



Тематическое приложение к газете **Коммерсантъ**

Страхование

Среда 18 ноября 2020 №211 (6932 с момента возобновления издания)



kommersant.ru

17 **Агrostрахование с господдержкой сильнее пандемии**

18 **Страховщики против сравнений доходности своих инвестпродуктов с депозитами**

18 **Ипотечный заемщик должен покупать свои полисы сам, считают банки и страховщики, в ЦБ так не думают**

На текущей неделе Госдума рассмотрит во втором чтении поправки Минздрава в закон об обязательном медицинском страховании (ОМС), которые сокращают размер вознаграждения страховщиков и пересматривают их роль в системе. Страховому лобби удалось убедить Минздрав не делать резких изменений: поначалу размер расходов на ведение дел (РВД) страховщиков предлагалось сократить вдвое, теперь — в среднем на треть, кроме того, компании рассчитывают сохранить функцию представления интересов пациентов в федеральных клиниках.

ОМС плюс госзаказ

— реформа —

Скрытая угроза

В конце сентября правительство внесло на рассмотрение Госдумы пакет поправок к закону об ОМС, затрагивающих как работу федеральных больниц и клиник, так и страховщиков. Для первых предлагалось выделить внутри системы ОМС отдельное финансирование на оказание высокотехнологичной медпомощи (ВМП), зарезервировав под каждое учреждение определенный объем пролеченных пациентов. Страховщиков ожидало двукратное снижение расходов на ведение дел: с действующих 1–2% средств, поступивших клиник по подушевым нормативам, до 0,5–1%. Таким образом правительство рассчитывало высвободить к 2023 году до 6,8 млрд руб. и направить их на реализацию территориальных программ ОМС.

Предложение, напрямую затрагивающее финансовые интересы страховщиков, стало известно рынку накануне первого чтения поправок в Госдуме. И как только инициатива Минздрава стала обсуждаться публично, страховое сообщество приложило все усилия, чтобы сделать ее непопулярной как у широкой публики, так и у властей. Страховые медорганизации (СМО) обратились за поддержкой и к различным институтам правительства: от Банка России до Счетной палаты, на помощь были призваны пациентские сообщества.

Страховое лобби использовало широкий спектр аргументов для пояснения своей позиции: от экономических до политических. Представители компаний говорили об уходе с рынка из-за невозможности в новых условиях сохранить рентабельность. Это, по их словам, должно было привести к ухудшению качества медпомощи вплоть до того, что сказалось бы на росте смертности. В этом случае, как следует из обращений Всероссийского союза страховщиков (ВСС) к президенту и премьеру, правительство пришлось бы столкнуться с таким уровнем недовольства населения, что оно могло бы повлиять на его электоральное поведение.

Насколько такие перспективы реалистичны, оценить невозможно хотя бы потому, что страховщики не обязаны предоставлять сведения о своих доходах и расходах, а значит, оценить их рентабельность со стороны нельзя. При прекращении их участия в системе ОМС она из страховой превратилась бы в бюджетную, обе эти модели здравоохранения сейчас представлены в различных странах мира.

В РФ обществу в лице как экспертов, так пациентов и врачей спорит о роли страховщиков в здравоохранении уже почти 30 лет. Изначально инициатива введения страховой медицины принадлежала медицинскому сообществу, но теперь врачи часто выступают с критикой работы страховщиков. По их мнению, внешние



эксперты в лице СМО не могут оценить деятельность опытных клиницистов, в то же время их содержание требует повышенных расходов на администрирование. Пациенты в своих отношениях с медицинской организацией считают важным иметь возможность апеллировать к «третьей стороне», то есть к страховщикам.

В этот раз страховое лобби победило. Менее чем за месяц с начала обсуждения проекта поправок СМО

смогли добиться внесения в него ряда изменений, в первую очередь касающихся размера их вознаграждения. Так, теперь диапазон норматива будет составлять не 0,5–1%, а 0,8–1,1%. Именно при такой нижней границе норматива на РВД, по мнению представителей ЦБ, страховые компании могут вести безубыточную деятельность (подробнее см. „Б“ от 2 ноября). Если это действительно было достигнуто силами самого стра-

хового сообщества — с одной стороны способного к активному лоббизму как благодаря сплоченности, так и из-за личных качеств президента ВСС Игоря Юргенса, то этот проект Минздрава окажется в относительно коротком списке государственных инициатив, серьезно изменившихся под воздействием общественного мнения.

