

Опытная партия

Экономический кризис способствует приходу частных клиник в ОМС

Приход частных клиник в систему ОМС некоторые эксперты рассматривают как фактор, плохо влияющий на государственную медицину. Впрочем, есть области, где государственно-частное партнерство вполне эффективно, где государство действительно готово отдать целый сегмент на аутсорсинг. В первую очередь это касается высокотехнологичной медицинской помощи. Смогут ли частные клиники заместить первичное звено — большой вопрос.

Елена Калиновская

Чем мех дороже...

Доля частных клиник в системе ОМС в 2016 г. выросла с 22,4 до 29%. Всего, по данным Федерального ФОМС, в прошлом году в госсистеме работало 2540 коммерческих медорганизаций (рис.), что, по словам партнера, руководителя группы по работе с компаниями медико-биологических наук и здравоохранения компании «Делойт» СНГ **Олега Березина**, вполне объяснимо. «Увеличение доли частных клиник, работающих в системе ОМС, вызвано уменьшением доли доходов от ДМС и явно не растущей покупательной способностью населения», — говорит он.

Однако доля дохода от ОМС в общей выручке частных клиник невелика. По оценкам эксперта, она находится в диапазоне 1,5—2,5%. «Эти цифры приведены в целом по России, в некоторых регионах или конкретных частных клиниках доля доходов от ОМС может быть и значительно выше», — дополняет он.

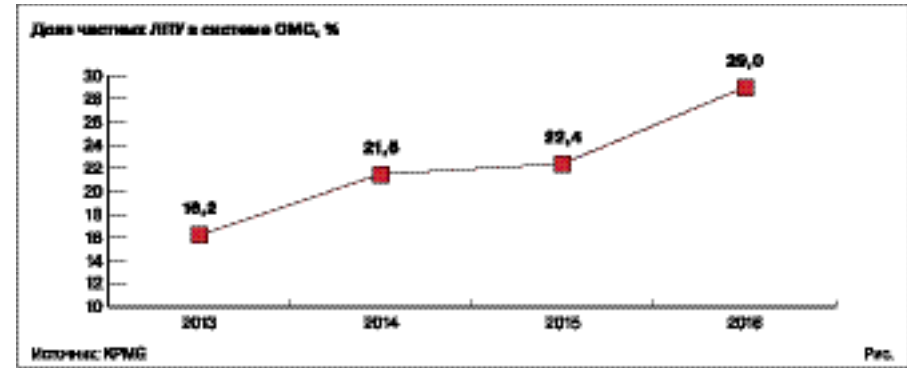
Основным сдерживающим фактором прихода клиник в ОМС являются тарифы системы. «Чем они будут выше, тем большее количество клиник будет работать в ОМС, и самое главное — они будут больше зарабатывать на услугах ОМС. Например, в Москве доля частных клиник, работающих в системе ОМС, и доля их доходов от ОМС значительно ниже, чем в регионах, так как в Москве тарифы ОМС ниже, чем в регионах. Кроме того, в Москве у частных клиник больше возможность зара-

ботать на пациентах с ДМС, большое количество работодателей, оплачивающих ДМС своим работникам, и тех, кто готов платить за счет собственных средств», — рассуждает Олег Березин.

Он также обращает внимание, что тариф ОМС не только не покрывает капитальные затраты и затраты на покупку оборудования свыше 100 тыс. руб., но и не предполагает какую-либо прибыль от оказания медицинских услуг, а ведь частные клиники — коммерческие организации и должны зарабатывать прибыль для своих акционеров и собственников. «Поэтому, несмотря на громкие заявления и кажущуюся «тенденцию», работа частных клиник в системе ОМС будет всего лишь побочным продуктом и способом получить дополнительные деньги, на покрытие текущих расходов, когда «простаивают мощности», — считает эксперт.

...тем он лучше

Прибыльными для частных медицинских компаний могут быть высокотехнологичные виды медуслуг, оказываемых в рамках ОМС. Особенно хорошо развиваются государственно-частные проекты в областях, которые закрывают «белые» пятна в здравоохранении. Так, например, было с диализными центрами. Интерес частных компаний к диализному рынку возник в 2005 г., когда государство решило оплачивать далеко не дешевую про-



цедуру диализа по программе дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий населения. Затем заместительная почечная терапия вошла в программу ОМС.

