

страхование

«Если бы культура отношения к здоровью была выше, страна была бы счастливее»

частные инвесторы

Известный страховой менеджер, создатель и владелец в прошлом одного из крупнейших страховщиков — Промышленно-страховой компании — (ныне СГ «Уралсиб») — Борис Пастухов и после продажи бизнеса не перестал работать со страховщиками. Теперь ему принадлежит холдинг «Национальная медицинская компания», который объединяет медучреждения поликлинического профиля под брендом «Новая поликлиника». О том, как чувствует себя рынок частных медицинских услуг, **БОРИС ПАСТУХОВ** рассказывал в интервью „Ъ“.

— Почему после страхового бизнеса был выбран медицинский?
— В начале 2003 года я оценил перспективность рынка частных медицинских услуг и инвестирую в его развитие. Чем старше становилась, тем больше думаешь, куда обратиться за медицинской помощью в случае необходимости. К сожалению, уровень жизни и показатели смертности в нашей стране говорят о том, что людям надо лучше заботиться о своем здоровье, внимательно относиться к образу жизни. Если бы культура отношения к здоровью была выше, страна наша была бы счастливее.

Кроме того, медицинская тема вечна. Если ты сам не заботаешься о своем здоровье, то рано или поздно состояние здоровья заставит тебя обратиться за помощью при наступлении проблем. Я отнесся к этому не только как к бизнесу: мне было важно отстроить механизм оказания правильной помощи человеку. Примерно 70–90% медицинской помощи можно получить в одном медучреждении с хорошей диагностической базой и квалифицированными врачами. Остальные 10–30% — это уже высокотехнологизированные и специализированные по конкретным профильным заболеваниям клиники — офтальмология, кардиохirurgия, нейрохирургия и проч.

По тому же принципу, как мне кажется, правильно было бы и любой семье выстраивать отношения с медициной: понять, какая клиника будет базовой и где решать специализированные проблемы. Будет эта помощь платной или бесплатной, зависит от материальных возможностей. И для тех, кто не желает обращаться в «теневую» медицину, я бы посоветовал частные клиники. — На базе какой поликлиники вы начали свой бизнес и много ли пришлось менять?

— Первоначально это была поликлиника бывшего Промстройбанка. Ранее основны-



Евгений Яковлев

ми клиентами этой поликлиники были сотрудники банка — своего рода домашняя поликлиника для своих. В рыночных условиях пришлось многое менять.

Первое, что мы сделали, — переехали в новое здание, которое было специально обустроено под потребности пациента, как следствие, изменилась функциональность помещений. Все, что связано с водолечением, парилками, саунами, утратило свою актуальность: сложно было окупать затраты на содержание технической базы оказания этих услуг. Поэтому все оборудование водолечебницы было передано госпиталю МВД, где это востребовано.

Кроме того, изменения в деятельности были проговорены с органами здравоохранения по заболеваниям клиентов: у нас довольно большой женский контингент — так появился центр женского здоровья. Вопрос структурирования мы довольно успешно, на мой взгляд, завершили. И, следующей задачей стал вопрос выработки собственных стандартов лечения и оказания медицинских услуг на базе существующих московских стандартов ОМС.

Но процесс преобразований не стоит на месте, он будет продолжаться в зависимости от изменений, заложенных в законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ». После выработки стандартов лечения на государственном уровне будет понятно, что государство примет на себя в части ОМС, а что может быть предложено через платные услуги. Пока не очень понятно, допустит ли государство частные медицинские учреждения в область высокотехноло-

гичной медицины, но ряд коллег и инвесторов хочет в этом процессе участвовать.

Сейчас около 10% населения пользуется услугами частных клиник. При этом 90% из них получают услуги клиник, которые оплачивает работодатель через страховые компании. Работа со страховыми компаниями знакома и понятна, и мне показалось интересным понять этот бизнес с другой стороны.

— С кем из страховщиков сейчас работаете?

