Что мешает объединению ОМС и ДМС?

Участники круглого стола «Медицинское страхование: синергия ДМС и ОМС», проведенного «Экспертом РА», обсуждали первые итоги нового закона об ОМС и возможности плодотворного взаимодействия систем медицинского страхования.

Выбор без выбора

Одной из наиболее ярких заявок нового «Закона об ОМС» стало продекларированное право застрахованного выбирать клинику и врача. Это сразу было воспринято не только рынком, но и рядовыми гражданами как некая прекрасная утопия. В действительности, если бы все застрахованные пошли в самые лучшие клиники своего региона, то те просто не смогли бы справиться с наплывом желающих.

«Массового перетекания населения в брендовые клиники не происходит, потому что многие из них не работают в системе ОМС, – сказал *заместитель генерального директора, руководитель центра ДМС СОАО ВСК Андрей Абрамов*. – А если и работают, как например, широко известная в Москве 220 поликлиника, то там ответ простой – «квота выбрана». За МКАДом выбирать клинику практически невозможно: она одна в районе, других просто нет. А частные в системе ОМС не работают».

Как выяснилось в ходе дальнейшей беседы за круглым столом, право выбора клиники и врача было продекларировано законом совсем не ради того, чтобы любой желающий мог лечиться в кремлевке. Тогда зачем?

«Чтобы в будущем создать конкуренцию между медицинскими организациями, должна быть возможность выбора между ними, – прояснил ситуацию *председатель ФФОМС Андрей Юрин*. – Закон об ОМС подготовил условия для конкуренции между медицинскими организациями, во-первых, предусмотрев одноканальное финансирование, когда любое медучреждение, вступившее в систему ОМС, будет получать за прикрепленного человека по полному тарифу (а

не по пяти статьям, как сегодня). А во-вторых, закон убрал административные барьеры по вхождению в систему ОМС. Если раньше решение по допуску медицинского учреждения на рынок ОМС принимали местные органы власти, то сегодня на него могут выйти любые (в том числе, частные) медицинские организации, готовые работать по принятым в системе правилам».

Первые трудности

Юрий Воронин, директор дирекции развития продаж личных видов страхования ООО «Страховая компания» «Согласие» вынес на обсуждение собравшихся за круглым столом две поправки в закон.

Первое, с чем столкнулась компания «Согласие» на рынке ОМС, это недофинансирование лечебных учреждений. При этом территориальный фонд ОМС имеет право отказать СМО в выплате, если сумма оплаты оказанных медицинских услуг превышает некий заданный лимит. Однако страховщик связан с лечебным учреждением договором, в результате чего ему приходится оплачивать штрафы из собственных средств. Поскольку у страховых компаний не предусмотрено резервов для подобных ситуаций, г-н Воронин вышел с предложением обращаться в ФФОМС для получения субвенций.

Вторая поправка касается так называемых молчунов, то есть людей, которые не обратились ни в одну страховую компанию для оформления полиса ОМС. Сейчас деньги на «молчунов» распределяются между страховщиками пропорционально объемам имеющихся у них портфелей. Суть предлагаемой поправки сводится к введению принципа распределения денег, который поощрял бы новичков, только вышедших на этот рынок.

Тема недофинансирования ЛПУ серьезно обсуждалась с самими лечебными учреждениями, сказал *директор департамента развития медицинского страхования Министерства здравоохранения и социального развития Владимир Зеленский.* В ближайшем будущем планируется сильно увеличить финансирование ОМС, однако, в министерстве считают, если в системе не будет никаких финансовых ограничений, возросший денежный поток может привести ее к банкротству.

Когда СМО заключает договор с ЛПУ, – продолжил г-н Зеленский, – в нем фиксируются предельный бюджет и предельный объем медицинской помощи, который эта страховая компания оплачивает. На случай превышения объема оказанных медицинских услуг закон предусматривает длинную проце-

дуру выяснения причин возникшей ситуации. В результате принимается решение о выделении средств – или же отказ в их выделении. Что касается «молчунов», то в Минздравсоцразвития не считают, что страховщики, выходящие на рынок ОМС, должны набирать свой портфель за их счет. Большой клиентский портфель создается в результате активной работы страховой компании, поэтому пропорциональное распределение денег «молчунов» в министерстве оценивают как наиболее справедливое.

ОМС vs ДМС

Исследование рынков ОМС и ДМС, подготовленное «Экспертом РА», показало, что реформа ОМС привела к ужесточению условий работы страховых медицинских организаций. По мнению аналитиков агентства, чтобы остаться на рынке страховой медицины, страховщикам имеет смысл объединить бизнес-процессы по ОМС и ДМС и разработать продукты, объединяющие обе системы страхования. Однако сейчас нет условий для реализации этих идей – причем, как показали выступления участников рынка, не только законодательных.

Продукты, объединяющие ОМС и ДМС, отметила *заместитель генерального директора ОСАО «Ингосстрах» Татьяна Кайгородова,*

Фото: Ксения Середа

могли бы значительно повысить качество медицинского обслуживания и сделать намного более доступным полис ДМС – как на уровне работодателей, так и на уровне потребителей из числа физических лиц. В то же время спикер выделила два глобальных препятствия на пути создания совместных продуктов:

1. Отсутствие законодательной базы. Если одно и то же ЛПУ оказывает одному и тому же лицу одну и ту же услугу и делит по ней счет между ОМС и ДМС, это преследуется в уголовном порядке. Пока это законодательное препятствие не будет преодолено, ни о какой синергии систем не может быть и речи, считает г-жа Кайгородова.
2. Даже когда первая преграда к интеграции будет преодолена,

останется проблема деления счета между ОМС и ДМС. Если дело касается стационарного лечения или лечения с использованием высокотехнологичных установок, к проблеме можно подойти по формальному признаку. Тогда можно разделить счет по уровню квалификации врачей, уровню сервиса (количество больных в палате, питание), цене используемых лекарств и т.п. Однако в сфере поликлинической помощи, на которую приходится более 80% оказанных медицинских услуг, как в ОМС, так и в ДМС, таких принципов пока не выработано.

