



# ОМС: НА РАСПУТЬЕ

Действующая система финансирования здравоохранения претерпевает изменения. Сегодня она на распутье между переходом к страховой медицине и усилением государственного управления. Президент Межрегионального Союза Медицинских Страховщиков (МСМС), вице-президент Всероссийского союза страховщиков Дмитрий Кузнецов рассказал нашему журналу, при каких условиях в выигрыше останется пациент.

**Современные страховые технологии:** В чем состоит основная проблема развития обязательного медицинского страхования?

**Дмитрий Кузнецов:** Основная проблема ОМС видится в нормативной базе. Федеральный закон № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» изменил положение страховых медицинских организаций в системе ОМС, определенное ранее действовавшим законом «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». Из страховщиков (некредитных финансовых организаций) они, по большому счету, превратились в аутсорсинговые компании, выполняющие по поручению ТФОМС (договор о финансовом обеспечении ОМС) ограниченный набор полномочий страховщика.

Таким образом, можно сказать, что претензии к страховой деятельности в системе ОМС являются, по существу, претензиями к закону № 326-ФЗ. И развитие системы ОМС в плане ее перевода на принципы страхования, о чем президент РФ дал поручение правительству<sup>1</sup>, требуют, далеко не в последнюю очередь, изменений в законодательство.

Высказываемые в последнее время предложения о возвращении к сметному (бюджетному) финансированию в своей массе декларативны, несут популистский характер, не имеют экономического обоснования, не оценивают социальные, медицинские и экономические последствия, т. е. не содержат предмета для открытого обсуждения.

Необходимо вспомнить, что сметное финансирова-

ние учреждений здравоохранения в советское время базировалось на использовании детальной нормативной базы, включающей в себя развернутую систему штатных нормативов, единых финансовых нормативов, и воспроизвести эту систему в настоящих условиях просто невозможно.

Резюмируя, подчеркну: на взгляд страховщиков, обозначенный президентом переход к страховой модели, построенной на классических принципах рискованного страхования — это идеальный вариант для государства, получателей и участников процесса предоставления медицинских услуг.

**ССТ:** Уровень развития страховых организаций позволяет передать им функции в таком объеме?



**Д. К.:** Как я уже упоминал, к СМО должны и будут предъявляться более жесткие требования, чем сейчас. Первые шаги к этому уже сделаны: требование к уставному капиталу повышено до 120 млн рублей. Сегодня 16 страховщиков отвечают этому требованию. Еще две страховые организации заявили о наличии планов по увеличению уставного капитала до уровня, превышающего 120 млн.

**ССТ:** Вы сказали, что страховая модель должна быть единой. Разве сейчас это не так?

**Д. К.:** Региональные особенности накладывают сильный отпечаток на функционирование системы ОМС в конкретном субъекте. Это касается как трактовок действующего законодательства или других нормативных документов, так и процессов автоматизации информационного обмена между участниками системы ОМС региона, подходов к контролю их деятельности. В результате страховщики не имеют возможности внедрить единую информационную систему поддержки основных процессов деятельности, вынуждены учитывать разницу в подходах, вплоть до формирования отчетности.

**ССТ:** Какое еще направление развития здравоохранения возможно?

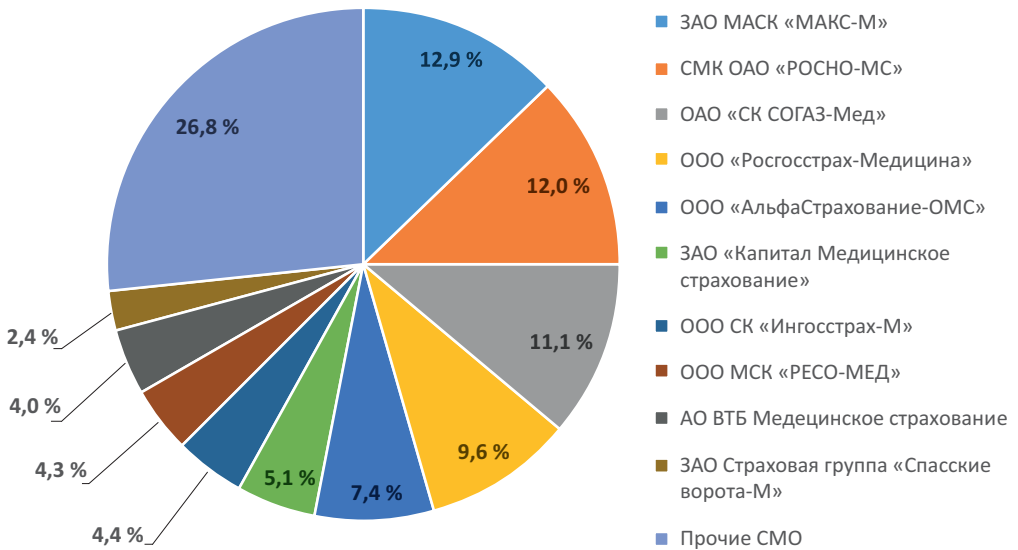
**Д. К.:** Второй возможный путь — усиление государственного управления и