— Крупные игроки рынка ДМС всем известны. Они в основном все те же, что и восемь лет назад: «Согаз», РОСНО, «Ингосстрах», «РЕСО-Гарантия», ВСК, МАКС, «АльфаСтрахование», «Энергогарант», «Ренессанс Страхование», «Согласие», «Уралсиб», «Росгосстрах» и др. По статистике Всероссийского союза страховщиков, топ-15 страховых компаний в 2010 году заключили 57% договоров ДМС, всего действует около 10 млн договоров. При этом коэффициент выплат ниже 100%. Это радует. Хотя на растущем, пусть не так активно, как в середине прошлого десятилетия, портфеле договоров страховании фактический коэффициент может быть выше 100%, включая внутренние расходы страховщика и выплаченные комиссионные. В зависимости от компаний он разный, тем не менее он колеблется от 46% до 96%.

— И как, на ваш взгляд, должно строиться правильное сотрудничество страховщиков и клиник? Центр прибыли ли?

— Каждый из участников является коммерческой структурой и работает в том числе на получение прибыли. Но задача у этих двух сторон одна — удовлетворить потребности клиента в медицинской помощи. И если этот процесс построить, ориентируясь на клиента, то, мне кажется, разногласий между двумя участниками этого процесса не должно быть.

С нашей стороны цена услуги — это оплата труда врача, оборудования, других расходов медицинского учреждения. Она предлагается клинику страховщику как рыночная. Но страховщик испытывает давление с другой стороны — своего клиента, который ограничен бюджетом и говорит: «Больше денег дать не могу». И вот тут начинается самое интересное — взаимоотношения двух сторон в части удовлетворения спроса страхователя и возможности поликлиники по оказанию за такую цену конкретных медицинских услуг. В этом процессе важно не потерять суть — заботу о здоровье человека.

Понятно, что при любом медицинском лечении можно сделать расширенную диагностику, а можно — минимальную. С по-

явлением общих стандартов лечения определенности станет явно больше. Государство должно определиться с тем, сколько нужно и можно выделять средств на диагностику, лечение, профилактику здоровья за счет ОМС. В целом, наблюдая за стратегией государства на медицинском рынке, поражаешься тому, сколько сделано для развития этого сектора. И это не предвыборная кампания, это явно стратегия, связанная с демографией, с перемной отношения к гражданам. А недавно принятый закон об охране здоровья решает еще две задачи: это страхование ответственности врачей и обязательная аккредитация каждого медицинского работника. Это повлияет на изменение отношения врача к выполняемой им работе.

— Ну а до принятия стандартов лечения и введения всех новшеств, как удается договариваться со страховщиками?

— Стоимостные характеристики медслужбы в целом по рынку уже сформированы. Известно, что сотрудники небольших организаций «наличиваются» на гораздо более значительные суммы, чем сотрудники крупных предприятий. В среднем по стране, пользуясь статистикой, в том числе своих коллег, могу сказать, что в 2010 году стандартный корпоративный полис ДМС стоил около 15 тыс. руб. на человека, 120 тыс. руб. — VIP-обслуживание, 45 тыс. руб. — при оказании услуг в ведомственной клинике, 65 тыс. руб. — программы для людей с хроническими заболеваниями. То есть цифры известны. На сайте нашей клиники тоже доступны цены на оказываемые медицинские услуги. И третий со страховщиками в части упреков в адрес медучреждений по поводу гипердиагностики сейчас существенно меньше.

Сегодня страховщики предоставляют своим клиентам широкий набор медицинских учреждений. Меня, как страховщика в прошлом (или не бывает бывших?), удивляет огромный набор медицинских учреждений в страховом полисе. Стойкие зрения потребности, наверное, это неплохо, хотя фактически человек пользуется одним-двумя из них. Но с точки зрения страхового бизнеса это довольно обременительно и затратно — вести работу с большим количеством клиник. Например, в программе 15 поликлиник и 10 стационаров. Доходимость в поликлинику — менее 10%. И по каждой из них нужно вести экспертизу, аналитику и содержать соответствующий штат специалистов — это не очень эффективно. Не очень эффективна в этом случае и организация медицинского обслуживания, так как обеспечить преемственность в обследо-

вании и лечении пациентов таким большим числом медицинских учреждений различных ведомств и форм собственности практически невозможно.

