

В России доля государственных расходов на здравоохранение в ВВП страны по-прежнему в два-три раза ниже, чем в развитых странах, и чтобы догнать их, нам потребуется еще не один десяток лет. При этом государство гарантирует всем бесплатную медицинскую помощь, выделяя через систему обязательного медицинского страхования за счет налоговых поступлений огромные средства: планируется, что в 2013 году объем финансирования превысит 1 трлн руб. Однако и этих денег вряд ли хватит, чтобы серьезно изменить ситуацию в «бесплатной» медицине, которая у нас по-прежнему ассоциируется с очередями, выборами, низким уровнем сервиса, нехваткой современного оборудования и медицинских препаратов.

Эти недостатки еще сильнее бросаются в глаза тем, у кого есть опыт лечения по программам добровольного медицинского страхования (ДМС). Таковых, однако, совсем немного – полисами ДМС сегодня пользуются не более 10% населения страны. При этом в 97% случаев речь идет о корпоративном страховании – предприятия покупают такие полисы для своих работников. На сегодняшний день реального расширения его объемов не происходит: большинство корпораций, которые хотели застраховать своих сотрудников, уже это сделали. По нашим прогнозам, в 2013 году рынок ДМС вырастет лишь на 7% – в основном за счет инфляционного роста стоимости медицинских услуг.

Дальнейший «рывок» здесь возможен только при условии, что программы ДМС станут интересны не только предприятиям, но и частным лицам. Однако для подавляющего большинства населения «добровольный» полис остается слишком дорогим. Если для предприятий в регионах средняя стоимость стандартной программы ДМС на одного работника колеблется в районе 15 тыс. руб., а в столице – 30 тыс. руб., то для физлиц полис обойдется в полтора-два раза дороже – не каждому хватит даже месячной зарплаты.

Причина, почему сами страховщики клиентов «с улицы» не очень жалуют, простая: в большинстве случаев обычный человек готов платить за полис ДМС большие деньги только в том случае, если точно знает, что потом их «отобьет». В корпоративном страховании действует принцип «здоровый за больного»: одновременно страхуется масса людей, большинство из них болеют нечасто. Таким образом, страховщик имеет возможность получать доход, пусть и минимальный. «Розничный» клиент, как правило, из офиса страховщика прямиком идет в медицинскую клинику, которая к тому же не

прочь раскрутить таких пациентов по максимуму. Страховщик не может управлять такими рисками в условиях отсутствия по-настоящему массового рынка. Неудивительно, что в прошлом году в розничном ДМС был зафиксирован отрицательный прирост.

Как же сделать так, чтобы добровольное медицинское страхование было доступным для обывателя и выгодным для страховщиков? Если обратиться к опыту некоторых западных стран, где дополнительным медицинским страхованием пользуются до 90% населения, мы увидим, что в российских условиях оптимальным вариантом могло бы стать создание в стране единой системы медицинского страхования, в которой добровольное медицинское страхование было бы дополнением к обязательному, а не альтернативным видом, каким оно является на практике сейчас.

Сегодня ОМС и ДМС, по сути, две параллельные системы страхования, которые между собой почти не взаимодействуют. Вопросы сочетания программ, принципы ценообразования и софинансирования лечения в правовом отношении не регулируются. Действующий закон не дает лечебному учреждению возможность оказать пользователю ОМС часть услуг на коммерческой основе (например, сделать УЗИ не через две недели в порядке общей очереди, а в тот же день в коммерческом отделении клиники на отдельном аппарате). Как следствие, предприятия и организации вынуждены платить за одни и те же страховые медицинские услуги дважды: в первом случае в форме налоговых отчислений на ОМС, во втором – при покупке полисов ДМС, если хотят, чтобы их сотрудники получали те же услуги, но с более высоким уровнем сервиса и без очередей.

Еще одним препятствием на пути к корреляции этих двух видов страхования выступает подход к формированию тарифов ОМС, базирующийся на так называемом «подушечном нормативе», когда лечебное учреждение получает от страховщика фиксированную плату не за оказанные услуги, а за годовое прикрепление застрахованного к клинике (даже если тот в течение года ни разу в ней не появился). Исключение этого принципа из методики расчета тарифов подтолкнуло бы клиники оказывать услуги на основе детальных прейскурантов (это особенно важно в сфере поликлинической помощи), что является одним из важнейших условий, необходимых для разграничения сферы действия программ ОМС и ДМС и развития последнего в качестве дополнения к системе обязательного страхования. При этом нужно понимать, что такие изменения повлекут существенные усложнения в системе учета и контроля за расходами лечебных учреждений и, возможно, потребуют серьезных преобразований в системе регулирования.

По мнению большинства специалистов, синергия двух видов страхования позволит не только существенно повысить качество медицинского обслуживания, но и снизить стоимость программ ДМС в два-три раза. У страховщиков же появится возможность разрабатывать комбинированные продукты, востребованные на массовом рынке. Именно поэтому пул крупнейших страховых компаний при содействии международных консультантов разрабатывают в настоящее время стратегию развития медицинского страхования в России, которая будет содержать социально и экономически обоснованные предложения по развитию системы обязательного и добровольного медицинского страхования с учетом международного опыта. Работа над ними будет завершена к середине 2013 года, планируется их широкое обсуждение, в том числе в профильных министерствах и ведомствах.

Источник: [РБК daily](#) , 16.01.13

Автор: Галина Таланова, заместитель председателя правления ОАО «СОГАЗ»