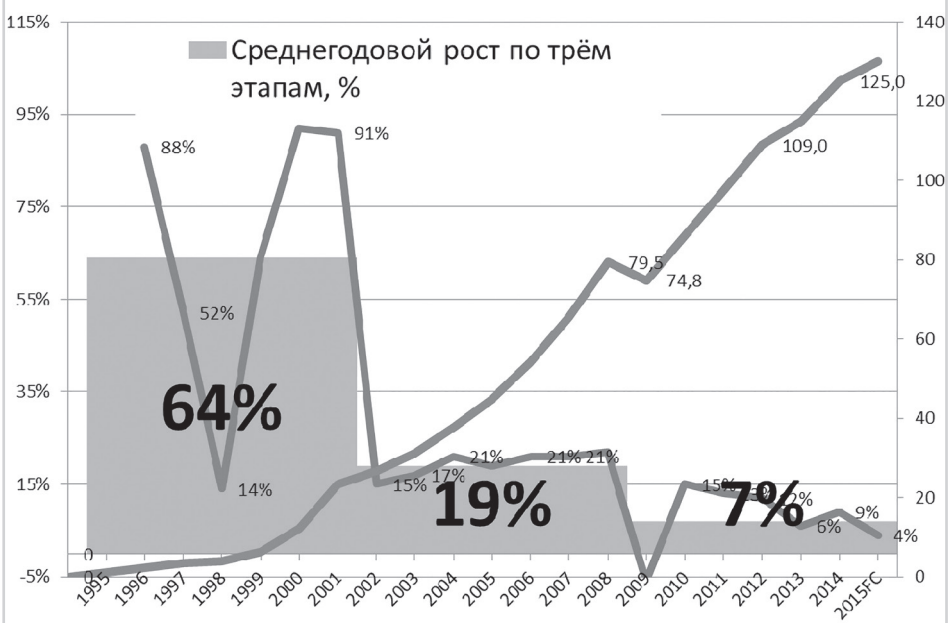
В 2011 году назначен заместителем генерального директора ЗАО «Русский Стандарт Страхование».

Добровольное медицинское страхование за счет взносов физических лиц сейчас занимает небольшую долю российского рынка медицинского страхования. Для понимания его перспектив предлагаю посмотреть на историю развития рынка ДМС в целом. С начала девяностых годов и до настоящего момента всю историю можно разделить на три этапа (рис 1).

Первый этап начинается от момента создания рынка ДМС до 2001 года. Этот этап характеризуется фантастическими темпами роста. Ежегодный прирост, кроме послекризисного 1999 года, составлял без малого 100 процентов. Безусловно, такой высокий рост был связан с инфляцией, однако одной инфляцией его не объяснить. На этом этапе происходила трансформация представлений о нужности медицинского страхования и у работодателя, и у работника. Вначале в бизнес-сообществах бытовало мнение, что высокая зарплата позволит человеку самостоятельно оплатить медицинскую помощь, если такая необходимость возникнет. Главный методологический результат первого этапа – сформировалось универсальное понимание того, что страхование является наиболее эффективным инструментом управления корпоративными социальными программами. В конце первого этапа можно было уверенно утверждать, что ДМС стало гигиеническим фактором в вопросах управления персоналом. Такой подход, такую культуру, конечно, привносили транснациональные компании, и в этот период

Объем и динамика роста рынка ДМС 1995–2015 годы (прогноз)

Рис 1



ДМС – это в значительной степени корпоративное страхование. ДМС физических лиц присутствовало на рынке в «уродливых» проявлениях – «монополисы» и прочие «схемные» вещи.

В девяностые годы медицина переживала, пожалуй, тяжелейший период в своей истории. Инвестиций – ноль, оборудование морально устарело, недостаточное госфинансирование, крайне низкие зарплаты медицинских работников, опытные врачи «выбывали» – меняли профессию, уходили на пенсию по возрасту, и им не было адекватной замены из-за недостаточного набора в медицинские ВУЗы по причине снижения престижа профессии. Средняя квалификация врачей начала снижаться. В городские больницы было страшно зайти. Но это была бесплатная медицина. Точнее – вера в бесплатную медицинскую помощь. Вера, ни на чем не основанная. Если человек идет к врачу с заболеванием, которое пройдет и само, то что нужно от бесплатной государственной медицины – чтобы справку дали… А если человек серьезно чем-то заболеет, то не дай бог ему обращаться за бесплатной медицинской помощью. В этот период времени рост и роль ДМС были очень заметны.