Вместе с тем, если названные проблемы будут решены, цена полиса ДМС сильно упадет в цене. И если сегодня полис ДМС для региональной компании, в которой работает 2000-3000 человек, обходится в среднем в 10-15 тысяч рублей, то при объединении систем ОМС и ДМС цена полиса составит 4000-5000 рублей, что очень сильно расширит сегмент ДМС.

Фото: Ксения Середа

Однако, отметила спикер, сегодня, в отсутствии законодательных оснований для интеграции ОМС и ДМС, существует еще и такой непонятный вид страхования, как депозитное страхование ДМС. Оно используется на крупных заводах, предприятиях, где есть свои маленькие медсанчасти, имеющие доступ к системе ОМС. Ни для кого не секрет, что депозитное страхование – это способ повышения объемов финансирования такой медсанчасти, чтобы она могла содержать своих специалистов на достойном уровне, закупать нормальные расходные материалы, иметь качественное оборудование. Однако, подвела итог г-жа Кайгородова, описанная схема не имеет ничего общего с рисковым страхованием. Тем не менее, до тех пор, пока не будут устранены препятствия к интеграции ОМС и ДМС, в регионах будет превалировать депозитное страхование.

Анатолий Сандимиров, генеральный директор ООО «Страховая медицинская компания РЕСО-Мед», указал на еще одно – информаци-

онное – препятствие на пути к интеграции ОМС и ДМС. Чтобы не быть голословным, он описал эксперимент по объединению этих систем.

Идея эксперимента была проста: бюджет сначала города Перми, а потом и краевой бюджет Пермского края по распоряжению губернатора и на основании подготовленной программы проводил дополнительные выплаты на ДМС для сотрудников муниципальных и бюджетных учреждений. Тарифы по ДМС были очень низкими (100-200 долларов в зависимости от программы), что обеспечивалось крупнейшими страховщиками страны.

Опыт первого года эксперимента для страховых компаний оказался, по оценке спикера, плачевным – сборы были слишком низкими (однако никто из страховщиков от участия в эксперименте не отказался). По результатам года проведен выборочный анализ деятельности ЛПУ, работающих одновременно и в системе ОМС, и в системе ДМС. Из рассмотрения были исключены областные клиники наиболее высокого уровня – в исследовании участвовали только учреждения муниципальной городской поликлинической сети, поскольку именно они оказывают 90% всей медицинской помощи. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи (которая, кстати сказать, требуется не так уж часто) тоже не анализировалось. Предметом рассмотрения стала медпомощь по наиболее распространенным болезням – ОРВИ, грипп. Для анализа результатов рассматривался только один срез – количество посещений ЛПУ. Участвующие в эксперименте страховые компании представили следующую информацию: каждый заболевший человек за две недели в среднем четыре раза обращался в ЛПУ по системе ОМС. Самое интересное выяснилось, когда была запрошена информация о числе посещений тех же самых застрахованных в то же самое ЛПУ за те же две недели болезни, но по системе ДМС. Число таких обращений равнялось в среднем 14.

К сожалению, таких примеров много, уточнил г-н Сандимиров. По его мнению, первый практический шаг к синергии ОМС и ДМС – прозрачный анализ достоверности информации, предоставляемой ЛПУ. А она не является достоверной ни в ОМС, ни в ДМС, что показывают прямые проверки. За последние 20 лет во многих медицинских учреждениях привыкли рассматривать отчетность исключительно как способ получения денег на собственное функционирование, а об ее достоверности никто особенно и не задумывается, уточнил спикер. В ре-

зультате страховщики не знают, за что они переводят деньги лечебному учреждению, подвел итог глава «РЕСО-Мед».

Первое, что нужно для синергии, считает г-н Сандимиров, это нормальное информационное взаимодействие. Чтобы страховщики могли задуматься о формировании совместных продуктов по ОМС и ДМС, нужны нормированные информационные базы в области здравоохранения. ОМС действительно убивает ДМС, продолжил спикер. Чем больше денег государство вложит в ОМС, тем меньше будет причин обращаться за ДМС. «Мы построим отличную медицину по кубинскому образцу, когда зайдя в любую муниципальную клинику можно будет получить весь спектр лечебных услуг. Правда, вопрос о ДМС тогда отпадет сам собой» – сказал г-н Сандимиров.

Возможности соединения ОМС и ДМС в единую систему с точки зрения медицинского учреждения оценил *председатель совета директоров ОАО «Лечебный центр» Андрей Калмыков*. Он сказал, что частному лечебному заведению сегодня совершенно невыгодно ОМС из-за десятикратной разницы между суммой, в которую обходится прием терапевта, и суммой, которую за этот прием перечисляют из территориального ФОМС. Позднее, когда будут финансироваться все статьи расходов ЛПУ, то есть система ОМС перейдет на полный тариф, расходы клиники на застрахованных по ОМС будут полностью покрываться. Тогда можно будет увеличивать число прикрепленных к клинике по ОМС.

Сегодня для частной клиники, какой является «Лечебный центр», обслуживание больных по ОМС – своего рода благотворительность, сказал г-н Калмыков. В рамках этой системы в центре обслуживают инвалидов, ветеранов и несколько вузов, расположенных по соседству. Деньги на их лечение центр зарабатывает на ДМС. И до тех пор, пока не будет сближения цен ОМС и ДМС, ни о какой синергии не может быть и речи, заключил спикер.

Елена Шарова