

ЛЕКАРСТВО ДЛЯ ДМС

Рынок корпоративного ДМС в течение нескольких последних лет стагнирует. Стимулировать его развитие может франшиза.

В проведенных среди работодателей опросах о предпочтительных способах оптимизации стоимости добровольного медицинского страхования (ДМС) уверенно лидируют: сокращение объема страховых услуг, переход с дорогих клиник на более дешевые и введение грейдов. То есть, клиенты выбирают меньше страхования за меньшие деньги. Вариант корпоративного ДМС с франшизой на сегодня большинством страхователей не рассматривается. Хотя введение франшизы, то есть оплаты некоторой части услуг самим застрахованным — это мера, от которой выиграют все, и сейчас мы это докажем.

ДИАГНОЗ:

**«ЗАКОЛДОВАННЫЙ КРУГ»
ИЛИ «ПРОИГРЫВАЮТ ВСЕ»**

Сегмент корпоративного ДМС в России не развивается, начиная с 2009 года. Около полутора сотен страховщиков конкурируют за ограниченный и практически не растущий круг клиентов. Рост сегмента происходит в основном благодаря медицинской инфляции. По сути, объем услуг на рынке не растет, растет только их стоимость. ДМС становится все более дорогим видом страхования.

При этом схема работы страховщиков не претерпела серьезных изменений еще с 1990-х годов. Тяжелая операционная часть, включающая в себя громоздкое бумажное взаимодействие клиента и страховщика для отражения движе-



Михаил Копитайко

*Генеральный директор
АО «Русский Стандарт Страхование»*

**50 % — снижение
стоимости корпоративной
программы ДМС при
применении франшизы**

ния персонала, и такое же громоздкое взаимодействие с ЛПУ при урегулировании убытков, делают данный вид страхования не только дорогим, но и технически сложным и ресурсоемким.

В ситуации ограниченного количества клиентов законодателем мод и цен становится страхователь. Страховщики же решают две задачи: как получить клиента, и как, получив его, попытаться не уйти



**«ДИЛЕММА УЗНИКА»:
КОГДА ПРОИГРЫВАЮТ ВСЕ**

Классическая формулировка дилеммы узника такова: двое преступников, А и Б, попались в одно и то же время на сходных преступлениях. Полиция, изолировав их друг от друга, предлагает им одну и ту же сделку: если один свидетельствует против другого, а тот хранит молчание, то первый освобождается за помощь следствию, а второй получает максимальный срок лишения свободы (10 лет). Если оба молчат, их деяние проходит по более легкой статье, и они приговариваются к 6 месяцам. Если оба свидетельствуют против друг друга, они получают по 2 года. Каждый заключенный выбирает, молчать или свидетельствовать против другого. Однако ни один из них не знает точно, что сделает другой. Что произойдет?

Представим рассуждения одного из заключенных. Если партнер молчит, то лучше его предать и выйти на свободу (иначе — полгода тюрьмы). Если партнер свидетельствует, то лучше тоже свидетельствовать против него, чтобы получить 2 года (иначе — 10 лет). Стратегия «свидетельствовать» строго доминирует над стратегией «молчать». Аналогично другой заключенный приходит к тому же выводу. В результате, оба получают по 2 года тюрьмы, хотя могли бы получить в 4 раза меньше.

Данный пример доказывает, что стратегия недоверия к партнеру приводит к тому, что проигрывают все.

в убыток. Первая задача зачастую решается за счет низких тарифов. Страховщики оказываются в классической ситуации «дилеммы узника» (см. «Дилемма узника»: когда проигрывают все): все знают, что, устанавливая экономически разумные тарифы и не демпингуя, каждый страховщик и рынок в целом получают большую выгоду, однако, опасаясь демпинга со стороны коллег, участники рынка вновь и вновь предлагают клиентам заплатить за страхование необоснованно мало. Получить прибыль в этой ситуации можно только за счет кросс-продаж прибыльных видов страхования тем же клиентам.

В результате в конечном итоге страдают клиенты. На фоне общей тенденции к замене дорогих ЛПУ на бюджетные, застрахованный зачастую теряет доступ в рамках ДМС к привычной поликлинике и к специалистам, у которых наблюдался в течение длительного времени. Во многих случаях он продолжает ходить к «своему» врачу, просто теперь он делает это за свой собственный счет. Получается, что уплаченные организацией-страхователем деньги не приносят того блага, за которое они были заплачены — повышения лояльности сотрудника.

Налицо тупиковая ситуация, не дающая рынку расти и качественно развиваться. Мы считаем, что вывести корпоративное ДМС из тупика способно страхование с франшизой.