Наш опыт показал, что правильное формировать страховые программы, рассчитанные на то, что первые два года застрахованные люди проходят больше обследований и получают лечение, чтобы снизить заболеваемость в пятилетней перспективе, то есть сразу надо выявить по максимуму, какие есть проблемы со здоровьем, образом жизни. Но это нелегко для страховщиков, так как их расходы на первом этапе на оплату услуг по полису возрастут. Но в дальнейшем убыточность снижается, возникает возможность получения большей прибыли по договору. По нашему опыту до 20% снижается заболеваемость на пятилетнем горизонте. Мы не навязываем эту идеологию, а пробуем внедрять новые подходы в организацию работы со страховщиками. Поэтому, как мне кажется, надо на объединенном уровне страховых и медицинских профобъединений вести работу по этим вопросам.

— Сфера ОМС вам интересна? Сейчас по данным ФФОМС в этой системе задействовано 200 частных клиник. Ваши в ней работают?

— В разных регионах решение индивидуально. В Астрахани в программе ОМС наша поликлиника частично задействована. Но цена нашей услуги отличается от стоимости услуги в рамках ОМС. И пока это не рентабельно.

— Но в 2013 году планируется введение так называемого полного тарифа в системе ОМС, который будет оплачивать медорганизациям все расходы, кроме строительства, капремонта и оборудования свыше 100 тыс. рублей за единицу.

— При введении одноканального финансирования появляется возможность для частных клиник выйти на рентабельность. Пока очень немногие частных медучреждений изъявляют желание участвовать в работе в системе ОМС. В Москве их более чем 5 тыс. частных медорганизаций, около 20 подали заявку на аккредитацию в систему ОМС. Хорошая ниша для частных клиник в ОМС — это стоматология. Стоматологические поликлиники готовы войти в ОМС, чтобы обеспечить поток клиентов. В регионах участие частных клиник в системе ОМС варьируется — от одной в Красноярском крае, до 30% от общего числа в Калининградской области. В разных регионах спрос на те или иные услуги неодинаков. Дополнительным стимулом участия частных клиник в ОМС может стать повышение тарифов по оплате медслужбы в 2013 году за счет увеличения тари-

фа страховых взносов в фонд ОМС. Кроме того, многое будет зависеть от того, разрешат ли государственным и муниципальным медицинским учреждениям продолжать оказывать медслужбы на коммерческой основе. Во всяком случае, на сегодня главным игроком на рынке медслужбы остается государство — 1,5 трлн руб. в год расходуется на медицинский сектор, в то время как объем рынка платных медицинских услуг — 240 млрд. руб. Как видите, несопоставимые цифры.

— А насколько полный тариф по оплате медицинских услуг в ОМС с 2013 года реально покроет затраты клиник? Какова рентабельность коммерческих клиник в Москве и регионах?

— Сейчас трудно сказать, каким будет тариф в 2013 году и какую долю расходов медучреждений он будет покрывать, но во всех случаях это будет лучше, чем то, что есть сейчас. Рентабельность же коммерческих поликлиник, по нашим оценкам, колеблется от 3% до 20%, но это зависит от многих факторов, и в первую очередь от того, надо ли платить за аренду недвижимости, в которой расположена клиника.

— Повлияет ли на развитие частного медицинского бизнеса решение правительства освободить от налога на прибыль часть платных медслужб?

— Безусловно, это серьезное преимущество, которое позволит высвободить средства как для закупки нового оборудования, так и для расширения перечня оказываемых услуг и снижения их стоимости. Кроме этого государство могло бы рассмотреть вопрос об освобождении от налога на добавленную стоимость операций (услуг) по предоставлению в лизинг медицинского оборудования. Это также позволило бы снизить стоимость медицинской услуги и повысить рентабельность инвестиций в медицинский бизнес.