2001 год можно считать началом **второго этапа** становления ДМС. Динамика роста рынка снизилась, но продолжала оставаться хорошей – до 20% в год. В этот период медицинская инфляция составляет около 13%, то есть рынок ДМС явно увеличивается, не только номинально, но и реально. Рубль себя чувствует хорошо до 2008 года. Экономика растет, растет количество новых предприятий, на предприятиях растет численность персонала. Происходит развитие сознания работодателя, и есть финансовые ресурсы, чтобы проявлять заботу о персонале. Все эти факторы обеспечивают стабильный рост сегмента ДМС.

Однако ресурсная база коммерческой медицины ограничена, так как до 2005 года инвестиций в отрасль почти нет. Их становится больше, чем в 90-е, но пока эти инвестиции робки и редки. Поэтому растут очереди в поликлиниках.

В 2005 году стартовал национальный проект «Здоровье». Инвестиции потекли рекой как от государства, так и от частных инвесторов. Если до этого событием было создание одной поликлиники, то начиная с 2005 года создаются сети лечебных учреждений, в том числе в федеральном масштабе.

В это же время огромные средства инвестируются в государственную медицину. Покупаются томографы, многое другое современное оборудование. Происходит кратное увеличение зарплат медработников. Они не стали получать большие деньги. Просто до этого зарплаты были совсем низкие – меньше 50 долларов в месяц, а тут все подросло!

Примета той эпохи – впечатляющий стартап проекта «Семейный доктор». В момент появления на рынке у него не было даже своей поликлиники. Отдельно взятые

врачи, работающие в разных лечебных учреждениях, были связаны системой управления. Только в 2001 году была открыта первая поликлиника в Москве на Воронцовской улице, в 2015 году их уже 15! Это десятки тысяч квадратных метров площади медицинских учреждений. «Семейный доктор» стал положительным примером и своеобразным символом развития медицинских инвестиций.

В столице и других крупных городах появляются много новых негосударственных ЛПУ, в том числе сетевых.

Растет проникновение, в итоге – в 2008 году на рынке ДМС охват потребителей приблизился к 100%. Все предприятия, которые могли и хотели застраховать свой персонал – застраховали.

Вместе со спросом росла и цена. К концу второй половины «нулевых» она стала запредельной. ДМС оказалось по стоимости сравнимо с аналогичным страхованием в Европе, при этом оно не покрывало онкологию и трансплантацию. А это в мире чуть ли не основное, ради чего медицинское страхование нужно. Российское же ДМС покрывало и покрывает лишь массу мелких чихов.

2008 год – последний год реального роста. Экономический кризис в стране и постоянно растущая цена ДМС снизили рост до инфляционного уровня и второй этап закончился. ДМС физических лиц не получило развития ни на первом, ни на втором этапе. Страховщики при высоком росте корпоративного ДМС не видели стимула «идти» в этот неизведанный сегмент, а страхователи не были осведомлены о таком продукте в силу его отсутствия на рынке и спрос не создавали именно по незнанию. Неосознанная потребность, нужда в таком продукте, конечно, есть, а спроса – нет! Как не было спроса на мобильные телефоны, на электронные книги, на МРТ-диагностику до их физического появления.

Сборы по ДМС составили в 2014 г. 124 млрд рублей. В это же время за платные медицинские услуги население заплатило около 600 млрд рублей. Почти в ПЯТЬ раз больше! Вот деньги, которые могут и должны собирать страховые компании!

Третий, современный этап характеризуется стагнацией экономики. Драйверов нет. Кризисные условия заставляют работодателей урезать социальные программы. Жесткая конкуренция и сокращение рынка толкают страховщиков к демпингу. Многие уходят с рынка ДМС. В 2010 году страховщиков ДМС было почти 350, а в первом полугодии 2015-го ровно 200, убыль составила более 40%. Ежегодный прирост премии в период 2008–2015 годов в среднем на уровне 7%, что очевидно ниже медицинской инфляции, то есть, в реальном выражении рынок корпоративного ДМС сокращается.

ДМС физических лиц, по-прежнему, не получило развития!

Я взял бы на себя смелость утверждать, что 2015 год – это веха в развитии рынка ДМС, от которой мы через пять – десять – пятнадцать лет будем отмерять этапы развития ДМС физических лиц.

