О том, как должна меняться система здравоохранения в России с точки зрения страховщиков, занимающихся и добровольным, и обязательным медицинским страхованием рассказал Председатель Совета Директоров ОАО «РОСНО-МС», Первый заместитель Генерального директора ОАО СК «Альянс» Дмитрий Попов. Медицинское страхование, безусловно, играет очень важную роль во всей системе здравоохранения. Если посмотреть, как делятся расходы на медицинское обслуживание по различным каналам их финансирования, то на долю страхования (включая, обязательное и добровольное медицинское страхование) суммарно приходится примерно 23% всех расходов на медицинское обслуживание. Конечно, ключевая роль остается за государством, поскольку прямые расходы государства на здравоохранение значительно превышают страховые расходы.
В последнее время уже существенными стали расходы частного сектора, который не направляет деньги через страховые компании. Примерно 700 млрд. рублей идет через страхование, и столько же — через частный сектор. При этом учитываются только официальные платежи, а неофициальные «вознаграждения» даже не рассматривается. На самом деле, расходы еще выше. Тем не менее,

Низкая эффективность расходов
Всем очевидно, что необходимо существенно улучшить качество медицинских услуг. Детская смертность и продолжительность жизни — вот те объективные показатели, по которым Россия существенно уступает развитым странам. Чтобы приблизиться к цивилизованному миру, нам действительно нужны перемены. Расходы на медицинское обслуживание граждан у России гораздо ниже, чем в развитых странах. А в сочетании с достаточно низкой, по нашим оценкам, эффективностью этих расходов, ситуация существенно усугубляется.
Наш уровень расходов на медицинское обслуживание — составляет порядка 5% ВВП, тогда как в развитых странах — как минимум, в 2 раза больше. Типичным европейским уровнем является 10–12% ВВП на медицину.
В то же время коечный фонд на 1000 населения у нас существенно выше, чем в других странах. Казалось бы, по некоторым параметрам возможности большие, но эффективность очень низкая, и в результате — такие базовые и фундаментальные показатели как продолжительность жизни и детская смертность существенно уступают европейским.

Дублирование ОМС и ДМС
И, конечно, в нашей страховой медицинской системе явно наблюдается дублирование обязательного и добровольного медицинского страхования. И если улучшать систему, делать ее более прозрачной и понятной, то надо исключить это дублирование. Таким образом, важнейшая задача ближайших лет — повысить качество и эффективность финансирования здравоохранения. В принципе, это запланировано в рамках объявленной реформы здравоохранения. Мы видим, что уже многое делается, и еще больше предстоит сделать. Уже проведена огромная работа по унификации и стандартизации системы здравоохранения. Разрабатываются и вводятся различные стандарты. И эта работа очень важна как базис преобразований.
В настоящее время идет модернизация системы финансирования системы здравоохранения, развитие инфраструктуры.

Мы знаем, сколько оборудования поступило в клиники, и как это влияет на улучшение качества сервиса. Важно, чтобы по окончании модернизации был сделан акцент на эффективность системы здравоохранения. От всех этих преобразований мы ждем повышение качества услуг в области здравоохранения и повышение удовлетворенности населения.
Однако, на переходном этапе, мы, к сожалению, встречаемся и с понижением удовлетворенности. Публикации в СМИ говорят о том, что сейчас записаться к врачу стало еще труднее, чем раньше, онкобольные по полгода ждут необходимых анализов. Возможно, это какие-то крайние случаи. Но я уверен, что те изменения, которые запланированы и сейчас идут, в итоге позволят оставить такие упреки в прошлом.

