

страхование

«Тарифы в системе ОМС надо поднять в три раза»

— позиция рынка —

Частному бизнесу невыгодно работать в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), но он продолжает это делать. О перспективах частной медицины в интервью «Ъ-СТРАХОВАНИЮ» рассказывает председатель совета директоров сети частных клиник «Доктор рядом» ВЛАДИМИР ГУРДУС.



С. КОЗЛОВ

— Как вы оцениваете текущее состояние страхового рынка ОМС?

— Я бы отметил несколько тенденций. Продолжается укрупнение рынка. На сегодняшний день десять крупнейших компаний застраховали свыше 50% населения. При этом количество компаний уменьшается. Еще несколько лет назад игроков в ОМС было порядка 200 компаний, теперь их осталось 80–90. Кроме того, худо-бедно, но начался доступ к системе ОМС лечебных учреждений негосударственной формы собственности. Если лет восемь-десять назад это было удивительным исключением из правил, то сейчас только в Москве, наверное, свыше 100 учреждений подключено к государственной системе ОМС. В Санкт-Петербурге та же история.

Процесс открытия рынка начался, но все равно он сохраняет черты административного регулирования. То есть формально доступ открыт, но объемы медицинской помощи, которую могут предоставить частные компании, квотируются, что, к сожалению, сдерживает развитие реальных конкурентных механизмов на рынке ОМС среди лечебных учреждений. Сегодня коммерческая компания не может оказать медицинских услуг свыше выделенной суммы, даже если ее услуги востребованы.

— Стоит ли называть компании в ОМС страховщиками?

— Согласно закону об ОМС, страховые компании в этой системе сегодня не являются страховщиками. Кто такой страховщик? Это финансовая организация, которая берет на себя страхование рисков в тех или иных сферах деятельности. Так как все страховые компании, работающие в ОМС, финансовые риски на себя не принимают, то это, конечно, не страхование как таковое. А то, на чем зарабатывают, — это не премии, а средства за ведение дел. Это просто оплата за услуги по экспертизе счетов, по защите прав застрахованных, по организации меди-

цинской помощи и т. д. Это не страховая деятельность, а частично билингвая, когда страховая компания помогает выставлять счета, частично юридическая, когда идет защита прав застрахованных, частично информационная, когда работают call-центры и объясняют, на что люди имеют право. Сегодня страховые компании активно обсуждают возможность взятия на себя части финансовых рисков в системе ОМС.

— Получается, что система нестраховая, кроме того, врачебное сообщество недовольно деятельностью страховщиков: их штрафы врачи называют необоснованными.

— Моя оценка: страховая компания сегодня не имеет возможности удержать ни одной копейки необоснованно и несправедливо. К сожалению, есть и обратная проблема: в системе ОМС есть определенный объем приписок, большую часть которых страховые компании не обнаруживают и не удерживают.

— При существующих тарифах ОМС выгодно ли частным медучреждениям работать в системе ОМС?

— Тарифы в системе ОМС в целом слишком низкие. Они экономически неадекватные и неразумные. Из-за этого участие частных учреждений в системе ОМС сильно сдерживается. Есть, правда, исключения. Например, тарифы на высокотехнологичную медпомощь, гемодиализ. Сегодня практически половина учреждений, оказывающих услуги по гемодиализу, частные. Тарифы по экстракорпоральному оплодотворению также конкурентоспособные, поэтому за один год возникло несколько десятков учреждений только в Москве, которые оказывают эту услугу. По этим тарифам можно окупить свои инвестиции. Есть реаль-

ная конкуренция, и, я думаю, в конечном итоге это на пользу пациентам, у которых есть выбор, где получить эту услугу. Но по большей части услуги тарифы неконкурентны, и поднять их надо раза в три, чтобы придать им экономический смысл для всех участников.

— Значит, сейчас частные медучреждения в активном поиске экономически обоснованных форм участия в ОМС?

— Да, но государству надо определиться, в каких сегментах системы здравоохранения необходимо повысить конкуренцию и сделать в них тарифы более высокими. На мой взгляд, самое приоритетное, к чему стоит приложить финансовые усилия, — это приведение к обоснованному уровню тарифов на первичную медицинскую помощь и на скорую медицинскую помощь, потому что это касается 100% населения. Чем лучше будет выстроена эта часть деятельности системы ОМС, тем больше будет социальная удовлетворенность населения в целом.

— Насколько занижены тарифы по поликлиническому звену и скорой помощи?

— Не буду говорить обо всех тарифах в целом. Возьмем для примера врача общей практики (ВОП), прием у которого по тарифу ОМС в Москве стоит 128 руб. Цена представляется игрушечной и абсолютно неадекватной. Мы посчитали, что при тарифе примерно в 500 руб. за прием ВОПа участие в ОМС будет экономически обоснованным. При этом тарифе врач сможет оказать качественную медицинскую помощь и обосновать свою зарплату.

— За счет чего частные клиники обеспечивают себе прибыль, работая в ОМС?

— Что касается «Доктора рядом», мы имеем в качестве компенсации за низкие тарифы по ОМС льготную аренду — 1 руб. за 1 кв. м. Для других участников рынка, видимо, это возможность привлечения определенного потока пациентов, с которыми потом идет взаимодействие по платным услугам. Программа правительства Москвы «Доктор рядом» предполагает открытый доступ участников через аукцион. Кроме нас в этой программе участвуют порядка десяти инвесторов. Мы уже открыли 9 клиник, а всего этих клиник около 15.

— А какова в процентном соотношении доля выручки по ОМС в оказываемых вашими клиниками услугах?