### Что должно измениться в ходе реформы ОМС:

1. Система ОМС должна функционировать в виде Единой (базовой) модели, идентичной для всех субъектов РФ. Разделение на базовую и территориальные программы ОМС привело к тому что, по существу, у нас не одна, а 86 программ ОМС. К тому же положение, когда застрахованные, находясь вне своего региона проживания, имеют право на бесплатное получение медицинской помощи в рамках базовой, а не территориальной программы ОМС, разделяет граждан на «категории».
2. Общая стоимость Единой программы ОМС должна определяться с учетом себестоимости оказываемой медицинской помощи, и обязательства по программе должны корреспондироваться с ее стоимостью. При дефиците средств ОМС должны быть или определены дополнительные источники финансирования, или скорректирована Единая программа, или то и другое.
3. Медицинская помощь, не вошедшая в Единую программу ОМС, должна финансироваться за счет личных средств граждан и ДМС. Нам нужно расстаться с иллюзиями, что в сложных экономических условиях можно всему населению обеспечить медицинскую помощь в неограниченном объеме и на современном уровне.
4. Страховым медицинским организациям (СМО) должен быть возвращен статус страховщика со всеми вытекающими правами и обязанностями.
5. Предварительно должен быть произведен «отбор» СМО на основе соблюдения требований к их финансовой устойчивости, чистоте и достаточности активов.
6. СМО, выдавшая полис ОМС, должна нести ответственность за оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному в любых медицинских организациях РФ, вне зависимости от территории выдачи полиса ОМС.
7. Застрахованные должны иметь право обращаться за медицинской помощью по ОМС в любую медицинскую организацию, заключившую со страховой медицинской организацией договор на предоставление и оплату медицинской помощи, что будет способствовать развитию реальной конкуренции медицинских организаций за застрахованных.
8. Оплата медицинской помощи в системе ОМС должна осуществляться только за фактически оказанную медицинскую помощь, объемы, сроки предоставления и качество которой должны контролировать СМО.

**10 крупнейших компаний контролируют более 70 % рынка ОМС в РФ. Существующее количество игроков на рынке ОМС способно обеспечить необходимый уровень конкуренции, при этом даёт возможность надзорным органам обеспечить качественный контроль за их деятельностью (исследование НАФИ).**

ТОП-10 СМО\* на рынке ОМС в РФ в 2015 году



\*СМО — страховая медицинская организация.

снижение роли страховых организаций. Например, так называемое подушевое финансирование медицинских организаций амбулаторного звена (поликлиник) к страхованию не имеет никакого отношения. Безусловно, у него есть свои плюсы. Но, по большому счету, это вариант бюджетирования ЛПУ, который имеет свои недостатки. Основной из них — объем финансирования медицинских организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, зачастую не подкреплен фактически объемами оказанной медицинской помощи. Так, по данным нескольких СМО,

в 2015 году объем финансирования таких медицинских организаций превысил стоимость оказанной медицинской помощи (по утвержденным тарифам) на 15 млрд рублей, при условии, что эту помощь получили только 70 % застрахованных. В Москве, кроме того, известна история с выявленными приписками. Она стала возможна потому, что медицинскому учреждению достаточно формально написать, что оно делало за те деньги, которые получило.

**ССТ: Какая из двух моделей может предоставить лучшее по качеству и доступности**

**медицинское обслуживание пациенту?**

**Д. К.:** Сторонники сметной (бюджетной) системы финансирования предполагают, что медицинская организация, получив финансирование, будет оказывать высококачественную медицинскую помощь в полном объеме, заниматься профилактикой, пропагандировать здоровый образ жизни и т. д. Но нельзя исключить, что, получив такое финансирование, медицинская организация в стремлении повышения прибыльности снизит качество и объемы оказываемой медицинской помощи, особенно дорогостоящей. Кроме

**С 2012 года бюджет Федерального фонда ОМС увеличился на 796,7 млн рублей или на 89 %. В 2016 году прирост бюджета замедлился и составил 1,5 % от бюджета 2015 года (исследование НАФИ).**



того, введение такого подхода ликвидирует единственную независимую от системы здравоохранения систему контроля и экспертизы оказанной медицинской помощи, осуществляемой сейчас страховыми медицинскими организациями.

