

Страховщики в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) готовят предложения по формированию института страхового поверенного для Минздрава и Федерального фонда ОМС. Реализация проекта позволит углубить отношения пациентов и страховщиков в системе ОМС, сделать их более тесными и доверительными.

На фоне этого парадоксально выглядят предложения экспертов от медицины о полном выведении страховых компаний из системы ОМС и превращении ее в тотально-бюджетную. О перекрестке судьбы ОМС в России, о реальных возможностях реформирования отношений медстраховщиков и пациентов, о развитии частных лечебных учреждений рассказал в интервью агентству «Интерфакс-АФИ» генеральный директор группы «АльфаСтрахование» Владимир Скворцов.

– Владимир Юрьевич, после многократных заявлений президента РФ Владимира Путина и представителей правительства о необходимости вводить страховые принципы в обязательное медицинское страхование продолжают обсуждения сценариев тотального возврата к бюджетной модели финансирования в ОМС. Почему это происходит, когда можно будет считать реформу начатой?

– Реформирование системы ОМС – процесс перманентный, обсуждения о будущем ОМС в России ведутся не первый год, медицинские страховщики в них активно участвуют. О какой бы модели финансирования медицинских расходов в ОМС ни говорили эксперты, следует помнить, что государство в этой сфере было, есть и будет регулятором и главным плательщиком. А значит, его роль во всех вопросах – определяющая. Деньги идут через федеральный и территориальные фонды ОМС. Фонды – важнейший элемент в любой создаваемой и проектируемой системе. Территориальные фонды ОМС адаптируют общие федеральные подходы в системе с учетом региональных особенностей, участвуют в определении тарифов, особенностей локальных программ. Понятно, что программа ОМС для Центрального региона должна отличаться от аналога для Камчатки.

Однако все сказанное не означает, что бюджетно-распределительная система в обязательной медицине – лучший или единственно возможный выбор. Мы рассчитываем, что к концу года появится более четкая модель страховой системы ОМС в РФ. Тогда мы сможем говорить об этапах перехода, или о «дорожной карте», о сроках ее реализации, что позволит заглянуть за 10-летний горизонт.

Напомню, что несколько лет назад по инициативе Межрегионального союза медицинских страховщиков (МСМС), ряда крупных национальных и международных страховщиков, в том числе группы «АльфаСтрахование», «СОГАЗа», «РОСНО-МС» и других, McKinsey & Company был подготовлен и передан правительству обширный стратегический документ, в котором проводился сравнительный анализ моделей государственного медицинского обеспечения в разных государствах. В документе определялись «плюсы» и «минусы» каждой модели. Общие выводы исследования подтверждали преимущества применения страховой модели в среднесрочной перспективе.

– Почему возникает такое упорное сопротивление против страховой модели в ОМС у части медицинского сообщества?

– Наверное, потому, что в самих отношениях между лечебными учреждениями и страховщиками ОМС заложен правильный конфликт, который и делает систему отношений экономически эффективной, конкурентной, саморазвивающейся. Ведь страховщик ОМС вскрывает недостатки текущего здравоохранения на всех этапах – то есть выявляет изъяны в работе тех, кто как раз и ратует за переход к бюджетной модели организации отношений. Страховщик четко стоит на защите интересов именно пациентов, не врачей. Грубо говоря, затратный механизм бюджетной медицины процветает и расширяется, если поток больных не иссякает. Больше больных – больше оказанных медицинских услуг, больше счетов на оплату, выше затраты бюджета. Добросовестность врачей и менеджеров здравоохранения наряду с административно-бюджетным контролем – единственный ограничительный механизм в бюджетной системе.

Страховщик же сдерживает раскручивание спирали инфляции медицинских расходов, т.к. в его интересах максимальное количество здоровых, а не постоянно болеющих пациентов, именно поэтому страховые компании кровно заинтересованы в эффективном лечении и максимально быстром выздоровлении пациента. Здесь, как видим, интересы страховых компаний полностью совпадают с чаяниями пациентов, при этом используются экономические стимулы, а не административные.