Недофинансирование тарифов ОМС.
Повышение эффективности системы здравоохранения становится сейчас важнейшим краеугольным камнем преобразований. Очень важно, что после реализации запланированных реформ, модель функционирования системы здравоохранения должна быть привлекательна для бизнеса. Мы четко понимаем, что строить систему здравоохранения без участия бизнеса, невозможно, неправильно, неэффективно. Государственная медицина, которая была в Советском Союзе, не смогла показать тех стандартов качества обслуживания, которые достигаются в странах, где бизнес активно вовлечен в систему здравоохранения.
Очевидно, что существующая в России модель медицинского страхования, при которой главный риск лежит на правительстве, которое распределяет финансирование, где четко прослеживается дублирование ОМС и ДМС, где из-за ограниченности финансовых ресурсов, находящихся в распоряжении государства, возникает недофинансирование тарифов ОМС, должна смениться иной моделью.
Наиболее перспективна модель, в которой частные страховые компании будут активно участвовать в работе и совместно с государством отвечать за риск недофинансированности тарифов, рост заболеваемости, другие фундаментальные риски системы. Частные компании не смогут полностью взять на себя этот риск, но смогут существенно его ограничить и снизить нагрузку на государственный бюджет. Примеры успешной работы таких систем существуют в разных развитых странах.

Тарифы на ОМС должны стать рыночными
Распределение финансирования в рамках системы ОМС должно происходить на конкурентной основе, а ДМС — выступать как дополнительное страхование. Из весьма широкого обязательного медицинского страхования должна возникнуть система, покрывающая базовые, основные услуги — по нашим оценкам, примерно 60% текущего охвата ОМС. Все, что не входит в систему ОМС, должно покрываться через ДМС — и люди, и организации будут платить за те услуги, которые государство им уже не гарантирует. Тарифы на ОМС должны стать рыночными. Поскольку очевидно, что денег у бюджета на все «хотелки» не хватает, необходимо сокращение фонда ОМС. Но при разумном сокращении и сведении покрываемых ОМС услуг к разумному минимуму, при примерно той же нагрузке на бюджет, можно обеспечить хорошее качество, по крайней мере, базовых услуг. Все это позволит частным клиникам активно участвовать в системе ОМС.
В настоящее время при многих попытках сделать что-то в этом направлении, из-за

чрезвычайно низких тарифов, серьезные клиники просто не идут в систему ОМС. С другой стороны, при такой реформе действительно сможет развиться добровольное медицинское страхование, дополняющее ОМС.
Прибыльность бизнеса должна возрасти. И поскольку в этой модели страховые компании будут нести серьезные риски, связанные с определенными тенденциями в области состояния здоровья населения, их капитализация должна быть существенно выше. Только тогда они смогут нести эти риски за счет собственного капитала.
На текущий момент мы не видим серьезного влияния ОМС на добровольное медицинское страхование и частную медицину. Экономических стимулов для коммерческих организаций, клиник активно входит в ОМС нет. Тарифы там неприемлемо низкие и клиники не могут гарантировать высокие стандарты качества, работая по таким низким тарифам. Не возникает и нормативной базы для перекрестного финансирования ДМС и ОМС.

ДМС как 100-процентная альтернатива ОМС
Оценивая ситуацию, мы вынуждены формулировать свою стратегию развития без учета серьезного влияния ОМС на ДМС. Сейчас ближайшая перспектива: ДМС как 100-процентная альтернатива ОМС. Я не говорю, что 100-процентная альтернатива означает то же качество. Конечно качество гораздо лучше, но, тем не менее, вся медицинская помощь, которая оказывается в рамках системы ДМС, должна оказываться по ОМС. Но так как сроки, качество в ОМС обычно не удовлетворяют клиентов, имеющие деньги организации и люди вынуждены покупать ДМС, и при этом фактически нести расходы за одно и то же — с одной стороны, как налогоплательщик платить взносы в ОМС, после чего еще и покупать ДМС. Мы считаем, что в этой ситуации очень важно максимально расширять покрытие по ДМС в части лечения различных заболеваний, которые пока еще по стандарту исключаются из услуг, покрываемых на рынке ДМС. Сейчас покрытие на рынке по ДМС, конечно, очень широкое, но есть исключения. И чем меньше будет этих исключений в будущем, тем, правильнее будет работать ДМС в той или иной компании.
Светлана Белостоцкая