Поэтому МСМС является принципиальным сторонником финансирования медицинских организаций за фактические объемы оказанной медицинской помощи, контроль оказания которой осуществляет страховая медицинская организация.

В принципе, следует ориентироваться на такую систему, которая обеспечит оптимальный уровень медицинской, социальной и экономической эффективности медицинской помощи, а также удовлетворит потребительские ожидания пациента, а именно: своевременное бесплатное получение медицинской помощи приемлемого качества, позитивные результаты лечения, удовлетворение взаимодействием с медицинским персоналом.

Вряд ли бюджетная система финансирования сможет удовлетворить эти ожидания при обеспечении необходимого уровня эффективности.

**ССТ:** В обществе есть представление, что страховые компании часто не выполняют принятых на себя обязательств, как, например, в ОСАГО. Возможно, в правительстве существует опасение, что страховщики не обеспечат надежного исполнения принятых на себя обязательств по такому важному, социально значимому направлению?

**Д. К.:** Прежде всего, необходимо понимать, что страховые медицинские организации в своей деятельности руководствуются положениями законодательства в области обязательного медицинского страхования, определяющими функции и обязанности СМО. Значительное число претензий, предъявляемых к СМО, возникает из-за того, что их авторы или не знают, или произвольно трактуют тре-

бования законодательства, а иногда и искажают факты.

ОМС — сложная социальная система, совершенствование которой требует комплексного, системного подхода, а не упрощенных популистских решений. Страховое сообщество всегда готово к обсуждению любых проблем в области ОМС.

**ССТ:** В ДМС есть коммерческий заказчик. Если страховая компания плохо справляется со своими обязанностями, страхователь не перезаключит договор на новый срок.

**В ОМС заказчиком выступает государство. Не пострадают ли права граждан?**

**Д. К.:** Даже в существующей системе ОМС, когда гражданин еще дальше от статуса заказчика, люди стали осознавать наличие страховой организации. Это достижение того закона, который сегодня определяет порядок функционирования системы ОМС. Мы видим рост обращений в страховые организации по той

или иной причине, будь то взимание денег, неоказание медицинской помощи, непонимание собственных прав в системе. Страховые организации с этими вопросами разбираются, вплоть до проведения так называемой очной экспертизы по жалобе застрахованного непосредственно в момент оказания медицинской помощи или представления интересов гражданина в суде... Кроме того, существует система контроля за деятельностью СМО, которых контролируют Территориальные фонды ОМС, Центробанк, Счетная палата, Налоговая инспекция и др.

**ССТ:** А с точки зрения интересов государства, рискованный вариант ОМС — это плюс или минус?

**Д. К.:** В мировой практике есть позитивные примеры работы как одной системы, так и другой. Есть эксперты, которые ориентируются на индекс Блумберга, чтобы показать, как хорошо работает система с бюджетным финансированием здравоохранения. Но этот индекс — не о системе здравоохранения, а об условиях, в которых живет человек: питание, экология и масса других факторов, которые влияют на его благополучие.

Также можно говорить о затратах на содержание аппарата, который управляет системой. Можно доказывать, что на долю процента государственная система по этому показателю лучше. Но

если мы будем смотреть на удовлетворенность граждан медицинским обслуживанием, то, как правило, в страховой модели она выше. Даже хваленая система здравоохранения Великобритании не выдерживает критики по времени ожидания медицинской помощи, в том числе высокотехнологичной, и оперативных вмешательств.

**ССТ:** Какой же вариант оптимален для России?

**Д. К.:** Учитывая, на каком уровне находится наша система здравоохранения, возвращение к бюджетному финансированию гораздо страшнее — все будет гораздо хуже, чем было раньше. А развитие и эволюционирование страховой составляющей и для государства будет важным, потому что оно подключает механизм сдерживания неконтролируемого роста расходов на оказание медицинской помощи. То, что здравоохранение — это «черная дыра», известно во всех странах. Когда мы обсуждаем эффективность расходов и сравниваем себя с «большими красивыми» странами, нужно помнить, что там расходы на здравоохранение гораздо выше.

**ССТ:** Какие задачи стоят перед страховщиками ОМС в 2016 году?

**Д. К.:** Во-первых, страховщики должны доказать, что они финансово готовы двигаться дальше. Во-вторых, мы должны активно включиться в выстраивание

системы логистики, взаимодействия граждан со страховыми компаниями и страховых компаний с гражданами на основе единых подходов и принципов. Министр здравоохранения Вероника Скворцова анонсировала работу так называемых страховых представителей — это одна из самых больших задач. На всех территориях порядок должен быть единым, а подход — системным. Мы не должны затыкать сиюминутные дыры.