По данным Российского диализного общества (РДО), количество отделений/центров, обеспечивающих лечение больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, увеличилось в 1998—2013 гг. с 200 до 410, соответственно, количество диализных мест увеличилось почти в два раза.

Сейчас активно развивается сеть ПЭТ-диагностики. ВОЗ рекомендует 2 ПЭТ/КТ сканера на 1 млн человек, в РФ этот показатель составляет 0,2, что значительно меньше показателей в развитых странах. Именно поэтому

в этой области стали появляться проекты от государственно-частных партнерств. Впрочем, ОМС не оплачивает этот вид диагностики. Но регионы могут оплачивать эти услуги в рамках региональных программ. Поэтому, прежде чем строить такой центр, частным инвесторам необходимо заручиться поддержкой региональных властей. Так, «ПЭТ-Технолоджи» в 2016 г. открыла центр ядерной медицины в Екатеринбурге, и в территориальную программу госгарантий была включена услуга по ПЭТ-диагностике, тариф которой составил

около 33 тыс. руб. Основной поток клиентов центра — 95% — должен пойти именно по программе ОМС.

«В медицине сейчас есть хорошая рентабельность, приемлемая для российского бизнеса», — говорит председатель Совета директоров IPT Group **Сергей Нотов**. Именно поэтому IPT Group участвует в реализации концессионного соглашения компании «ПЭТ-Технолоджи» и Московской области по строительству ПЭТ-центров в Подольске и Балашихе. По словам Сергея Нотова, срок возврата инвестиций в медицинские проекты в России составляет от 5 до 12 лет. Впрочем, не стоит забывать, что рентабельные сегменты можно пересчитать по пальцам.

Нечем скрыть

Страхование от онкологических заболеваний

пока недоступно для широких слоев населения

Первые программы, предлагающие гражданам застраховаться от онкологических заболеваний, появились несколько лет назад, но так и не получили широкого распространения. Программы по-прежнему дорогие или предлагают небольшую сумму покрытия. Кроме того, многие компании, страхуя от онкологии, исключают из страховых случаев некоторые виды рака.

Елена Калиновская

Ограниченный круг

Условия страхования от онкологических заболеваний (табл.) довольно просты. Как правило, компании не страхуют людей старше 64 лет, у человека не должно быть онкологического диагноза в анамнезе. У страховых программ присутствует период выжидания — от трех до шести месяцев, когда в случае заболевания выплаты не производятся.

Общей статистики по количеству застрахованных от онкологии нет. В одной из презентаций «ВТБ Страхование» говорилось, что в 2015 г. было продано 100 тыс. полисов по программе «Управляй здоровьем». Надо отметить, что эта компания — одна из тех, кто активно продвигает онкологическое страхование. Согласно данным АНО «Проект СО-действие», ежегодно с онкологическим диагнозом в России сталкиваются 500 тыс. человек.

Несколько страховых компаний присоединились к глобальной программе Best Doctors — этот оператор организует лечение за гра-

ницей, кроме России и США. Пожалуй, это оптимальное сочетание стоимости полиса и страхового покрытия. Но есть одно «но» — программа покрывает не все виды онкозаболеваний. В списке исключений шесть позиций, например: саркома Капоши и другие опухоли, ассоциированные с ВИЧ-инфекцией или СПИД.

Станет ли население, доходы которого изрядно подточил кризис, тратить деньги на такие продукты, большой вопрос. Возможно, выходом могли бы стать накопительные программы, которые гарантируют выплаты по истечении срока договора. То есть человек в течение нескольких лет откладывает на черныи день, а когда договор закончится, может получить свои деньги назад. В частности, такая программа есть у компании «Согаз», главный ее недостаток — дороговизна: по 8—10 тыс. руб. надо вносить ежемесячно, в то время как в других программах это ежегодная сумма. С таким же успехом можно самостоятельно копить деньги в банке.

