

окончил Московский физико-технический институт по специальности «теоретическая и математическая физика» в 1990 году, к.э.н. В 1996 году начал карьеру в компании РОСНО в должности ведущего специалиста Департамента страхования жизни. Позднее возглавлял Департаменты страхования жизни, андеррайтинга, Центр страхования автотранспорта. В 2004 году назначен заместителем генерального директора, членом Правления РОСНО, а с ноября 2006 года — первым заместителем генерального директора. С 2008 года по апрель 2012 года — первый заместитель генерального директора, исполнительный директор компании. С 2012 года возглавляет Блок личного страхования, курирует обязательное медицинское страхование и взаимодействие с отраслевыми союзами. В 2014 году назначен временно и. о. генерального директора СК «Альянс Жизнь».

Рост на рынке добровольного медицинского страхования в последние годы был примерно равен инфляции, то есть, нового притока страхователей фактически не происходило, а страховые компании обеспечивали рост продаж ДМС, в основном, переманивая друг у друга клиентов, в том числе и за счет запуска привлекательных страховых программ. О том, какие шаги были предприняты для развития добровольного медицинского страхования в компании «Альянс», рассказывает первый заместитель генерального директора, член Правления ОАО СК «Альянс» Дмитрий Попов.

**«Современные страховые технологии»:** Дмитрий Владимирович, хотелось бы услышать вашу оценку развития добровольного медицинского страхования в России сегодня.

**Дмитрий Попов:** Сегмент добровольного медицинского страхования в России, как мне кажется, находится не в самом благополучном состоянии. Конечно, если сравнивать с другими сегментами страхового рынка, такими как ОСАГО или КАСКО, в ДМС проблем значительно меньше. Тем не менее, рост на рынке добровольного медицинского страхования в последние годы составлял порядка 10% в год, то есть был примерно равен инфляции. Это означает, что притока новых клиентов в ДМС не происходило. То есть, страховщики

фактически занимались переманиванием клиентов друг у друга, но общее число застрахованных не увеличивается. Растут цены на медицинское обслуживание, страховщики вынуждены поднимать свои тарифы, увеличивается страховая

## СК «Альянс»

входит в Allianz, одну из крупнейших финансово-страховых групп в мире, созданную еще в 1890 году. Акционером СК «Альянс» является Allianz New Europe Holding GMBH, подразделение Allianz SE в Центральной и Восточной Группа Allianz вышла на российский рынок в 1990 году, основав компанию «Ост-Вест Альянс» (позднее «САК «Альянс»). В июле 2001 года Allianz приобрела 45,47 % акций компании РОСНО, а в 2007 году стала ее основным акционером. В 2007 году Allianz SE приобрела СК «Прогресс-Гарант». В 2011 году было принято решение о слиянии трех российских компаний Группы Allianz – РОСНО, Прогресс-Гарант и САК Альянс. В 2012 году объединенная страховая компания «Альянс» начала свою работу.

Дочерние компании – «РОСНО-МС», «Альянс Инвестиции», «Медэкспресс», «Моя Клиника», «Прогресс-Мед». Уставный капитал – 5 861 220 тыс. руб., собственные средства – 7 456 796 тыс. руб., страховые резервы – 25 249 525 тыс. руб. (по состоянию на 30.06.2014). премия, но роста потребления, увеличения уровня проникновения услуги ДМС в России не происходит.

**«ССТ»:** Развивается ли сегмент ДМС для физических лиц?

**Д.П.:** Да, есть определенный сегмент страхователей – физических лиц, который развивается достаточно активно, по крайней мере, в Москве, Петербурге, и крупных

Родители покупа-

страховки на пер-

вый год жизни ма-

лыша. иногда на

первые несколько

лет жизни. На-

пример, в нашей

компании доста-

продукт «Кроха»,

он предназначен

для страхования

новорожденных.