Понятно, что именно состояние здравоохранения определяет потребность в ДМС, в платной медицине, либо ОМС. Стран, которые обеспечивают своему населению широкую программу обязательного медицинского страхования, медицинских гарантий, не так много. Я подчеркиваю, не декларируют, а реально предоставляют, обеспечивают дорогостоящие услуги. Это страны с гигантским ВВП на душу населения, такие как Швейцария, Англия, Швеция, Германия и т. д. К слову сказать, в той же Англии, несмотря на большое госфинансирование, очень «спартанское» обслуживание граждан.

Доля здравоохранения в ВВП в этих странах от 7 до 14%, а в США – до 17%, против наших 2,5–3,5…

Работодатель в России отчисляет 5% заработной платы в фонд обязательного медицинского страхования. А когда-то было 3,6%. В Германии – 14,7%. Несравнимо.

К чему эти цифры? Очевидно, что сравниться по полноте и доступности государственных гарантий в части здравоохранения с развитыми странами России при существующем положении дел невозможно. Значит, не следует ожидать, что бесплатная медицина даст вдруг гражданам качественную помощь в декларированном объеме. Все это было нереально и в «тучные нулевые» годы, несмотря на то, что декларировалось государством.

С нарастанием же кризисных явлений в начале 2014 года появились первые сигналы гражданам, что в госбюджете и фонде ОМС денег для обеспечения широких программ качественного медицинского обеспечения для всех нет.

Дефицит финансирования здравоохранения растет из года в год: в 2013 году дефицит составлял 120,5 млрд руб., в 2015 году будет уже 140 млрд руб., а в 2018 году ожидается и того хуже – 754 млрд руб.

Три года назад принят закон о 100%-ной локализации производства медицинского оборудования к 2020 году. Это означает, что уже через пять лет в российских государственных медицинских учреждениях будут стоять позитронно-эмиссионные томографы, магнитно-резонансные томографы, компьютерные томографы только российского производства. Вы готовы в это поверить? Если нет, тогда нужно понимать, что их просто не будет, и государственная медицина перестанет оказывать высокотехнологичные дорогостоящие услуги.

Следовательно, объем государственных гарантий будет уменьшаться. Никто не будет вычеркивать из программы ультрасовременную диагностику, но и получить эти услуги будет НЕГДЕ. Государство, таким образом, предлагает нам самим позаботиться о себе.

Все эти изменения могут и уже сейчас вызывают возмущение и гнев общественности, и они будут

происходить. На место государственных придут частные клиники. Причем, в большинстве случаев они вырастут из закрывающихся государственных медицинских учреждений.

Гражданам предложат программу софинансирования – ОМС+. Для того, чтобы получить медицинскую помощь, необходимо будет доплатить немного денег. В Москве это уже происходит. И скоро будет везде, потому что ОМС+ у нас прописан в «Стратегии развития здравоохранения Российской Федерации на долгосрочный период 2015–2030 гг.»

И в рамках ОМС+ и будут развиваться программы добровольного медицинского страхования доступного широким массам. А у масс особого выбора не будет, так как сокращающееся финансирование государственного здравоохранения попросту «вытолкнет» граждан в платное здравоохранение, где лучшей защитой имущественных интересов станет страховой полис.

Пора перестать сокрушаться о несчастных врачах, о закрывающихся медицинских учреждениях, о разрушении советского здравоохранения. Надо подумать о себе. Лучший способ это сделать – оформить полис добровольного медицинского страхования.

Сейчас это – страхование иностранных рабочих, обязательное для иностранцев, страхование от клещевого энцефалита, страхование от критических заболеваний, потом будет ОМС+, а дальше – вся линейка продуктов медицинского страхования для физических лиц.

Понимая все эти изменения, наша компания предлагает гражданину уже сегодня изменить взгляды на систему своего медицинского обеспечения.

При индивидуальной оплате медицинской помощи человек сталкивается с двумя проблемами. Первая: пациент не защищен от **финансовых рисков**. Например, клиенту рекомендуют пройти дорогостоящее обследование и/или получить комплекс лечебных процедур, стоимостью 50 тысяч рублей, или 100, или 200 тысяч. Это может оказаться непосильной нагрузкой на семейный бюджет, и человек будет вынужден просто отказаться от своевременной медицинской помощи. Вторая проблема – отсутствие управления лечебным процессом. Без определенной программы, без перечня лечебных учреждений, без вневедомственного контроля качества медицинской помощи лечебный процесс становится фрагментарным и малоэффективным.

Эффективная платная медицина придет через индивидуальное страхование ДМС. Именно поэтому, по моему мнению, в ближайшем будущем корпоративное страхование так же будет трансформироваться в индивидуальное. На основе софинансирования работодатель и работник будут перечислять страховщику свои доли от стоимости программы.