

Компании стремятся, чтобы в рамках программ добровольного медицинского страхования их сотрудники получали максимум услуг по минимальным ценам, а обслуживание было качественным. Это естественное желание любого HR-менеджера, финансового или генерального директора при разработке таких программ со страховщиками. Но поиск компромисса неизбежен.

По последним данным, за первые шесть месяцев текущего года страховщики собрали по ДМС 75 млрд рублей, что на 8,8% больше, чем в аналогичном прошлогоднем периоде. То есть темпы роста рынка уже не такие быстрые, как наблюдались несколько лет назад. Это связано как с эффектом высокой базы, так и со спецификой структуры потребителей.

Российский опыт использования ДМС позволяет выделить четыре сегмента потребителей. Опытные «иностранцы» потребители услуг ДМС представлены крупными и средними компаниями с зарубежным капиталом. Они пользуются этими услугами практически с момента своего прихода на российский рынок, то есть в среднем 7–12 лет и более, продолжая традиции своих иностранных материнских компаний. В группу развивающихся потребителей услуг ДМС можно отнести крупные российские компании, особенно те из них, которые имеют собственные производства. Их стаж использования ДМС также достаточно продолжителен, однако меньше по сравнению с иностранными компаниями – до 5–10 лет. Начинающими потребителями услуг ДМС чаще всего становятся российские компании среднего размера, которые недавно пришли к осознанию важности ДМС. Их стаж пользования ДМС составляет не более 2 лет. Потенциальные потребители услуг ДМС не имеют опыта в этой сфере и находятся в стадии выбора между страховыми компаниями или формулирования своих запросов к ним.

Интенсивность проникновения услуг по ДМС напрямую зависит от размера предприятия. Так, примерно в 40% компаний, в которых работают менее 20 сотрудников, уже внедрено корпоративное ДМС, а среди предприятий, в штате которых более 1000 человек, этот показатель составляет порядка 85%.

Развитие ДМС за счет компаний, которые пока не имеют таких программ в своем соцпакете, или недавно созданных предприятий традиционно напрямую связано с экономической ситуацией в стране, с уровнем осознания социальной ответственности и возможностью использования механизма ДМС как рычага мотивации работников.

Однако не менее интересно и важно рассмотреть тот сегмент предприятий, которые уже пользуются услугами ДМС, и понять их настроение. Среди основных потребителей услуг, крупных предприятий с большим штатом сотрудников, четко прослеживается тенденция передела рынка добровольного медицинского страхования. Особенно этот процесс заметен в не очень благоприятном сегменте с низкорентабельными страхователями, которые склонны к регулярной смене страховщика. В связи с тем, что итоги года страхования у многих таких предприятий убыточные, в большинстве случаев страховщику, мягко говоря, невыгодно оставлять прежние тарифы. Поэтому производится перерасчет страхового взноса с учетом повышающего коэффициента на очередной период.

Что в этом случае предпочитает делать страхователь, бюджет которого ограничен? У него возникает желание перейти к другому поставщику услуг, несмотря на, возможно, худшее качество. И если новый страховщик нацелен на увеличение своего портфеля и доли рынка, то он может принять такого клиента. Примеры демпинга на рынке страхования, к сожалению, существуют, и это не может не мешать любому добросовестному страховщику, который отвечает за качество предоставляемых им услуг. Все понимают: демпинговая политика не может длиться вечно, и рано или поздно страховщики перестанут использовать этот механизм в силу давления рыночных факторов. Очевидно, что для страхователя это тупиковый вариант, причем не только в силу ограниченного числа страховщиков. Постоянно меняя одного страховщика на другого, компания в итоге получает рост неудовлетворенности своих сотрудников услугами ДМС.

Почему так происходит? Если в прошлом у предприятия был высокий уровень убыточности, то новая страховая компания может ввести в программы ДМС еще большие ограничения на пакет услуг. Это позволит ей превентивно регулировать будущую убыточность. Клиент же мысленно сосредоточен на том, что укладывается в бюджет, и заключает новый контракт, который по изложенным выше причинам оборачивается в дальнейшем нарастанием количества жалоб со стороны застрахованных по ДМС его сотрудников.

Нередко, попытав счастья с несколькими страховыми компаниями, клиент тщательнее взвешивает все преимущества и недостатки действий по вышеописанному сценарию и обычно начинает больше склоняться к качеству обслуживания как основному фактору при разработке страховых программ. В целом же ситуация для предприятия действительно сложная, и в итоге каждый пытается ее разрешить в силу внутренних корпоративных приоритетов.

На такое положение дел можно и нужно посмотреть под другим углом. Для страховщика стратегически невыгодно после первого года сотрудничества «отпускать» клиента на внешний рынок, даже если он был убыточен. Если постоянно пренебрегать его интересами, получится, что каждый год страховая компания получает нового убыточного страхователя, вместо того чтобы попытаться сохранить клиентскую базу, переработав политику отношений.

Совместными усилиями страховщику и страхователю по силам найти компромисс. Так, если в первый год работы клиент оказался убыточным, то после проведения индивидуальных корректирующих мероприятий в следующем году страховщик может выйти на безубыточность или более благоприятные показатели.

Источник: [Российская бизнес-газета](#) , № 44, 12.11.13

Автор: Екатерина Чебунина, замдиректора департамента личного страхования СК «Транснефть»