точно успешно

реализуется

ют медицинские

городах. Это страховановорожденных. ние Родители покупают медицинские страховки на первый год жизни малыша, иногда на первые несколько лет жизни. Например, в нашей компании достаточно успешно реализуется «Кроха», продукт предназначен для страхования новорожден-Платежеспособных. ные родители сейчас готовы дополнительно заплатить за более высокий уровень медицинского обслужива-

ния для своих детей, поскольку в рамках ДМС для новорожденных предусматривается организация части медицинских услуг на дому (в том числе, прививки и осмотры). Необходимость квалифицированной помощи врача для малышей первых лет жизни осознается населением. И, в случае, если бюджет семьи позволяет приобрести такую программу, она, скорее всего, будет оформлена.

**«ССТ»:** А есть ли разница: пользоваться медицинскими услугами через страховую компанию или об-

ращаться непосредственно в клинику, дорогую клинику?

Д.П.: В чем главная ценность медицинского страхования? Она дает возможность управления процессом лечения. В рамках программы страховщик направит больного в наиболее подходящее медицинское учреждение в соответствии с его заболевани-

ем. Страховщик также предоставит возможность без лишних проволочек записаться к нужному врачу. Далеко не во всех клиниках существуют хорошие call-центры и понятная процедура регистрации. Иногда в клинику на прием к врачу записаться сложно. Медицинские специалисты, которые работают по программам ДМС нашей компании, могут подсказать застрахованному В какую именно поликлинику или больницу ему луч-

ше обратиться с его проблемой по здоровью. Эта возможность – реальная ценность. Я сам лично пользуюсь их советами.

**«CCT»:** А есть ли разница в цене, если сравнить прямое обращение в ЛПУ и обращение по страховке?

**Д.П.:** Если вы точно знаете, что именно эта клиника вам нужна, а сеть клиник не нужна, то логично, что частное лицо решает идти в нужную ему клинику напрямую. Но люди часто не знают, к кому лучше обратиться, где работают

лучшие специалисты по данному конкретному заболеванию.

В этом случае страховая программа, которая дает возможность выбора из нескольких клиник и предоставляет помощь специалистов страховой компании в направлении в ту или иную клинику в зависимости от предположительного диагноза, может быть очень востребованной. Это работает. Именно поэтому у нас хорошо пошли корпоративные программы, ори-

Медицинские

специалисты,

которые работа-

мам ДМС в нашей

компании, могут

подсказать за-

страхованному,

в какую именно

поликлинику или

больницу ему луч-

ше обратиться с

его проблемой по

здоровью.

ют по програм-

ентированные на обслуживание сотрудников компаний малого и среднего бизнеса – это так называемые «кластерные» программы.

Мы сделали несколько типовых кластеров из ЛПУ – это разные по уровню цен клиники, так как, даже если в кластере есть дорогая и престижная клиника и более дешевые ЛПУ, далеко не все пациенты пойдут лечиться в самую дорогую клинику кластера. Таким

образом, нам удается удерживать цену на программу страхования на приемлемом уровне и предоставлять для клиентов возможность выбрать для лечения, если необходимо, и престижную клинику.

«ССТ»: А почему не происходит перераспределения пациентов в сторону наиболее дорогой и престижной клиники? Ведь в корпоративной программе все предусмотренное лечение для сотрудников компаний бесплатное?

**Д.П.:** Как правило, пациенты стремятся полечиться оптимальным для себя образом. У кого-то клиника рядом с домом, у других близко к месту работы, это удобно, не надо далеко ехать. Кому-то нужен особый специалист.

Ведь далеко не всегда все хорошие специалисты работают в самых дорогих клиниках!

Мы постоянно ведем статистику и смотрим динамику рентабельности таких программ. Наши класте-

> в программу разные по все однозначно направятся в самую дорогую из них, неверна. Мы берем сбалансированную справедливую цену и предоставляем лучшее

> «ССТ»: А как давно вы внедрили продажи кластерных продуктов?

