Фото: Группа «АльфаСтрахование»

Андрей Рыжаков

СТИХИЙНЫЙ РОСТ

окончил Нижегородскую государственную медицинскую академию в 1994 году, в 1998-м защитил кандидатскую диссертацию, в 2001 году получил бизнес-образование в Открытом университете Великобритании.

В 1995 году приступил к работе в отделе продаж международной фармацевтической компании Astra Zeneca, где прошел путь от медицинского представителя отдела продаж до менеджера по развитию бизнеса. С 2006 года – директор по развитию бизнеса и стратегическому маркетингу представительства компании Abbott в России и странах СНГ.

С ноября 2006 года занимает должность заместителя генерального директора Группы «АльфаСтрахование» по медицинскому страхованию.

Проводимая в России реформа здравоохранения оставила в стороне вопрос функционирования системы добровольного медицинского страхования, но без принятия целого ряда законодательных норм полноценное развитие ДМС в нашей стране невозможно, считает Андрей Рыжаков, заместитель генерального директора, член правления страховой группы «АльфаСтрахование».

«Современные страховые технологии»: *Как Вы можете охарактеризовать место и роль ДМС в системе медицинского обеспечения граждан в Российской Федерации в связи с проводимой реформой здравоохранения?*

Андрей Рыжаков: Сегодня в стране проводится реформа здравоохранения, и в этой связи особо стоит отметить тот факт, что добровольное медицинское страхование у нас не регламентируется специальным законом, хотя его роль в последние годы значительно возросла. Объем рынка ДМС в России сегодня сопоставим с объемом рынка ОСАГО, при этом ОСАГО – это обязательный вид страхования, а ДМС – добровольный.

Почему роль и значимость ДМС постоянно растет? Мне кажется, здесь есть прямая связь с тем, что сегодня происходит в системе здравоохранения нашей страны: относительно невысокое качество медицинских услуг в государственных и муниципальных лечебных учреждениях вынуждает людей искать альтернативные возможности, в том числе обращаться к услугам добровольного медицинского страхования. По итогам 2012 года, рынок платных медицинских услуг в России составил порядка 400 млрд рублей, из них около 110 млрд, то есть около четверти пришлось на добровольное медицинское страхование. Оставшиеся 300 млрд рублей включают в себя все, что оплачивалось в системе платных медицинских услуг как легально, так и нелегально. При этом после принятия закона 326 «Об обязательном медицинском страховании», который отменил действие закона «О медицинском страховании», образовался законодательный вакуум относительно регулирования добровольного медицинского страхования.

«ССТ»: *А что плохого в реформах? Программа госгарантий вводит стандарты качества. Значит, граждане за счет государства смогут пользоваться качественной современной медициной?*

А.Р.: Введение критериев качества, теоретически, – это правильные шаги. Но, как в любом деле, важно то, как они будут осуществлены на практике. Пока мы видим много благих начинаний, но, к сожалению, не все они приносят ожидаемые результаты.

Сейчас система здравоохранения испытывает нехватку медицинских кадров просто в количественном выражении. Но проблемы, разумеется, есть и в качестве, и в квалификации медперсонала. Во второй половине 1990-х и первой половине 2000-х годов огромное количество врачей среднего возраста, тех врачей, которые должны были бы сейчас занимать ключевые позиции в медицине, вообще ушли из здравоохранения. Согласно статистическим данным за 2011 год, около 40% выпускников российских медицинских вузов не стали работать по специальности. Соответственно, системе здравоохранения, особенно муниципальной, неоткуда ожидать приток квалифицированного персонала.

По-прежнему актуальны вопросы, которые всегда стараются отодвинуть на второй план. Все еще не решена проблема низкой оплаты труда врачей, которая зачастую не позволяет нашим докторам самосовершенствоваться, участвовать в научных конференциях, семинарах, покупать необходимую медицинскую литературу. Следующий аспект – слабая материально-техническая база лечебных учреждений. Отдельно отмечу, что за последние годы ситуация выровнялась, оборудование обновили во многих клиниках по всей стране, но появилась другая сложность. В силу того что обновление произошло очень быстро, в системе здравоохранения не оказалось достаточного количества квалифицированных специалистов, которые могут профессионально использовать новую современную аппаратуру. Особенно если речь идет не о лечебных центрах федерального уровня, а о районных больницах в небольших территориальных образованиях. Поэтому очень часто пациент, который пользуется услугами муниципального здравоохранения, остается неудовлетворенным той помощью и тем сервисом, который он получает.

