



О привлечении и удержании клиентов в ДМС, предупреждении мошенничества, взаимодействии обязательного и добровольного медстрахования и многом другом корреспонденту портала «Википедия страхования» рассказала руководитель проекта по развитию личного страхования ОАО «СОГАЗ» Анна Муковозова.

– Прежде чем перейти к разговору о тонкостях андеррайтерской политики страховой компании в области ДМС, позвольте задать вопрос из смежной области: как скоро, по вашему мнению, в России начнет происходить взаимодействие ОМС и ДМС? Какие западные принципы можно адаптировать для российской действительности, чтобы обязательное и добровольное медицинское страхование адекватно дополняли, а в каких-то случаях – исключали друг друга?

– Первое, что необходимо сделать государству, – это определиться со стратегией: либо значительно увеличить финансирование ОМС, либо сформировать реальную программу ОМС, обеспеченную текущим финансированием. К сожалению, пока между фактической себестоимостью заявленного гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и затратами на нее со стороны государства существует огромный разрыв. И в первую очередь от этого страдает качество медицинских услуг, которые мы имеем. Страховщиков ДМС можно встроить в эту систему, предоставив им возможность на практике гарантировать услуги «сверх программы ОМС», а не «вместо программы ОМС», как это происходит сейчас.

– Недавно был принят закон об ОМС. Каковы, с вашей точки зрения, итоги первого года действия нового Федерального закона от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ? Оказал ли он влияние на рынок ДМС?

– Данный закон направлен в первую очередь на реорганизацию системы ОМС. Пока

говорить о весомом влиянии рано, но с течением времени и с учетом дополнений, стимулирующих страховщиков ОМС, свобода выбора застрахованным страховой организации и врача должна дать положительный эффект на перераспределение долей рынка в сторону более качественных, стабильных и эффективно работающих компаний. Что же касается сферы ДМС, то для того чтобы закон заработал в направлении этого сегмента, в первую очередь необходимо исключить финансирование по подушевому нормативу. Все медучреждения системы ОМС должны работать по детализированному до услуг преискуранту (в идеале реестр услуг должен быть централизованно стандартизирован Минздравом) и отчитываться в системе ОМС за фактически оказанные услуги, а не за годовое прикрепление или пролеченное заболевание. При этом стоимость каждой услуги для преискурантов ОМС и ДМС может быть разной. Здесь важен сам принцип детализации. Он даст возможность страховщикам ДМС формировать ОМС-дополняющие программы, состоящие из конкретного перечня услуг, покрываемых полисом ДМС сверх программ ОМС. А клиники будут иметь дополнительный источник финансирования без риска быть оштрафованным со стороны контролирующих ОМС организаций.

– Что касается тарифной политики крупных компаний на рынке ДМС, какая тенденция сейчас прослеживается с учетом подведения итогов 2011 года?

– Основные тенденции не меняются уже несколько лет, страховщики пытаются найти баланс между убыточностью страхового портфеля и увеличением объемов бизнеса. При этом ежегодно даже среди топ-компаний возникает хотя бы одна, которая выбирает так называемый агрессивный сценарий развития, или, проще говоря, тактику демпинга. Такие компании регулярно добавляют «ложку дегтя» в и без того нестабильный рынок ДМС, дезориентируя как клиентов, так и конкурентное окружение.

– Как вы считаете, в каких случаях стоит использовать технологию гибкого андеррайтинга при пролонгации?

– В условиях развивающегося рынка качество и уровень андеррайтинга играют важнейшую роль для страховщика: поскольку новый бизнес достается ему в основном в виде тех клиентов, которые не сошлись в цене с текущим страховщиком, эта часть портфеля является более рискованной и, как правило, более убыточной. В такой ситуации важнейшим инструментом балансировки портфеля становится эффективное удержание существующих клиентов. «Свой клиент» – это коллектив с известной историей убытков, с понятными ожиданиями, и здесь у андеррайтера есть максимальные возможности по формированию адекватного наполнения и стоимости страхового пакета. Но при любой

пролонгации важно опираться не только на ретроспективные данные, но и оценивать факторы будущих выплат: медицинская инфляция, изменение условий соцпакета в компании и др.

– Какие варианты тарифной политики могут быть использованы при проведении андеррайтинга проблемных клиентов?