> **Д.П.:** Такой подход мы начали применять более года назад. Сей-

час мы предлагаем нашим клиентам порядка восьми кластерных продуктов. В процессе работы один кластер мы закрыли, так как он был не востребован. Еще один закрыли, оказавшийся убыточным; ввели новый кластер в нашу продуктовую линейку. То есть, проект все время развивается, процесс очень похож на обновление продуктовой линейки в самых разных видах услуг.

ры хорошо работают, потому что гипотеза о том, что, если включить уровню цен клиники, качество.

**«ССТ»:** Насколько ДМС популярно среди предприятий малого и среднего бизнеса?

**Д.П.:** По объему премий средний и малый бизнес составляет в нашем портфеле, как минимум, процентов 15%, по количеству контрактов – значительно больше. Этот сегмент последние годы был достаточно стабилен, хотя и тут значительного роста не происходит.

**«ССТ»:** Сейчас в России проходит реформа здравоохранения.

Внедряются новые правила, новые стандарты. Как вы считаете, будет ли реформа стимулировать развитие ДМС?

**Д.П.:** Я считаю, что такой ход событий неизбежен. Государство не имеет возможности посредством обязательного медицинского страхования профинансипомощь всем ровать людям страны на том уровне, который задекларирован. В бюджете нашей страны просто нет на это денег. Все, что я знаю о прогнозах развития экономики

страны на ближайшие годы, не говорит мне о том, что в бюджете появится существенно больше денег на медицинскую помощь населению. Система ОМС и сейчас несколько недофинансирована, то есть, возникает однозначная и логичная потребность у экономических субъектов, будь то предприятия или физлица, в платной медицинской помощи.

Сейчас главное – не популяризация ДМС, а приведение стандартов работы всей системы здравоохранения к экономическим реалиям, в которых находится наша страна. Если мы понимаем, что денег в фонде ОМС хватает только на то, чтобы покрыть, к примеру, 60% требуемого медицинского обеспечения населения, мне кажется, было бы правильно составить базовый список услуг, и стремиться оказывать их максимально хоро-

шо. Зато остальные, к примеру, около 40% медицинских услуг, (это весьма приблизительная оценка), могут оказываться населению через систему ДМС или напрямую в лечебных центрах на платной основе.

Конечно, базовую, самую необходимую часть медицинского обеспечения необходимо сохранить в системе ОМС, услуги должны быть хорошего качества и они должны быть доступны для всех российских граждан.

Те стандарты, которые сейчас введены и продолжают вводиться в ОМС, – это большой шаг вперед. Это создание базиса. Мы приблизились к ситуации, когда можно сказать, что такая-то часть стандарта оплачивается государством, а такая-то оплачиваться не будет. Сейчас ведется много разговоров о том, что в,Конституции прописано право граждан на бесплат-

Мы сделали несколько типовых кластеров из ЛПУ – это разные по уровню цен клиники, так как, даже если в кластере есть дорогая и престижная клиника и более дешевые ЛПУ, далеко не все пациенты пойдут лечиться в самую дорогую клинику кластера.

ное медицинское обслуживание. Я считаю, что это право должно быть конкретизировано.

Сейчас система ОМС контролирует доступ к своим услугам через длину очереди. Вы можете записаться только на месяц, на два, на три вперед. И это вовсе не российское изобретение. Мы анализировали опыт зарубежных стран. В Турции, Португалии, в других странах с похожим на нас подушевым доходом системы медицинского обеспечения схожи с российской.

И мне кажется, что ДМС как до-

полняющая программа к ОМС, могло бы гораздо успешнее и клиентоориентированнее работать. В этом случае все бы понимали, что часть услуг граждане получают по системе ОМС, а часть можно получить только с приобретением программы ДМС или оплатив услуги напрямую медучреждению. В России пока этот подход невозможен, поскольку есть

декларация, что все медицинские услуги могут быть предоставлены по ОМС.