Программы страхования на случай онкозаболевания				
Название компании/программы	Стоимость полиса, тыс. руб.	Макс. сумма выплаты, млн руб.	Возраст, лет	Срок договора, мес.
Альфа Страхование/ АнтиОнко	дети — от 3 взрослые — от 8	16,8	0—60	12
ВТБ/ Управляй здоровьем+Онлайн	от 5,9	1,5	1—75	18
ВТБ/ Управляй здоровьем + Best Doctors	от 29,9	60	18—75	18
Ренессанс/ Медицина без границ + Best Doctors	10	28	18—64	12
ERGO / Подари себе жизнь	от 21,2	14	18—55	36—120
СК / Благостояние+ Best Doctors	от 13,3	28	18—64	12

Источник: onkostrahovanie.ru, официальная информация компаний

Лечение, а не деньги

По словам управляющего директора Центра лучевой терапии «ОнкоСтоп» **Ксении Ловцовой**, еще одна проблема отечественных программ в том, что при наступлении страхового случая клиент получает одновременную выплату на лечение — фиксированное денежное возмещение. Хватит ли этого на лечение, неизвестно.

«За рубежом система добровольного страхования здоровья выстроена гораздо лучше, чем в России. Это выражается в том, что страхователю обеспечивается необходимое лечение, а не единовременное денежное возмещение, которого может не хватить даже на половину лечебного курса», — говорит она.

Ксения Ловцова уверена, что нужна разработка программ страхования здоровья, по которым любой страховой полис будет покрывать случаи онкологических заболе-

ваний и расходы клиента на лечение, в том числе высокотехнологичное. Чтобы клиенты страховых компаний, оплачивая полис из года в год, не оставались без поддержки, если врач поставит диагноз онкологического заболевания.

«Для того чтобы страховые программы окупили себя, необходимо, чтобы как можно больше людей было охвачено страхованием, — считает старший менеджер департамента аудита компании «Делойт» СНГ **Дамир Хусанов**. — Однако те, кто сталкивался с онкологией, могут не понимать всей серьезности проблемы и вряд ли будут страховаться. А страховать тех, кто уже болен, страховым компаниям невыгодно». Чтобы выполнить это условие, скорее всего, без государственного не обойтись. Пока страховые продукты могут быть выгодны только самим компаниям.

Экономический кризис купирован

Коммерческая медицина по-прежнему привлекательна для населения, несмотря на экономический кризис

Согласно прогнозу Минэкономразвития, в 2017 г. темп прироста ВВП России составит 0,6%. Этот показатель свидетельствует о стабилизации, но, к сожалению, вряд ли позволяет говорить о кардинальном улучшении макроэкономической ситуации. В компании KPMG полагают, что такое положение определит ряд тенденций на рынке частных медицинских услуг. В частности, речь идет о насыщении рынка ДМС, притоке новых клиентов в сектор легальной коммерческой медицины и других.

Елена Калиновская по материалам компании KPMG

Дешевые деньги — дорогие услуги

Один из значимых негативных макроэкономических факторов, влияющих на рынок частных медицинских услуг, — это падение реальных располагаемых доходов населения, продолжавшееся в период 2014—2016 гг. Усугубляет ситуацию рост цен на медицинские услуги, который опережал динамику индекса потребительских цен. «На всем протяжении рассматриваемого периода, за исключением 2015 г., это опережение составляло порядка 0,6—7,2 п.п. Инфляция останется одним из главных драйверов увеличения объема рынка медицинских услуг», — комментирует руководитель практики по работе с компаниями сферы здравоохранения и фармацевтики KPMG России и СНГ **Виктория Самсонова**.

Согласно прогнозу BusinesStat, указанный выше тренд в целом сохранится, и рост цен на медицинские услуги будет незначительно опережать динамику индекса потребительских цен в 2017—2019 гг. (рис. 1). Это будет сдерживать увеличение спроса на коммерческую медицину даже в условиях выхода экономики России из рецессии и постепенного возобновления роста доходов населения с 2017 г., поскольку темпы увеличения доходов будут слишком низкими, чтобы ощутимо стимулировать спрос на частные медицинские услуги.

Полный ДМС

Динамика расходов на здравоохранение бюджетного и частного секторов различается, последние растут гораздо быстрее (рис. 2). В то же время различные сегменты частной медицины ведут себя неоднородно (рис. 3). Так, объем сегмента ДМС в номинальном выражении в 2016 г. продолжил расти, однако темп прироста (6,7%) оказался ниже темпов роста сегмента легальной коммерческой медицины (9,1%) и теневого сектора (7,3%), что стало результатом сжатия количественного спроса на ДМС и стремления к экономии со стороны страхователей, выбирающих страховые программы с меньшим покрытием.