В бюджетной системе единственный ключевой вопрос – утвердили бюджет или нет. Стало быть, на первый план выходит не профессионализм, а умение выбить бюджетные деньги или вовремя договориться с кем надо. Экономическим центром модели

оказываются врачи и менеджеры, их удовлетворенность. Согласитесь, акценты расставлены по-разному.

Поскольку «АльфаСтрахование» имеет собственные поликлиники и одновременно с этим активно развивает добровольное медицинское страхование (ДМС), нам хорошо видно, как работают принципы экономического регулирования разных взглядов на процесс здравоохранения. В программах ДМС мы тратим деньги на профилактику, проводим «Дни здоровья» на предприятиях, и несмотря на связанные с этим краткосрочные расходы, достигаем явной экономии в целом по клиенту на долгосрочной основе.

При этом я не соглашусь с предположением, будто большинство представителей медицинского сообщества и топ-менеджеров лечебных учреждений противятся идее развития страховой медицины. У страховщиков ОМС налажены хорошие отношения с Ассоциацией врачей России. Там понимают, что работа в страховой системе для качественно работающего лечебно-профилактического учреждения значительно выгоднее, чем в бюджетной. Профессионализм и высокое качество медицинских услуг через партнерство со страховщиками открывают дополнительные возможности по привлечению новых клиентов, по оплате врачей, по дополнительному финансированию. Следуя интересам клиентов, страховщик заинтересован перенаправлять потоки клиентов в успешное медучреждение в системе ОМС, поэтому талантливые организаторы и врачи только выигрывают.

С другой стороны, когда ЛПУ не могут эффективно наладить процесс оказания медицинской помощи внутри учреждений, возникает соблазн убрать контролирующее звено, то есть страховщиков.

Конечно, определенный конфликт интересов в страховой модели есть, но он – двигатель прогресса. Обратите внимание: как трудно идут переговоры в обществе в правительстве о переводе ОМС на «страховые рельсы», тема обсуждается годами. Напомню, что сегодня в системе ОМС страховщиками выступают федеральный и территориальные фонды ОМС. А компании, которые называются страховщиками ОМС, не являются страховщиками в классическом смысле. Они – агенты ФФОМС, контролируют адекватность использования бюджетных ресурсов, направляемых на оплату лечения россиян в рамках ОМС, проводят профессиональную экспертизу оказанной медицинской помощи, защищают права граждан в системе, обеспечивают их полисами и необходимой консультативной поддержкой, ведут реестр застрахованных, делают ряд других вещей. Страховщики ОМС сегодня не принимают рисков и не

формируют страховые резервы. Теоретически, в среднесрочной перспективе, такое положение должно измениться. Другое дело, что каждый шаг на этом пути должен быть выверен. А вот реформировать сферу отношений между пациентами и компаниями-страховщиками можно уже сегодня.

– Вы говорили, что МСМС проводил ряд исследований страховой и бюджетной моделей в разных странах. При каких условиях проявляются преимущества бюджетной модели медицинского обеспечения?

– Например, это отличная модель финансирования медицины в условиях войны, когда важно за минимальное время довести средства до конкретных учреждений, когда пациенту важно просто выжить и стандарт медпомощи минимальный. В этой ситуации страховщик со своей проверкой адекватности оказанных услуг не нужен.

– То есть его роль выполняет административно-карательная система?

– В любом случае мы говорим о совершенно другой экономике процесса. Сегодня, когда минимальный уровень медицинской помощи в стране обеспечен, хочется достигать более высокого стандарта медицинской услуги за адекватные деньги. Возможно, картина выглядит излишне идеальной. Наверное, важно контролировать деятельность и самих страховых компаний в системе ОМС, их финансовую устойчивость, но это уже отдельный разговор.

– Тема создания института страхового представителя в страховых компаниях была предложена министром здравоохранения Вероникой Скворцовой в конце прошлого года. Какая-то работа ведется?

– Межрегиональный союз медицинских страховщиков, куда входят ведущие страховые компании на рынке ОМС, совместно с ФФОМС определили формат работы представителя и сформировали дорожную карту проекта. При этом термин «страховой поверенный» или «страховой уполномоченный» не утвержден окончательно, это рабочая версия.