**«ССТ»:** Какие тенденции вы могли бы отметить в развитии программ ДМС для корпоративных клиентов?

**Д.П.:** Во-первых, я бы сказал о некоторых системных факторах на рынке. А во-вторых, о некоторых фишках, новациях, которые появляются. Это разные вещи. Говоря о рынке ДМС, я ничего не сказал об

убыточности данного вида страхования. Мы видим, что подавляющее большинство операторов рынка работают с убыточностью 85–90%, а то и 95%. Что для нас означает, что линия медицинского страхования в этих компаниях вряд ли приносит прибыль. Учитывая расходы на привлечение клиентов, на развитие программ, операционные расходы, мы получим комбинированный коэффициент убыточности ДМС в таких компаниях на уровне, доходящем до 110%. Такая ситуация приводит

к убыткам акционеров, но такая модель продолжает работать.

Сегодня, В период сложной экономической ситуации, когда рубль падает, растут цены на медицинские услуги, МЫ стараемся очень внимательно контролировать точность по ДМС и поддерживаем ее на уровне, не превышающем 75%, то есть, удерживаем комбинированный

коэффициент убыточности ниже 100%. Наши акционеры получают от ДМС небольшую в процентах, но стабильную и предсказуемую прибыль. Мы стремимся обеспечить некоторую подушку безопасности для компании.

Страховщики, которые не позаботились об обеспечении для себя необходимой финансовой устойчивости, начинают сокращать корпоративные программы, убирать из них часть услуг. К сожалению,

Наши кластеры хорошо работают, потому что гипотеза, о том, что, если включить в программу разные по уровню цен клиники, все однозначно направятся в самую дорогую из них, неверна.

не всегда этот процесс идет прозрачным, цивилизованным образом. Часто мы сталкиваемся с тем, что в договоре у клиента прописано прямое обращение в ЛПУ, а в договоре между клиникой и страховщиком предусмотрено, что большинство медицинских услуг предоставляется по согласованию. Клиент, обращаясь в клинику, теряет время на согласование лечения, и зачастую его согласовывают в урезанном объеме.

Мы проработали все необходимые процедуры внутри компании и используем только «зеркальные» договоры. То есть, все, что есть в договоре с клиентом, присутствует в том же объеме в договоре с ЛПУ.

В качестве интересных новаций по развитию нашего пакета программ ДМС могу привести такой пример. Более года назад мы запустили программу лечения онкологических заболеваний, она предлагается в качестве дополнения к основной программе ДМС и пользуется спросом у корпоративных клиентов.

Эта программа позволяет получать медицинскую помощь при онкологическом заболевании на базе лучших медицинских центров в России. Сейчас в нашей стране, по крайней мере, в Москве, после очень значительных частных инвестиций в отрасль, очень серьезно поменялось техническое оснащение в некоторых клиниках. Оно действительно соответствует лучшим мировым стандартам. Лечение в российской клинике избавляет от необходимости перелетов за границу и других дополнительных

нагрузок, связанных с лечением за рубежом. Помимо этого, будучи частью международной группы Allianz, мы смогли запустить корпоративную программу ДМС, по которой сотрудники российских компаний могут обслуживаться в лечебных учреждениях в Германии. Динамика продаж этой программы вселяет в нас оптимизм.

**«ССТ»:** Защищает ли программа ДМС пациента от последствий врачебных ошибок?

**Д.П.:** У нас есть штат врачей-кураторов, которые контролируют качество оказания медицинских услуг. Более того, компания несет финансовую ответственность качество оказания медицинских услуг клиенту и гарантирует выплату компенсации по обоснованной претензии к некачественной медицинской помощи, а также бесплатную услугу в ЛПУ. Страховщик всегда помогает клиенту разобраться в конфликте с ЛПУ, и при необходимости мы обеспечиваем для клиента доказательную базу для представления дела в суде. Один из важных параметров для нас – это количество жалоб. Жалоба нужна нам самим – благодаря клиентам мы понимаем, где и как улучшить работу. Раз в месяц проводится комиссия по жалобам с выездом в ЛПУ, где разбирается каждая претензия.

Но в первую очередь мы делаем все возможное, чтобы восстановить пострадавшее здоровье пациента. В наших интересах бороться за качество лечения наших клиентов. В противном случае, они от нас уйдут.