

Завтра в Москве открывается семинар, на котором будут рассматриваться вопросы повышения эффективности медицинского страхования, обсуждаться пути решения проблем, которых в секторе накопилось немало.

До сих пор одной из главных проблем рынка добровольного медицинского страхования России остается отсутствие единой информационной базы. В то время как в США и Европе страховые компании давно работают по единому алгоритму с лечебными учреждениями, имеют стандартный пакет документов и автоматизированную систему ввода данных, в нашей стране отношения с каждым лечебным учреждением выстраиваются индивидуально. Страховой компании приходится увеличивать свой штат операционистов, которые занимаются только вводом преискурантов цен на услуги различных лечебных учреждений. А если учесть, что в одной Москве это тысячи клиник, то масштабы административной поддержки действительно потрясают. Попытки решить эту проблему предпринимались несколько лет назад. Тогда был сформирован пул страховщиков по ДМС, которые оплатили разработку единой базы данных. Однако этот проект так и не был реализован.

Кроме того, на рынке по-прежнему отсутствует здоровая конкуренция. Во время кризиса многие компании пересмотрели свои тарифы по ДМС, но некоторые до сих пор продолжают волнообразную тарифную политику. Такая нестабильная ситуация, отсутствие жесткой ценовой политики приводит к демпингу, который, как известно, не только вредит всему рынку, но и серьезно снижает его инвестиционную привлекательность. Переход от ценовой к сервисной конкуренции серьезно затягивается. Решить эту проблему способна более жесткая политика тарификации услуг со стороны регулирующих органов, как это было сделано в аптечном бизнесе несколько лет назад, что способствовало уходу небольших и несервисных игроков.

При этом важно понимать, что страховые компании являются только провайдерами между клиентом и лечебным учреждением. Поэтому во главе угла становится сервисная составляющая. В сотрудничестве с корпоративными клиентами мы применяем западную технологию healthmanagement, т.е. управление здоровьем персонала через институт врачей-кураторов, которые координируют оказание медпомощи сотрудникам компаний-клиентов. Такой подход повышает эффективность ДМС, снижает заболеваемость персонала и улучшает бизнес-результаты компаний. Большинство

корпоративных клиентов выбирают полноценную комплексную программу, которая включает амбулаторно-поликлиническую помощь, плановую и экстренную госпитализацию, стоматологию, вызов врача на дом, прием узких специалистов и диагностику.

Российский рынок ДМС по-прежнему носит корпоративный характер. Есть небольшой сегмент частных клиентов, который сегодня составляет не более 10% – это в основном родственники клиентов, застрахованных по корпоративным программам. Кроме того, на сегодняшний день предприятиям-налогоплательщикам, имеющим договор ДМС, полагается льгота в размере 6% от фонда оплаты труда. На сегодня единичные игроки страхового рынка предлагают ДМС для частных лиц в силу высокой убыточности. Цена полиса с амбулаторным поликлиническим лечением начинается от 30 тысяч рублей. Однако именно розничное ДМС может стать драйвером всего рынка. Для этого необходимо формирование благоприятной среды, стимулирующих решений, в т.ч. налоговых льгот.

В 2016 году государство займется внедрением лекарственного возмещения на всей территории России. До этого времени пилотные проекты по выплате части стоимости лекарств пациентам будут действовать в нескольких регионах. Минздрав в проекте стратегии предлагает модель лекарственного обеспечения при амбулаторном лечении (в поликлиниках), которая бы включала частичное возмещение стоимости лекарств. При этом часть рисков планируется переложить на страховые компании. В России лекарственное обеспечение в рамках полиса ДМС – пока редкость, в то время как в Европе и США – это уже стандартная практика в страховании.

Большинство стран Европейского союза компенсирует пациентам расходы на покупку большей части рецептурных препаратов: в Великобритании – 86% рецептурных препаратов, в Швеции – 60%. А в Германии, например, пациент сам оплачивает лекарства от простуды, слабительные и малоэффективные препараты. Другой метод сдерживания расходов государства – регулирование цены. Во Франции действует система референтных цен, когда цены на новые лекарства сравниваются с уже существующими на рынке сопоставимыми препаратами. Третий вариант – когда за лекарства доплачивают покупатели. Такая доплата может быть фиксированной (например, за лекарство, рецепт или упаковку) или в процентах от цены. Введение соплатежей мотивирует пациентов применять более дешевые препараты, в том числе дженерики. Механизм финансирования пока не определен. Но страховые компании и аптечные сети уже внедряют системы лекарственного возмещения. Однако пока новая услуга чаще всего востребована в качестве дополнительной опции к основным корпоративным программам по ДМС и является конкурентным преимуществом при участии в тендерах. Однако для развития розничного ДМС введение лекарственного

возмещения послужило бы серьезным драйвером.

Источник: [Российская газета](#) , 26.02.13

Автор: Марина Тихонова, вице-президент по ДМС «Группы Ренессанс страхование»