– Ну да, выглядело все так, будто у каждого пациента появится персональный наставник. То есть потребуется создать и профинансировать армию экспертов... Какие задачи реально может решать такой «поверенный»?

– В условиях кризиса важно избегать резких движений, особенно связанных со значительным увеличением расходов. Ни у страховщиков, ни у бюджета таких возможностей нет. Например, сделать страховщиков ОМС ответственными за диспансеризацию всего населения – вряд ли реалистичный план. Однако, проведя реорганизацию бизнес-процессов внутри компаний, можно создать углубленную систему помощи застрахованным.

Речь идет о повышении качества сервиса как со стороны самих СК, так и контроля за качеством сервиса ЛПУ, здесь мы движемся рука об руку с Минздравом и Федеральным фондом ОМС, Банком России.

Во-первых, представители СК могут оказывать юридическую поддержку гражданам, когда пациенты сомневаются в правомерности того или иного решения ЛПУ. Консультант выслушает сомнения пациента, проверит, есть ли почва для спора с медучреждением. Бывает, пациент сам недостаточно понимает свои права и обязанности в системе, такое тоже нередко. Поверенный разъясняет, что положено застрахованному по программе ОМС, а что нет. У людей возникают вопросы о системе ОМС, о качестве или сроках предоставления медицинской помощи, о ее доступности, платности услуг.

Во-вторых, поверенный консультирует по вопросам доступности услуг в ОМС. Если клиенту за деньги предложили то, что ему положено бесплатно, в больнице или поликлинике – это нарушение. Если бесплатно предлагается медицинская помощь через 8 месяцев, а платно через 2 дня, это тоже нарушение условия доступности услуги в ОМС, поскольку создает искусственный спрос на платные услуги. Вместе с тем определенная очередность в ОМС существует, но она должна укладываться в установленные системой стандарты.

Представитель объяснит, почему пациент находился в больнице в течение того или иного срока, можно ли обратиться за лечением не в районный, а в областной центр и в каких случаях. У нас с 2011 года застрахованный имеет право выбирать лечебное учреждение по программе ОМС, а учреждение имеет право ему отказать. Насколько

обоснован такой отказ – пациент проверить не в состоянии, он обращается к страховщику.

Были ли нарушены права на экстренную (плановую) госпитализацию застрахованного, какие расходы стационара покрываются, какие лекарства гарантированы пациенту программой ОМС, какие он может приобрести за свой счет, уточнит в ходе консультации представитель страховщика.

В-третьих, страховщик осуществляет контроль за качеством оказанных услуг медучреждением в системе ОМС. В этой зоне также могут быть нарушены права застрахованного. При этом поверенный не дублирует функции лечащего врача. Однако если лечение не дало результатов или привело к ухудшению состояния здоровья, к осложнениям, инвалидности, смерти застрахованного – возникает необходимость профессионального разбирательства с участием представителя страховой компании. Если спор с медучреждением доходит до суда, представитель страховщика поможет отстоять интересы застрахованного лица.

– Реализация проекта страхового поверенного в ОМС повлечет изменения функционала МСМС?

– МСМС может стать частью единой саморегулируемой организации на страховом рынке после ее создания (там тоже процесс реформирования в полном разгаре). Безусловно, МСМС остается площадкой для экспертных и профессиональных дискуссий, но потенциал союза будет усилен за счет поддержки СРО. Технологическая помощь будет оказана МСМС в сфере IT и юридическому блоку.

– Вдвое повышаются требования к уставному капиталу медстраховщиков, продолжается консолидация отрасли. Как Вы относитесь к этому процессу, сколько игроков на рынке ОМС достаточно в такой стране, как наша?

– Мое глубокое убеждение, что страхование как бизнес – вообще удел больших компаний. В ОМС масштаб тем более имеет решающее значение. Полагаю, часть компаний на рынке ОМС не переживет увеличения капитала. Теоретически нишевые компании в ОМС могут существовать, но экономических предпосылок для этого нет. СК

предстоит не только повысить капитал, но найти средства на стандартизацию, на IT, на внедрение регламентов, на построение бизнес-процессов. Для этого должен быть запас финансовой прочности.