**ССТ:** Планируются ли какие-то изменения в действующее законодательство?

**Д. К.:** Совершенствование нормативной базы необходимо, а это не только законы, но и акты на уровне постановлений правительства, приказов Минздрава России, указаний Банка России. Приходится корректировать вопросы взаимодействия страховых организаций с МО, в том числе в части контроля и штрафов. Нужно выстраивать систему с финансово устойчивыми страховщиками, которые готовы работать по единым принципам на всех территориях. И нужна готовность фондов работать по единым принципам. Это правильные шаги на пути выстраивания перспективной модели ОМС, о которой мы говорили, отвечая на первый вопрос.

<sup>1</sup> п. 14 Перечня поручений по реализации Послания Президента Федеральному собранию, 05.12.2014.





## IQ CASCO

Страховой продукт, разработанный СК «РОСИНКОР Резерв» совместно с компанией Raxel Telematics, представляет собой полис автокаско с применением телематических технологий и ценообразованием, построенным на принципах «usage-based insurance», то есть зависящим от того, как именно эксплуатируется автомобиль.

Оплатив первые три месяца страхования, клиент получает индивидуальную скидку размером до 50 % на все последующие платежи. Скидка зависит от пробега, времени вождения, скоростного режима и ряда других показателей, собираемых с помощью телематического устройства. Миниатюрное устройство, созданное с соблюдением всех необходимых норм безопасности и сертифицированное в России, передается клиенту бесплатно при приобретении полиса IQ CASCO и подключается к диагностическому разъему автомобиля.

Страхователь через мобильное приложение может отслеживать свой «уровень безопасности» и текущую скидку в режиме онлайн, а также получать советы о том, как водить безопаснее и платить меньше. Как показывает мировая практика, такая информация оказывает дисциплинирующий эффект даже на опытных водителей.

Проекту IQ CASCO уже полтора года. Предлагая водителям чуть больше думать о безопасности, «РОСИНКОР Резерв» взамен получает страховой портфель с убыточностью, на 15–20 % ниже среднерыночной.



## «БУДЬ ЗДОРОВ» В СОЧИ

В Сочи на базе гостиничного комплекса «Имеретинский» открылся медицинский центр «Будь Здоров» одноименной сети клиник, принадлежащей СПАО «Ингосстрах». Он объединил возможности медицинского обслуживания и оказания санаторно-курортных и реабилитационных услуг.

Карта процедур предусматривает не только обычный набор санаторных услуг — ванны, грязелечение, иглорефлексотерапия, массажи, мануальная терапия, аппаратная физиотерапия, — но и специфические программы, такие как иппотерапия и дельфинотерапия. Лечебная физкультура доступна не только в стандартном исполнении, но и в формате скандинавской ходьбы, популярной во всем мире, а также лечебного волейбола. Помимо этого, предусмотрено использование целебных возможностей дендрологического парка, расположенного рядом с медицинским центром.

Реабилитационный центр открыт как для клиентов, застрахованных по ДМС, так и для частных лиц без полисов. Сегодня «Ингосстрах» уже создает специальные страховые программы, которые будут реализованы в новом центре в Сочи. В перспективе они также будут включены в ассортимент продуктов страховщика по ДМС.

## ПОЛИС «ПОДОРОЖНИК»

Каждый из нас с детства знает: натер ли ты ногу, поранился или обжегся — стоит приложить к больному месту листок подорожника, как боль пройдет, рана заживет быстрее.

Новый коробочный продукт **РЕСО-Гарантия «Подорожник»** — быстрая и надежная защита от несчастного случая.

### От чего вы будете застрахованы:

- физическая травма;
- постоянная утрата трудоспособности с установлением группы инвалидности;
- смерть, наступившая в течение года со дня несчастного случая или ДТП, как прямое его следствие.

### Преимущества полиса «Подорожник»:

- максимальный набор рисков;
- включен риск ДТП;
- большие страховые суммы при невысокой стоимости полиса (для клиентов РЕСО-Гарантия — специальные цены);
- полис действует по всему миру;
- терроризм включен в покрытие по полису;
- возраст застрахованных — от 18 до 70 лет.

### Пример стоимости полиса и страхового покрытия:

Страховые суммы, руб.

Травма	300 000
Инвалидность	500 000
Смерть	1 000 000
Смерть ДТП	1 500 000

Стоимость для клиентов РЕСО-Гарантия	<b>3 800</b> рублей
Стоимость для новых клиентов	<b>4 750</b> рублей

## Калейдоскоп продуктов