Помощь федерального запаса

Впрочем, пока, несмотря на усилии страховщиков, проект Минздрава остался неизменным в части реформирования взаимоотношений ФФОМС, федеральных центров и СМО.

Сейчас в России существует несколько десятков федеральных медицинских учреждений, которые оказывают высокотехнологичную медпомощь. Если раньше их услуги оплачивались только из средств федерального бюджета, то с 2014 года правительство начало постепенно переводить все больше видов ВМП на финансирование в рамках ОМС. В результате сейчас федеральные клиники оказывают такие услуги, получая оплату из двух разных источников и по различным тарифам.

«Мы сделали все для того, чтобы рентабельность не потерялась»

— позиция рынка —

Уже больше месяца чиновники, страховые и пациентские сообщества обсуждают предложение Минздрава реформировать положение страховых медицинских организаций (СМО) в российском здравоохранении. Накануне второго думского чтения проекта, запускающего такую реформу, глава страхового лобби ИГОРЬ ЮРГЕНС в интервью „Б“ рассказывает об итогах общественной кампании против законопроекта Минздрава и перспективах обновленной системы обязательного медицинского страхования (ОМС).



— В ближайшее время Госдума должна рассмотреть законопроект, который существенно меняет положение страховщиков в системе ОМС. Кому и зачем он понадобился?

— Этот проект предлагает передать Федеральному фонду обязательного медицинского страхования (ФФОМС) полномочия страховщиков по организации и контролю медицинской помощи в федеральных медицинских организациях. Кроме того, он предполагает двукратное снижение суммы, выделяемой СМО на сопровождение застрахованных граждан, в результате чего часть компаний могла стать нерентабельной и уйти с рынка. На мой взгляд, с одной стороны, видна общая тенденция, которая свойственна не только здравоохранению, а всему сейчас у нас в стране: финансовые потоки сокращаются, экономика находится в своего рода рецессии или стагнации, подвергается тройному давлению — падение цен на нефть (бюджетообразующее), падение предпринимательской и любой другой экономической активности в связи с коронавирусом, влияние санкций. Это серьезный удар, поэтому правительство пытается контролировать те потоки, которые раньше оно вполне отпускало на рынок. Примерно такие же тенденции каскадированы на здравоохранение: правительство хочет точно понимать, что оно контролирует, и больше уделяет внимания федеральным органам здравоохранения, пытается сэкономить везде, где можно. С нашей точки зрения, ввиду того, что когда-нибудь мы выйдем из кризиса, а социальный партнер-страховщик всегда будет нужен государству, такое резкое сокращение и необусловленное с нами всей системы было преждевременным и скропальным.

— После первого чтения проекта вы вступили в активный диалог с властями, писали президенту, премьер-министру и ряду других высокопоставленных лиц. Вас услышали?

— Когда удалось вывести обсуждение реформы в публичную плоскость, было достигнуто компромиссное решение относительно параметров, выделяемых на ведение дел. Наше мнение учтено при формировании пози-

ции одного из комитетов — соисполнителей по законопроекту. Видят риски предлагаемых корректировок законодательства и Банк России, и Счетная палата. Солидарен с нами и Всероссийский союз пациентов, опасение которого разделяют и в пациентском объединении «Движение против рака». Озабочены процессом трансформации законодательства и представители объединения крупнейших частных медицинских организаций, равно как и крупнейшего объединения работодателей — Российского союза промышленников и предпринимателей.

Необходимо подчеркнуть, что и в администрации президента, и на уровне правительства были услышаны наши обращения. В результате этого диалога те предложения, которые мы озвучивали ко второму чтению законопроекта, во многом учтены.

— В чем их суть?

— Законопроект в том виде, в котором мы ухватили его в последнем, уезжающем поезде (и если бы мы этого не сделали, он был бы уже законом), лишает страховщиков работы с федеральными медицинскими организациями, крупнейшими центрами нашей страны, такими как НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского, НИИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина и другими такими лечебными заведениями, где наука соединяется с практикой и расходы на ведение дела страховщиков при неизменном функционале, и даже нарастающем, сокращались вдвое. Соответственно, мы вступили в консультации на всех уровнях, пришлось обратиться и к президенту.