После приобретения компании ОАО «СМК «Югория-Мед» в конце прошлого года наша доля на рынке ОМС составила почти 11%, в перспективе она может увеличиться. Экономическая целесообразность заниматься таким низкомаржинальным бизнесом, как ОМС, возникает у игроков при выходе на пороговое значение доли рынка более 5%. Оптимальная величина доли – от 5% и до 12%.

Общая доля десятки лидеров в ОМС, куда входят такие компании, как «АльфаСтрахование-ОМС», «СОГАЗ», «РОСНО-МС», «Росгосстрах» и др., составляет почти 80% рынка. Примерно 21,6% – совокупная доля всех остальных компаний в секторе ОМС.

Если реформа в ОМС станет развиваться, впереди нас ждет не только экспертная или консультационная работа, но и принятие рисков в системе ОМС. Объем финансирования в системе ОМС достигает 1,7 трлн рублей в год, в то время как объем общероссийских сборов страхового рынка в 2015 году составлял чуть более 1 трлн рублей. Огромные финансовые ресурсы, принятие хотя бы частичной ответственности страховщиками в этой сфере – весьма серьезная история. К этому надо готовиться.

– «АльфаСтрахование» – одна из немногих компаний, которые решились создавать собственные коммерческие поликлиники. Как платные медучреждения чувствуют себя в кризис?

– Лечебному учреждению требуется ряд лет, чтобы выйти на плановую мощность. Этот кризис не входил ни в наши планы, ни в планы ЛПУ. Вводились клиники в разное время, их загрузка имеет разный уровень. Много зависит от региона расположения ЛПУ и его экономического положения. Так, есть Москва и есть другие регионы, там клиникам жить тяжелее. Наш основной фокус как раз в регионах. Кризис бьет по карману, но и одновременно помогает. С одной стороны, у потребителей меньше денег, но и у государства не так много ресурсов, что выталкивает пациентов в зону спроса на коммерческие услуги. По итогам 2015 года бизнес наших частных поликлиник вырос на 20%. Неплохо, но планировали развиваться быстрее.

Что касается общего самочувствия сегмента частных медучреждений, скажу так: жалуются многие, но в отличие от страховых компаний никто особенно не продается – ни малые стоматологические кабинеты, ни региональные клиники. В Москве частные центры даже расширяются. У «АльфаСтрахования» в списке партнеров 7,5 тыс. ЛПУ, и перечень этот не сокращается.

– Как вы оцениваете текущую рентабельность бизнеса ОМС, в планах нет приобретения других страховщиков ОМС?

– Планов покупки компаний не имеем, хотя и не зарекаемся на будущее. Приобретением «Югории-Мед» довольны – компания хорошая, с крепким, выстроенным бизнесом.

Рентабельность бизнеса ОМС в последние годы существенно падает, это эффект ожидаемый, он заложен государственными решениями. Строго говоря, никакой обязательный вид страхования, охватывающий почти все население страны, не может быть сверхмаржинальным. Падение рентабельности в ОМС позволяет сохранять прибыльность в положительной зоне только на больших масштабах операций. Это, кстати, еще один аргумент в пользу укрупнения бизнеса.

– Если не ради прибыли, для чего все Ваши усилия по расширению позиций на рынке ОМС?

– Есть сверхзадача и большая цель – создание огромной клиентской базы. Клиентская база ООО «АльфаСтрахование-ОМС» насчитывает свыше 15 млн человек в 13 российских регионах. Пока ни мы, ни другие страховщики не смогли в полной мере использовать этот клиентский потенциал. Но рано или поздно это преимущество удастся реализовать. Тогда мы получим мощный синергетический эффект, будем успешно работать с многомиллионной клиентской базой в разных регионах России. Поэтому страховщики стратегически заинтересованы в очень тесном взаимодействии с потребителями на всех сегментах рынка, включая ОМС.

Источник: [Финмаркет](#) , 25.03.16