— А как вы оцениваете сотрудничество государства и бизнеса в развитии медицины в стране?

— Пока не очень успешно. Самый простой опыт — создание совместных предприятий в этой сфере — недостаточно развит. Концессионные соглашения предполагают передачу в концессию не поликлинического учреждения, а лишь здания и имущества. Если рассматривать в перспективе возможность передать управление медицинскими учреждениями государственного или муниципального сектора частным управляющим компаниям, то необходимо закладывать в государственный бюджет статьи расходов для оплаты таких услуг.

Интервью взяла Татьяна Гришина

«Мы не скрываем своей симпатии к процессу укрупнения страховщиков»

госполитика

Уже почти год — с января 2011-го — система обязательного медицинского страхования (ОМС) живет по новому закону. О первых итогах реализации нововведений в интервью „Ъ“ рассказал глава департамента развития медицинского страхования Минздравсоцразвития **ВЛАДИМИР ЗЕЛЕНСКИЙ**.



Михаил Яковлев

— Первые итоги реформы ОМС уже известны?
— Пока рано подводить итоги реформы — она только началась. Можно назвать предварительные цифры, которые покажут, что закон все-таки начал работать. Во-первых, увеличилось количество медицинских организаций, работающих в системе ОМС. Так, заявились дополнительно около 300 медорганизаций по сравнению с их количеством год назад. Причем из вновь пришедших около 100 — частные.

Кроме того, введен единый полис ОМС. С начала 2011 года более 9 млн человек обеспечены едиными полисами ОМС нового образца. Одной из новаций закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» являются программы модернизации здравоохранения, которые реализуются в регионах с 2011 года. В целом этот год оказался первым подготовительным этапом.

— Сейчас в страховых медицинских организациях лежит около 1 млн никому не нужных полисов. Почему так получилось?

— Мы не осуществляем заготовки полисов впрок. Невостребованность полисов возникла не потому, что они никому не нужны, а потому, что они еще не доставлены гражданам. Это произошло отчасти из-за нерасторопной работы страховых компаний, отчасти из-за самих застрахованных. Могу вас заверить, что мы обеспечиваем страховые компании по-

лисами при предъявлении заявки абсолютно ритмично. — Из 8,4 тыс. медучреждений, работающих в России, частных 200, и только половина присоединилась к ОМС. Получается, частным клиникам по-прежнему не интересно работать в системе?
— Для частного медучреждения работа в системе ОМС — это палка о двух концах. С одной стороны, это большое количество клиентов, с другой стороны — это достаточно низкие тарифы. А действующие сейчас неполные тарифы вообще не предусматривают оплату по все стандартный затрат медорганизации. Поскольку тариф неполный, то и полноценной мотивации работать в системе нет. Очевидно, что в 2012 году прирост частных медучреждений будет не столь значительным. Мы ожидаем, что по мере продвижения к одноканальному финансированию, когда все больше статей затрат будет покрываться тарифом, частных медучреждений в системе будет больше. Первые шаги к одноканальному финансированию система уверенно начнет делать уже в 2013 году. — Какие затраты клиник останутся без покрытия ОМС?
— В тариф ОМС будут укладываться почти все статьи расходов, кроме покупки дорогостоящего оборудования стоимостью больше 100 тыс. руб., его амортизация, а также расходы

на строительство. Статьи на ремонт зданий в тариф входят.

— Бизнес интересуется, когда он сможет участвовать в высокотехнологичной медицине?

— Высокотехнологичная медпомощь войдет в систему ОМС в 2015 году, и тогда каждый, кто заявит о своем желании работать в системе ОМС, будет иметь возможность получать соответствующие объемы средств исходя из заявленных тарифов на этот вид помощи. До 2015 года, поскольку финансирование высокотехнологичной медпомощи идет через бюджет, а не через ОМС, участие индивидуально.