Не секрет, что в России ДМС – рынок исключительно корпоративный, а ДМС для физических лиц в нашей стране практически не развивается. Полисы приобретаются крупными компаниями в качестве элемента социального пакета для своих сотрудников, и надо сказать, что для предприятий наличие ДМС в соцпакете – это не только вопрос статуса и удержания персонала. ДМС позволяет оперативно обеспечивать сотрудников ка-

чественной медицинской помощью. Это важный фактор, потому что, во-первых, качество системы обслуживания и оказания медицинской помощи выше, чем в муниципальном здравоохранении. Во-вторых, застрахованный по ДМС в лице страховщика приобретает профессионального провайдера услуг, который готов проконсультировать его о том, где и как наилучшим образом получить медицинскую помощь, и организовывает ее. В-третьих, ДМС гарантирует соблюдение прав застрахованных и защиту этих прав как на этапе самой организации медицинской помощи, так и при возникновении конфликтных ситуаций с лечебным учреждением или конкретным врачом, дает возможность проведения качественной медицинской экспертизы предоставленного лечения.

В связи с тем, что в системе ДМС профессиональными медицинскими экспертами страховщика осуществляется многоуровневый контроль качества услуг, оказываемых клиентам страховой компании, руководство клиник и врачи заинтересованы в назначении оптимального и эффективного лечения. И это еще один фактор, влияющий на то, что качество медицинской помощи, которое оказывается по программам добровольного медицинского страхования, в общей массе выше, чем качество услуг в рамках муниципального здравоохранения.

Работодатель готов платить дополнительные взносы в систему ДМС даже несмотря на то, что наличие добровольного медицинского страхования не отменяет обязанности по взносам в систему ОМС, так как стремится обеспечить своих сотрудников надежной и качественной защитой.

Группа «АльфаСтрахование» основана в 1992 году.
Объединяет компании «АльфаСтрахование», «АльфаСтрахование-МС», «Сибирь», Медицинскую страховую компанию «ВИРМЕД», Медицинскую страховую компанию «АсСтра», «АльфаМедПроект», «Медицина АльфаСтрахования», «АльфаСтрахование-Жизнь», «АВИКОС», Страховое общество «Авиационный Фонд Единый Страховой (АФЕС)».

«ССТ»: *Прокомментируйте, пожалуйста, доступность медицинского обслуживания по системе ОМС и ДМС. Есть ли разница? Доступность медицинских услуг в крупных городах сомнению не подлежит, а что происходит в районных центрах?*

А.Р.: Надо понимать, что в России ситуация с доступ-

Собственные средства Группы составляют более 8,5 млрд. рублей. Группа «АльфаСтрахование» входит в состав финансово-промышленного консорциума «Альфа-Групп» (Альфа-Банк, «Альфа-Капитал», A1, «Росводоканал», X5 Retail Group N.V., Altimo и другие).
Согласно лицензии, Группа предлагает более 100 страховых продуктов, включая продукты по страхованию жизни и страхованию от несчастного случая. На территории России страховую деятельность осуществляют более 400 региональных представительств. Услугами Группы пользуются более 16,5 млн. частных клиентов и более 390 тыс. компаний. Имеет международный рейтинг финансовой устойчивости Fitch и высший рейтинг надежности A++ рейтингового агентства «Эксперт РА».

ностью качественной медицинской помощи, с учетом географии и насыщенности регионов лечебными учреждениями, очень разная. В Москве и в городах-миллионниках с этим нет никаких проблем, но в городах с меньшей численностью населения меньше и количество лечебных учреждений. В этих городах часто возникают проблемы с доступностью медицинских услуг. Но в любом случае, с полисом ДМС доступ в лечебное учреждение всегда проще, опять-таки потому, что за каждым застрахованным по ДМС стоит его «адвокат», его помощник – страховая компания.