**КОГДА ПАЦИЕНТ —
НА СТОРОНЕ СТРАХОВЩИКА**

Анализ стоимости медицинских услуг показывает, что большая часть затрат — это оплата поликлинических консультаций и лабораторных исследований. Медицинские страховщики со мной согласятся — многие из этих

Применение франшизы в ДМС — это:



доступ к хорошим клиникам, лучшим специалистам и эффективному лечению для персонала за 1/5 их стоимости



больше внимание к пациентам и рост качества обслуживания за счет конкуренции между медицинскими учреждениями — так как застрахованный выбирает услуги и клинику



возможность для страховщика снизить тарифы, не жертвуя рентабельностью и качеством услуг по программе ДМС



оживление и оздоровление отрасли ДМС в целом, возможность ее возвращения к росту и качественному развитию, к пользе всех участников — работников, работодателей и страховщиков

услуг фактически являются избыточными. Сдаются анализы на различные показатели, далеко не все из которых являются информативными. Так, известны случаи, когда один взятый анализ крови выливался в более сотни позиций в счете, ведь каждый анализируемый показатель оплачивается отдельно, о чем застрахованный и не подозревал, подставляя медицинскому работнику руку. Назначаемые дополнительные исследования и консультации у специалистов смежных направлений отнюдь не всегда направлены на скорейшее установление диагноза. Страховщики стараются контролировать ситуацию. Однако гораздо более эффективным контролером станет сам застрахованный, если он будет участвовать в оплате каждой дополнительной услуги — внося из собственного кармана определенный процент от стоимости или, что выглядит более справедливым — определенную фиксированную сумму.

При этом на более значимые для здоровья пациента дорогостоящие услуги — экстренную медицинскую помощь, госпитализацию, дорогостоящие диагностические исследования (КТ, МРТ) и лечение опасных заболеваний — франшизу можно и не вводить. Их доля в

общем объеме оказанных услуг невелика, а отказаться от получения таких услуг невозможно. Зато за счет отказа от большого количества необязательных услуг благодаря внедрению этого дополнительного инструмента управления — решений застрахованного, премия может быть снижена вдвое без снижения рентабельности.

Таким образом, франшиза позволяет сохранить в программе страхования более дорогие ЛПУ с высоким качеством услуг при значительном сокращении стоимости программы. У работника предприятия остается возможность продолжать лечиться там, где он привык, и при этом тратить на медицину значительно меньше. Получается ситуация win-win: деньги работодателя расходуются по назначению, сотрудник экономит личный бюджет без ущерба для здоровья, страховая компания — получает возможность управления убыточностью и повышения качества программ ДМС.

Так почему же франшиза в медицинском страховании сегодня применяется редко?

На мой взгляд, в основе проблемы лежит инерция. Вспомним ситуацию 1990-х годов: как трудно пробивало свой путь корпоративное ДМС, сколько ус-

лий потребовалось на то, чтобы доказать работодателям, что страхование — это более эффективное решение, чем прямая оплата медуслуг, их компенсация сотрудникам, или просто прямая денежная мотивация. Видимо, что-то подобное происходит и сейчас, и именно страховщики должны показать своим клиентам верные решения.

Посмотрим на аналогичную практику в другом массовом виде страхования. Пример повсеместного введения франшиз в автокаска доказывает, что здравый смысл рано или поздно торжествует. Еще четыре года назад франшиза в каско

тоже не рассматривалась клиентами всерьез, а сегодня она стала привычной, и единичная царапина на крыле автомобиля перестала быть для большинства автовладельцев событием, требующим принятия немедленных мер. Почему это произошло? Просто выросла стоимость страхования, и «старое» каско стало большинству просто не по карману.

Остается надеяться, что участники рынка ДМС тоже разрешат «дилемму узника» правильно, то есть с максимальной выгодой для каждого из них и рынка в целом.



Как оптимизировать ДМС?

С этим вопросом редакция журнала «ССТ» обратилась к 20 компаниям с численностью сотрудников более 5 тыс. человек. Несмотря на то, что мнения разделились, основное предпочтение работодатели отдают трем вариантам — оптимизация за счет софинансирования программы сотрудниками, комбинирования ДМС и ОМС, а также введения грейдов.

Предпочтительные варианты оптимизации расходов на ДМС. По результатам опроса «ССТ»



Программы, сочетающие ДМС и ОМС: полис ДМС покрывает те медицинские услуги, которые не включены в программу ОМС. При этом обслуживание производится в частных клиниках с улучшенным сервисом и быстрым получением услуги в срок не более 48 часов.

Франшиза для клиник VIP-сегмента: у сотрудников есть возможность обслуживаться в клиниках эконом-сегмента, а также обращаться в клиники VIP-сегмента, но при условии, что часть расходов в VIP-клиниках они покрывают самостоятельно.