— Когда был принят закон об ОМС, вы говорили, что страховая компания станет «адвокатом застрахованного». Но по мнению страховщиков, закон позволяет им только привлекать независимых экспертов и оказывать помощь в подготовке документов для обращения в суд. — На наш взгляд страховщики стали такими адвокатами. Мы не считаем, что страховые компании так уж обделены полномочиями или им необходимы на данном этапе развития ОМС какие-то дополнительные функции. У нас начинает работать новый порядок проведения экспертизы и контроля качества медпомощи, который устанавливает достаточно серьезные требования к страховщикам к случаям, по которым они должны проводить экспертизу. Я думаю, что основные претензии страховщиков могут быть связаны с низкими процентными средствами на ведение дел, но на самом деле суммы достаточно крупные. И они будут только увеличиваться по мере насыщения системы ОМС деньгами.

— Новый закон об ОМС дал право застрахованному в ОМС выбирать страховую компанию, ранее за работником это делал работодатель. Как это повлияло на развитие конкуренции между страховщиками?
— Конкуренция в полном объеме пока быть не может, поскольку закон только набирает обороты. Серьезного перераспределения потоков застрахованных между страховыми компаниями не наблюдается, и это тоже было ожидаемо. Мы понимаем, что все нормы закона, связанные с выбором медучреждения и страховой компании, заработают полноценно только с 2012 года. Текущий год был для нас годом правового регулирования и подготовки. — Возможность выбора страховщика повлияла на улучшение экспертизы качества медслужбы, которую проводят страховые компании?
— В полной мере право на выбор страховой компании повлияет на программу ОМС 2012 года. Отмечу, что сама экспертиза проводится без участия застрахованного лица. Сейчас мы внимательно следим за тем, как новые правила проведения экспертизы выполняются, поскольку они достаточно жесткие. — В правилах ОМС появился ряд новых позиций — по информированию населения о том, в какую медорганизацию и к какому страховщику обращаться. На своем сайте страховая компания обязана опубликовать сведения о составе учредителей, численности застрахованных, об опыте работы, о видах, качестве и об условиях предоставления медпомощи, о выявленных по обращениям застрахованных нарушениях при оказании медслужбы и проч. Как эти правила выполняются?
— В большинстве случаев выполняются. Мы постоянно проводим мониторинг как страховых компаний, так и территориальных фондов ОМС и медорганизаций. При обсуждении закона «Об обязательном медицинском страховании», «Об основах охраны здоровья граждан» мы говорили, что отсутствие информации у граждан — это краеугольный камень. Поэтому мы

постоянно следим за информационной составляющей — тем, что размещено на сайтах, соответствует ли это требованиям. И на всех уровнях у нас предусмотрены штрафы как для страховых компаний, так и для медицинских организаций, которые не публикуют информацию на своих сайтах.

— Когда появится рейтинг страховых компаний, работающих в ОМС, на основе независимых оценок?

— Мы должны публиковать объективную информацию, иначе это может быть расценено как нарушение антимонопольного законодательства. Очевидно, что мы не можем сказать гражданам, какая страховая компания лучше, а какая — хуже, но дать информацию, что такая-то страховая компания постоянно штрафует за то, что не выполняет наши требования по экспертизе, а значит, плохо защищает интересы застрахованного, мы в состоянии. Сейчас мы движемся к набору объективных показателей, которые будем раскрывать о страховых компаниях. Думаю, что в ближайшем будущем, возможно, уже в 2012 году, такие сведения станут публичными.

— Как решена проблема системы штрафных санкций со стороны страховщика к медучреждению за невыполнение обязательств. Кажется, в правилах ОМС эта система вообще отсутствовала?
— Действительно, наличие штрафных санкций у нас предусмотрено всеми возможными договорами — между фондом и страховыми компаниями, между медорганизациями и страховыми компаниями. Мы сейчас обсуждаем, насколько мы должны делать едиными таблицы штрафов для всех регионов. Мы следуем логике, что на каждой территории размер штрафов определяется индивидуально. У нас есть только некий перечень нарушений, за которые штрафуются медорганизации, в то время как для стра-

ховых компаний у нас уже установлены размеры штрафов. И жалобы страховых компаний связаны с тем, что для страховой компании Российская Федерация штрафы установила, а для медорганизаций штрафы устанавливает регион. Вопрос в том, устраивает ли размер штрафов страховщиков. Мы посчитали, что штрафы медицинских организаций являются предметом договора со страховой компанией. Мы работаем сейчас над тем, чтобы привести корректировку тех причин, по которым штрафуются медорганизации, чтобы более конкретно этими штрафами стимулировать качественное оказание медицинской помощи.