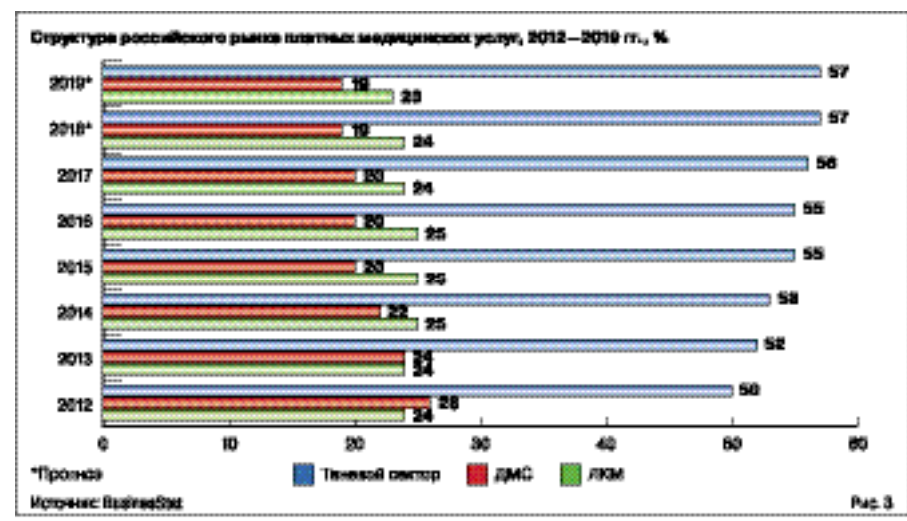
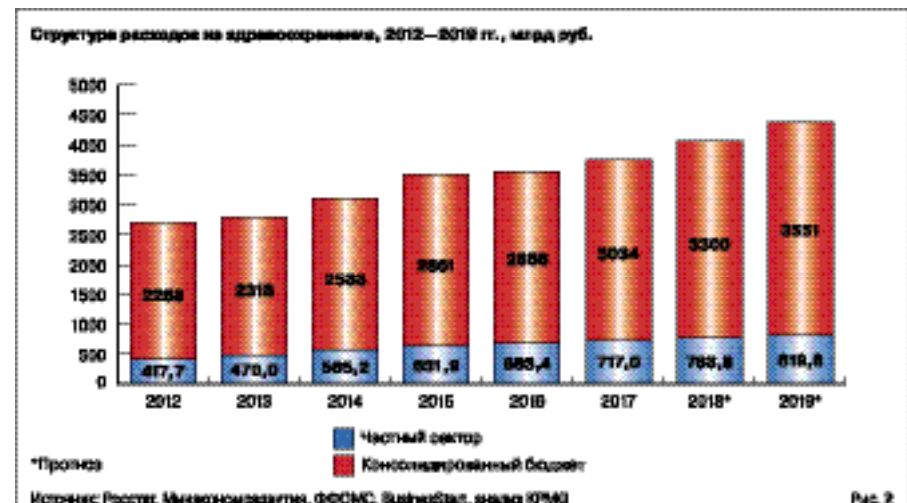
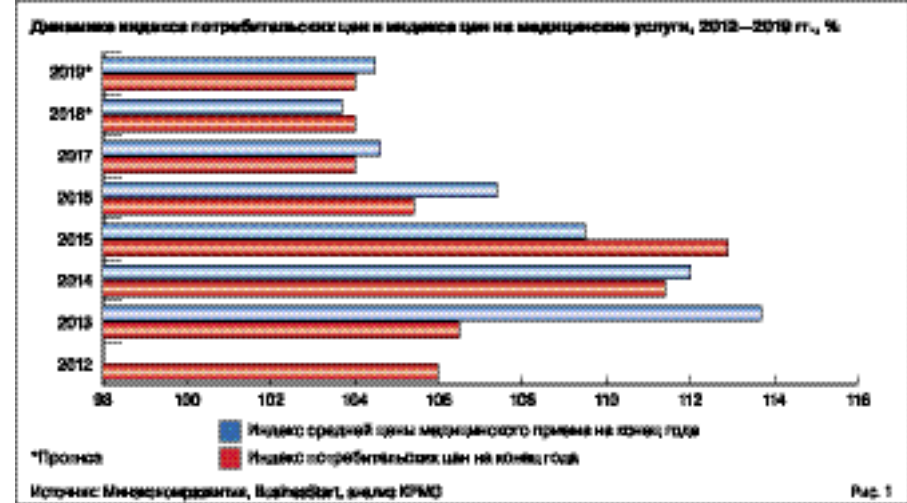
«В 2014—2016 гг. массового отказа от страховых программ со стороны крупных предприятий, являющихся основными потребителями программ ДМС, не произошло, однако наблюдалась тенденция к пересмотру типового пакета ДМС и сдвигу в сторону экономварианта. Кроме того, многие из компаний оптимизировали численность персонала. Основным инструментом экономии на ДМС было сокращение набора медицинских услуг, предоставляемого работникам по страховке, например, путем исключения дорогостоящих или дополнительных опций, а также сужения перечня доступных ЛПУ», — говорит Виктория Самсонова.

