В кризис многие работодатели отказываются от соцпакетов, в частности от добровольного медицинского страхования. В результате этот довольно большой сегмент страхового рынка заметно ужался. «Банки.ру» узнал, как выживают страховщики, активно работающие по ДМС, а также те, кто имел до кризиса амбициозные планы по развитию сетей клиник.

Несколько лет назад многие страховщики строили амбициозные планы развития по открытию собственных медицинских клиник. Сети были построены, однако, по оценкам экспертов, редкий медицинско-страховой проект сегодня можно назвать успешным. Да и заявлений по открытию новых клиник не слышно. Теперь действующим сетям как-то нужно обслуживать сложившийся пласт клиентов, сильно ужавшись в финансах и не теряя при этом качества. В ход идут практически тотальные скидки для корпоративных клиентов – работодателей, многие из которых либо свернули свои соцпакетные программы, либо существенно урезали, либо думают над этим. Как говорят сами страховщики, тариф для клиента «с улицы» может быть на 50% дороже, чем если полис покупает для него компания-работодатель.

Тариф «Неуличный»

В основе расчета тарифов ДМС для корпоративных клиентов – цены от больниц, статистика выплат, уровень лечебных услуг. Физическое лицо проходит обязательное медицинское анкетирование, на основе которого страховщик и рассчитывает цену. Повышающие коэффициенты могут быть установлены по возрасту, виду деятельности, увлечениям застрахованного.

Цены для компаний-работодателей гораздо ниже, чем для людей, решивших самостоятельно приобрести полис ДМС, говорят страховщики. Все дело в том, что страховые компании ориентированы преимущественно на работу с корпоративными клиентами. На страхование физических лиц в портфеле крупных страховых организаций приходится не более 2–3%. Да и то с учетом родственников застрахованных по корпоративному ДМС (дети, супруги).

«Разница в стоимости полиса в расчете на одного человека может составлять 30–40%», – отмечает вице-президент «Ренессанс Страхования» Марина Тихонова. «Диапазон цен

на полисы очень большой, от десятка тысяч до сотен тысяч рублей в год, – говорит директор департамента андеррайтинга и методологии ДМС компании «АльфаСтрахование» Александр Лапунов. – При этом разница в цене в большей степени зависит не от наполнения страховки, а от уровня лечебных учреждений. Дорогими остаются страховки, которые распространяются на очень дорогие лечебные учреждения».

«Если говорить о некоей «стандартной» цене в корпоративном договоре на самые востребованные программы, в Москве она составляет от 30 тысяч до 40 тысяч рублей на человека в год, – рассказывает эксперт. – В регионах ниже: около 15–20 тысяч за годовое обслуживание».

«Средняя стоимость индивидуального полиса составляет от 50–60 тысяч рублей, – говорит заместитель генерального директора компании «Сбербанк страхование» Владимир Новиков. – Стоимость полиса для застрахованного лица в рамках корпоративного договора – от 25–30 тысяч рублей».

По словам Александра Лапунова, недешево обходится страхование детей. Причем, даже если ребенок за год ни разу не заболел, все равно нужно потратить немало денег, так как за детьми требуется постоянное наблюдение, особенно за грудными.

Страховщики или врачи?

Сегодня страховщики больше не заявляют об открытии новых клиник. С точки зрения инвестиций это долгосрочные проекты, и на прибыль они выходят довольно медленно.

«Отечественное здравоохранение находится в непростой ситуации. Остро стоит вопрос роли и функций, которые должны быть возложены на ОМС и ДМС, многие клиники нерентабельны или вынуждены менять свои стратегии развития, – полагает Марина Тихонова. – Аффилированность также не пошла на пользу медицинским клиникам, открываемым участниками страхового рынка: другие страховщики не готовы были обеспечить им поток своих клиентов».

Однако некоторые компании считают медицинско-страховые проекты весьма успешными. «Есть синергетический эффект от ДМС и собственной медицины. Страховщик, имеющий свои клиники ДМС, может предложить ценовые преференции и конкурентное преимущество, а лечебное учреждение, связанное со страховщиком, – клиентскую базу», – говорит заместитель директора клиентского сопровождения «ВТБ Страхования» Светлана Жукова. «Для нас целью открытия собственных клиник являлось повышение уровня сервиса, предоставляемого нашим клиентам в тех городах, где это было необходимо, – рассказывает Александр Лапунов. – На мой взгляд, наши ожидания во многом оправдались, и мы довольны нашим медицинским проектом («Альфа – Центр здоровья»)». При этом, по его словам, эффективно и правильно – развивать оба бизнеса параллельно, потому что искусственная накачка денег в больницы приведет к сокращению доходности страховщика.

В СК «Альянс» отказались идти по такому пути. По словам директора по развитию продуктов ДМС СК «Альянс» Дениса Соболева, сеть клиник для страховщиков может решать две задачи: стать инвестиционным проектом, обеспечивающим компании большой поток застрахованных клиентов, или взять на себя роль инструмента сокращения издержек и контроля убытков. В обоих случаях есть свои нюансы. Например, во втором случае страховая компания старается минимизировать расходы, возникшие по страховым полисам ДМС, что существенно снижает ценность продукта для застрахованных: это создает конфликт интересов между качественным лечением и сокращением количества оказываемых услуг ввиду сдерживания расходов. «Конфликты интересов, бесспорно, иногда случаются, но открытость и общее понимание задач помогают их оперативно преодолевать», – делится опытом Александр Лапунов.

Лжедиагноз ради прибыли

По словам Марины Тихоновой, самый главный риск и для пациентов, и для страховщиков на сегодняшний день – уход с рынка компаний, которые оказались не в состоянии выполнить взятые на себя обязательства перед партнерами и клиентами.

«Часто за красивым фасадом видим отсутствие медицинских технологий. В этом случае лечебный процесс становится неуправляемым, застрахованный получает множество медицинских услуг и не получает ответа, что же, собственно, происходит с его здоровьем и как с этим бороться, – утверждает Светлана Жукова. – А бывает, когда и специалисты хорошие, и медицинский процесс организован грамотно, но сервисная составляющая низкая. Это тоже не соответствует ожиданиям потребителя».

«К сожалению, сейчас основным подводным камнем при обслуживании по ДМС в лечебно-профилактических учреждениях является так называемая раскрутка пациента, – говорит Александр Лапунов. – В этом году мы столкнулись с новой проблемой, которой не наблюдали в прошлые годы: некоторые лечебные учреждения, боясь потерять объемы, которые им дают страховщики, не стали повышать свои прейскуранты, но начали оказывать больше услуг, тем самым повышая свои доходы». По его словам, это проблема не только для страховщиков, но и для самих застрахованных. «Лишние назначения, гипердиагностика, неподтвержденные диагнозы не делают человека здоровее, а отнимают у него кучу времени, а порой даже подталкивают к депрессивному состоянию практически здорового человека, поддерживая в нем постоянную необходимость получать те или иные услуги», – сетует эксперт.

Источник: Banki.ru , 18.01.16

Автор: Филина Ф.