— Увеличение уставного капитала страховщиков с 30 млн до 60 млн руб. себе оправдало? В министерстве не скрывали, что в 2012 году число страховых компаний сократится с 95 до 80–85. — Я бы назвал этот процесс укрупнением страховых компаний, который и так в действии. Проблема, которую мы должны решить, — чтобы эти укрупнения не привели к физической недоступности страховых компаний для граждан, чтобы не сократилось количество филиалов и офисов. Мы не скрываем своей симпатии к процессу укрупнения страховщиков: чем компания больше, тем больше у нее ресурсов, чтобы защищать интересы застрахованных.

— Новый закон забрал у страховщиков возможность размещать средства ОМС на депозитах и дал возможность сэкономить средства ОМС забирая себе в часть бонуса на ведение дел. Это изменение себя оправдало?
— Пока рано подводить итоги. Нужно посмотреть на результаты финансового года. Могу сказать точно: бегства компаний с рынка нет, а если его нет, значит, работать по новым правилам так же выгодно.

Интервью взяла Дарья Николаева

ховых компаний у нас уже установлены размеры штрафов.

И жалобы страховых компаний связаны с тем, что для страховой компании Российская Федерация штрафы установила, а для медорганизаций штрафы устанавливает регион. Вопрос в том, устраивает ли размер штрафов страховщиков. Мы посчитали, что штрафы медицинских организаций являются предметом договора со страховой компанией. Мы работаем сейчас над тем, чтобы привести корректировку тех причин, по которым штрафуются медорганизации, чтобы более конкретно этими штрафами стимулировать качественное оказание медицинской помощи.

— Увеличение уставного капитала страховщиков с 30 млн до 60 млн руб. себе оправдало? В министерстве не скрывали, что в 2012 году число страховых компаний сократится с 95 до 80–85. — Я бы назвал этот процесс укрупнением страховых компаний, который и так в действии. Проблема, которую мы должны решить, — чтобы эти укрупнения не привели к физической недоступности страховых компаний для граждан, чтобы не сократилось количество филиалов и офисов. Мы не скрываем своей симпатии к процессу укрупнения страховщиков: чем компания больше, тем больше у нее ресурсов, чтобы защищать интересы застрахованных.

— Новый закон забрал у страховщиков возможность размещать средства ОМС на депозитах и дал возможность сэкономить средства ОМС забирая себе в часть бонуса на ведение дел. Это изменение себя оправдало?
— Пока рано подводить итоги. Нужно посмотреть на результаты финансового года. Могу сказать точно: бегства компаний с рынка нет, а если его нет, значит, работать по новым правилам так же выгодно.

Интервью взяла Дарья Николаева

СТРАХОВОЕ
РОССИЯ
ОБЩЕСТВО

ВОЗРОЖДАЯ
СТРАХОВЫЕ
ТРАДИЦИИ

225 ЛЕТ
23 АПРЕЛЯ 1786 Г.
МАНИФЕСТ ОБ УЧРЕЖДЕНИИ
«СТРАХОВОЙ ЭКСПЕДИЦИИ ПРИ ГОСУДАРСТВЕННОМ
ЗАЕМНОМ БАНКЕ»

РОССИЯ ВСЕГДА С ТОБОЙ
WWW.ROS.RU (495) 799 9999

Реклама. ОСАГО «Россия»
Лицензия ФССН РФ от 16 марта 2006 г. № 000277. Рег. номер 0002.