– Тарифная политика – это целый комплекс мероприятий, направленных на разработку как самих базовых тарифов, так и методик их применения для отдельных категорий страхователей. В частности, андеррайтинг проблемных клиентов не может рассматриваться независимо от принципов страхования остальных сегментов портфеля. На уровне тарифной политики страховщик может определить, применять ли ему дифференцированный подход к оценке рисков или единый алгоритм тарификации для всех. Само понятие проблемного клиента не фиксировано: это убыточный клиент или это клиент с многолетней негативной историей? Например, в первом случае высокая убыточность клиента в один конкретный страховой год сама по себе не свидетельствует о возможном повторении такого результата в будущем, и выставление «непроходного тарифа» может стать ошибочным выбором страховщика. Целью тарифной политики как раз и является обобщение различных случаев в сегменты риска и выработка для каждого из сегментов определенных правил тарификации, позволяющих контролировать ожидания по результативности страхового портфеля при их стабильном применении.

– Какие способы оптимизации процесса андеррайтинга сейчас нужны и эффективны, а на что нужно обратить особое внимание при принятии риска на страхование?

– Последняя тенденция в андеррайтинге ДМС – это переход от количественных характеристик к качественным. Простое применение математических формул расчета цены недостаточно для того, чтобы быть конкурентоспособным, особенно при участии в крупных тендерах. Все больше внимания уделяется специфике клиента: географическим, отраслевым, гендерным и другим особенностям потенциального коллектива застрахованных. Но при оценке этих параметров опираться исключительно на экспертное мнение крайне рискованно. Поэтому андеррайтерам следует проводить регулярный мониторинг и систематизацию признаков идентичного поведения клиентов в своем портфеле. И уже на основе этой статистики вводить систему поправочных коэффициентов к базовым страховым тарифам.

– С какими видами мошенничества приходится сталкиваться в ДМС чаще всего? Какие мероприятия могут предупредить мошенничество?

– Направления мошенничества условно можно разделить на три группы, по отношениям субъектов страхования: страховщик – ЛПУ, страховщик – застрахованный, страховщик – страхователь. С точки зрения процессов андеррайтинга наибольшее влияние может быть оказано в предотвращении мошенничества третьей группы. Надо понимать, что термин «мошенничество» в применении к клиентам ДМС довольно условный. Речь идет о том, что клиент оптимизирует затраты, используя свою свободу действий по неоговоренным со страховщиком направлениям, по принципу «что не запрещено, то разрешено». Основной метод борьбы с такими проявлениями недобросовестного сотрудничества – это контроль поведения клиентов на всех этапах сотрудничества, поиск и устранение «лазеек» в существующих бизнес-процессах, в страховой документации, в андеррайтинговых алгоритмах.

– Какими инструментами и показателями вы пользуетесь для контроля адекватности тарифной политики?

– Ключевой инструмент контроля – это регулярный мониторинг финансовых и количественных показателей страхового портфеля в тех разрезах и сегментах бизнеса, по которым вы можете разделить подходы к тарификации. Многие забывают, что для оценки адекватности тарифной политики недостаточно отслеживать лишь параметры бюджета и актуарной убыточности. Необходимо контролировать, как те или иные андеррайтинговые решения влияют на конкретный страховой продукт или сегмент, на динамику его роста, на результативность, на вес в основном портфеле. Кроме того, тарификация в страховании – по сути, прогноз ожидаемых выплат, а прогноз предусматривает некоторые предположения, на которые опирается андеррайтер. Эти параметры предположений и их значения необходимо фиксировать, и в последующем проводить оценку отклонения фактического значения от прогнозного с целью уточнения методики.

– И последний вопрос: какие поощрительные мероприятия стоит проводить для развития добровольного медицинского страхования?

– Поощрительные мероприятия со стороны государства в первую очередь должны быть направлены на то, чтобы развернуть систему ОМС в сторону ДМС. Только при синергии

этих двух видов страхования я вижу реальную возможность вовлечения в ДМС основной части населения РФ. На сегодняшний день проникновение ДМС составляет не более 10% от общего количества жителей страны, при том что полис ДМС на практике гораздо более реальный гарант своевременной качественной медицинской помощи, чем бесплатная страховка.

Практический семинар [«Андеррайтинг в ДМС»](#)

Источник: www.wiki-ins.ru, 27.02.12