При этом средний бизнес заметно снизил спрос на ДМС. Часть компаний этого сектора и вовсе отказалась от дополнительного медстрахования своих сотрудников. Впрочем, доля таких предприятий в общем объеме страхования по ДМС невелика, отмечают в KPMG. Спрос на ДМС поддержал Ф3 № 409, требующий наличия полиса у трудовых мигрантов, однако его эффект для объема сегмента в целом не был значительным.

«В целом можно говорить о том, что сегмент ДМС в нынешнем виде достиг насыщения, поскольку увеличения

спроса со стороны крупных корпоративных клиентов в условиях отсутствия экономического роста не ожидается», — делает вывод г-жа Самсонова.

Драйвером роста могут стать страхователи — физические лица, если для них появятся более привлекательные по цене предложения. Это касается прежде всего сотрудников предприятий среднего бизнеса, лишившихся полисов ДМС. Некоторые из таких пациентов перешли в сегмент легальной коммерческой медицины, однако наличие на рынке привлекательных программ ДМС может изменить их потребительское поведение.



Легально социальный

Из-за дальнейшего снижения доступности медицинской помощи в сегменте ОМС, особенно в первичном звене, в результате увеличения нагрузки на него, в перспективе сохранится тенденция притока новых пациентов в легальную коммерческую медицину (ЛКМ). Рост преимущественно ожидается в нижнем ценовом сегменте.

В KPMG полагают, что спровоцировать рост спроса в ЛКМ могут самозанятые граждане, уклоняющиеся от уплаты налогов, однако пользующиеся социальными благами. По подсчетам различных источников, их количество в России в 2016 г. достигло 13—16 млн человек. Минтруда России предлагало подумать над ограничением доступа таких граждан к системе ОМС, следовательно, необходимость платить за ОМС неминуемо подтолкнет часть этих людей в сегмент ЛКМ или ДМС. Впрочем, аналитики сомневаются, что подобные меры реализуются до конца 2018 г.

«Другой перспективной группой клиентов для российских ЛПУ в сегменте ЛКМ являются иностранные граждане. Снижение обменного курса рубля создало благоприятные условия для роста въездного медицинского туризма в РФ, — полагает Виктория Самсонова. — Вместе с тем требуются усилия по продвижению услуг российских ЛПУ за рубежом со стороны как отдельных участников рынка, так и их объединений, чтобы привлечь в РФ значительное количество иностранных пациентов».

Перспективным фактором роста сегмента ЛКМ также является развитие информационной технологий и сопутствующей законодательной базы, включая запуск приложений для поиска ЛПУ или врача, например «Яндекс.Здоровье», или электронных медицинских карт, например Ondoc, а также принятие закона о телемедицине.

Не выйти из тени

Доля теневого сектора в структуре платных медицинских услуг в докризисный период постепенно снижалась и достигла 24% в 2013 г., однако затем выросла до 25% в 2014 г.

Рост в данном сегменте обусловлен такими факторами, как снижение доступности медицинских услуг в канале ОМС, уменьшение числа застрахованных по ДМС, а также падением реальных располагаемых денежных доходов населения.

Затраты в теневом секторе, как правило, ниже, чем в каналах ДМС и ЛКМ, поэтому пациенты, нацеленные на экономию, предпочитают доплачивать медицинскому персоналу напрямую.

Так что пока искоренение теневого сектора откладывается.