Результатом стала некая согласительная процедура, которая, надемся, закончится ко второму чтению тем, что коридор расходов на ведение дел страховщиков составит не 0,5–1%, как в первоначальном варианте, а 0,8–1,1%. То есть будет какое-то пространство для маневра и дыхания компаний. В своем компромиссном предложении вторая сторона отметила, что законопроект в понимании руководства правительства не лишает страховщиков права работать с федеральными медицинскими организациями — просто меняется система их финансирования с тем, чтобы они иногда не зависели от апетитов губернаторов.

«Оценить вероятность ухода страховщиков с рынка невозможно»

— мнение —

Реформа обязательного медицинского страхования (ОМС) предполагает не только сокращение довольствия страховых медорганизаций, но и изменение в работе федеральных клиник. В составе базовой программы ОМС появится отдельная строка, определяющая нормативы объемов оказания и финансирования медпомощи в федеральных учреждениях. Глава Федерального фонда обязательного медицинского страхования (ФФОМС) ЕЛЕНА ЧЕРНЯКОВА рассказывает в интервью „Б“ об этих нововведениях и о работе страховщиков в российском здравоохранении.



— Изначально инициатива Минздрава предполагала сокращение размера вознаграждения для страховых медорганизаций (СМО) в два раза. Что изменилось сейчас?

— Минздрав предлагал изменить размер норматива отчислений на ведение де-

ла страховым медицинским организациями с текущего уровня 1–2% до уровня 0,5–1% от суммы средств, поступивших в СМО. Позже вместе с ЦБ мы внимательно проанализировали финансово-хозяйственную деятельность медицинских страховщиков в ОМС, данные по их расходам, в том числе на зарплату сотрудников. С учетом обсуждения подвинули нижнюю границу норматива расходов на ведение дел с 0,5%

до 0,8%. Так что теперь мы убрали риски нерентабельности для системы страхования. — На основании каких расчетов был сформулирован новый диапазон объема расходов страховщиков?

— Как показал анализ действующего законодательства регионов, только в трех субъектах РФ и городе Байконур норматив расходов на ведение дела для СМО в законах о бюджетах территориальных фондов составляет выше 1%. Кроме того, нормы действующего законодательства в сфере ОМС позволяют существенно снизить издержки страховых медорганизаций. Например, для выдачи полисов можно использовать офисы многофункциональных центров, а не содержать собственные пункты выдачи, информирование застрахованных лиц можно осуществлять, используя различные каналы связи, например личные кабинеты на едином портале госуслуг, бесплатные мессенджеры и т. д.

В собственности СМО зачисляются средства, взимаемые ими в виде примененных к медицинским организациям санкций по результатам контроля объемов, сроков,

качества и условий предоставления медпомощи по ОМС. Указанные меры позволят сохранить оптимальный уровень рентабельности страховщиков в измененных границах норматива и не приведут к нежелательным социально-экономическим последствиям. — Полномочия ФФОМС по закону делегируются и СМО, и ФФОМС. Почему не уменьшается размер РВД всем участникам системы ОМС, а только страховщикам?

— Рост доходов страховых медицинских организаций только на ведение дел по ОМС (без учета доходов от примененных к медицинским организациям санкций) за период 2016–2020 годов составил 141,3%, достигнув порядка 22 млрд руб. в год. В то же время рост расходов на содержание территориальных фондов за этот же период составил только 119%. Рост доходов страховщиков и расходов терфондов несопоставим.

— Страховщики публично заявляют, что из-за сокращения расходов в два раза часть из них будет вынуждена уйти с рынка. Видите ли вы такие риски?

— Поскольку сейчас законодательство не требует от СМО предоставлять сведения о своих доходах и расходах на осуществление деятельности по ОМС, оценить вероятность ухода страховщиков с рынка невозможно. В перспективе, чтобы избежать повторения этой ситуации, мы считаем целесообразным совместно с Минздравом, Минфином, субъектами РФ и СМО разработать методику финансово-экономического обоснования размера вознаграждения последних.

— Какие характеристики СМО будет учитывать эта методика?

— Обоснованием для того или иного размера норматива вознаграждения могут выступать численность застрахованных СМО, а также необходимый объем и способы их информирования, количество и качество проводимых организацией экспертиз, требуемые расходы на оплату труда сотрудников СМО, иные необходимые расходы, а также оптимальный размер прибыли СМО.

Интервью взяла Анастасия Мануйлова