— Доля услуг по ОМС в выручке не превышает 10%. При этом пациентов, об-

служенных по ОМС, от общего потока примерно половина. Такая диспропорция сложилась из-за того, что тарифы по ОМС ниже.

— Бюджету не по карману существующая система здравоохранения, поскольку финансирование сокращается, реорганизация медицинской отрасли происходит болезненно. На ваш взгляд, нынешние действия государства приведут к доступности медпомощи и повышению ее качества?

— Здравоохранение нуждается в лечении. Хирургическим оно должно быть или терапевтическим. Думаю, что люди, которые занимаются лечением системы здравоохранения, более опытные, чем я, и они выпишут правильные рецепты.

— Это реверанс в сторону вашего партнера — правительства Москвы?

— Тут дело не в реверансах, я действительно считаю, что в главе городского здравоохранения сейчас опытные, квалифицированные, компетентные люди. Рассчитывать на то, что мы будем жить в системе здравоохранения, созданной наркомом Семашко в XX веке, не приходится. Сейчас вообще идет изменение парадигмы медицины: вся система мирового здравоохранения развивается в сторону приближения медицины к пациенту. Когда я читаю о митинге врачей, я понимаю, почему это происходит — от непонимания будущего, от неопределенности. Люди не хотят ухудшения своей жизни, потери стабильности. Думаю, что все это разрешится и врачи будут трудоустраены. Но реформы необходимы, я в этом уверен.

— Происходит ли вытеснение бесплатной помощи платными услугами?

— На мой взгляд, не происходит. В системе ОМС объем денежных ресурсов в последние 20 лет только увеличивается, как и количество оказанных услуг. Значит, услугами частной медицины пользуются те, кто не удовлетворен услугами бесплатной. Пациенты ищут или иное качество, или иной сервис. Есть еще работники, пользующиеся системой добровольного медицинского страхования: за них решение о том, куда обратиться за помощью, принял работодатель. Темпы роста рынка в добровольном сегменте — в платных услугах или в добровольном страховании — более высокие, чем в государственном. Это свидетельствует о том, что все больше граждан выбирает платные услуги.

Интервью взяла Дарья Николаева

Больничный с открытой датой

— конъюнктура —

С17

Тем временем сама система ОМС все дальше отходит от принципов классического страхования. Осенью Госдума приняла поправки в закон о страховых взносах в ОМС, по которым до 2018 года отменяется порог зарплаты, с которой начисляется страховой взнос в Фонд ОМС (сейчас взносы формируются в размере 5,1% от фонда оплаты труда с годовой зарплатой от 624 тыс. руб.). Это решение лишило государственное здравоохранение страхового характера: размер отчислений не дает доступа к более качественной помощи. Решение чиновников отменить порог — брать взнос с зарплаты любого размера при фиксированных госгарантиях объемах медпомощи — продиктовано опасениями навесить на федеральный бюджет еще дополнительные трансферты для обеспечения бездефицитности системы. Наученные горьким опытом с трансфертом Пенсионному фонду в 1 трлн руб. ежегодно, организаторы системы здравоохранения минимизировали риски возможного дефицита бюджета ФОМС.

Государство делало попытку приблизить систему ОМС к классике страхования. Закон об ОМС, например, обязал страховые компании заключать договор не с работодателем, а с самим застрахованным лицом. Таким образом, власти стремились создать конкурентные условия для страховых компаний, чтобы застрахованный самостоятельно мог поменять как страховщика, так и медучреждение. Однако пока гражданам все равно, в какой страховой компании они получают полис ОМС, можно считать задачу невыполненной.

Работа на поток

Как отмечают в федеральном Фонде ОМС, с принятием за-

кона об ОМС в 2010 году система стала привлекательной для частного бизнеса. С введением в 2013 году одноканального финансирования, когда средства бюджета поступают в клиники исключительно через систему ОМС, число частных клиник в системе выросло на 60%. «Работать в ОМС медучреждениям выгодно даже при существующем уровне тарифа, когда есть объем пациентов. А поскольку тарифы с каждым годом растут, учреждениям участие в ОМС становится экономически все интереснее», — заявил «Ъ» директор Московского городского фонда ОМС Владимир Зеленский.

Окупить частные вложения за счет тарифов ОМС практически невозможно, единственно выгодно частные медучреждения, даже при существующем с 2013 года одноканальном финансировании. Однако работа в системе ОМС гарантирует определенный объем поступающих пациентов и загрузку мощностей. «К сожалению, даже несмотря на качество и профессионализм оказания услуг, частные центры далеко не всегда способны привлечь необходимое количество посетителей, чтобы полностью заполнить расписание своих специалистов», — говорит медицинский директор холдинга «Атлас» Андрей Перфильев.

Впрочем, многие компании, видя перспективность работы в ОМС в будущем, пока рассматривают участие в программе ОМС как тренировку и отлаживание механизмов работы в системе. «Экономического смысла пока никакого, поэтому объем заказов мы берем небольшой. Тарифы в программах, в которых мы участвуем, еле покрывают прямые расходы», — говорит гендиректор независимой лаборатории «Инвитро» Сергей Амбросов.

Дарья Николаева

СОГЛАСИЕ
СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

1 ТРЛН ДОЛЛАРОВ
ОБЪЕМ РИСКОВ, ПРИНЯТЫХ НАМИ
В ПОКРЫТИЕ ЗА 20 ЛЕТ. ЭТО БОЛЬШЕ,
ЧЕМ ВВП НИДЕРЛАНДОВ.

8 800 200 0101
www.soglasie.ru