Помимо этого, загрузка тех лечебных учреждений, которые работают в системе добровольного медицинского страхования, распределена значительно более равномерно, то есть в них лучше управляются потоки пациентов, чем в системе ОМС. И еще один важный фактор: организации, которые работают по ДМС, значительно больше заинтересованы в том, чтобы оказать клиенту медицинскую помощь в полном объеме и вылечить его. В муниципальных лечебных центрах нет прямой заинтересованности врача в конечном результате.

«ССТ»: *Вы сказали, что сейчас в ДМС в основном присутствуют корпоративные договоры. Может ли измениться ситуация в связи с проводимой реформой здравоохранения?*

А.Р.: Нет, ситуация не изменится. Для того чтобы обеспечить рост сегмента страхования физических лиц, необходимо про-

вести ряд законодательных изменений. В рамках нынешней реформы они не предусмотрены. Сегодня существует два принципиальных препятствия для активного предложения полисов ДМС физическим лицам. Во-первых, страховым компаниям очень сложно отслеживать медицинскую историю пациента и, соответственно, сложно провести правильный расчет рисков по этому пациенту, выставить соответствующую стоимость. А у страховщика есть задача не только продать полис, но также и обеспечить рентабельность страхования. Во-вторых, в случае возникновения конфликта между застрахованным и страховой компанией суды практически всегда встают на сторону застрахованного, что не способствует предотвращению страхового мошенничества. Сейчас человек не несет никакой ответственности, если предоставляет в страховую компанию заведомо ложную информацию о состоянии своего здоровья. Хотя во всем мире такая ответственность предусмотрена.

Укреплению позиций Группы «АльфаСтрахование» в секторе ДМС способствует наличие собственной сети многопрофильных медицинских клиник «Медицина АльфаСтрахования». В 2012 году новые клиники бренда были открыты в Екатеринбурге, Ростове-на-Дону и Москве, общее количество центров достигло 12.

В настоящее время объем продаж полисов физическим лицам в России составляет не более двух процентов от общего объема рынка ДМС. Официальная статистика показывает долю ДМС физических лиц около пяти процентов, но значительную часть этих договоров составляют полисы родственников застрахованных по корпоративным программам, которым формально оформляются индивидуальные полисы. До тех пор, пока страховые компании не будут иметь законодательной защиты от мошенничества со стороны физических лиц, продажа индивидуальных полисов на рынке активно развиваться не будет.

Третья составляющая проблемы – отсутствие страховой культуры у населения. Она в нашей стране находится на достаточно низком уровне, особенно в медицине. В связи с этим мы в основном наблюдаем ситуацию, когда за полисом добровольного медицинского страхования обращаются уже серьезно больные люди. Сейчас большинство страхователей хо-

тят купить полис не для того, чтобы застраховаться от возможного наступления страхового случая, а для оптимизации расходов на оплату необходимого лечения. Это выглядит примерно так же, как попытаться застраховать уже разбитую машину. В страховании должен применяться единый для всего мира принцип – каждый здоровый платит часть убытков больного. Для того чтобы сегмент ДМС для физических лиц стал массовым и рентабельным, необходим большой пул пациентов, а для этого нужно, чтобы страховая культура поднялась на достаточно высокий уровень.

Еще один важный момент заключается в том, что многие фискальные органы неоднозначно трактуют денежные компенсации застрахованным. Законом предписано, что страховые компании могут оплачивать затраты на лечение только лечебным центрам. Для расширения спектра услуг страховые компании должны иметь оптимальную финансовую гибкость, как это происходит во всем мире. Если застрахованный по каким-либо причинам был вынужден сам оплатить медицинскую услугу, то страховая компания должна иметь законную возможность компенсировать ему произведенные расходы.

«ССТ»: *Как взаимодействуют платная медицина и добровольное медицинское страхование? Если у человека нет полиса ДМС, он вынужден самостоятельно оплачивать свое лечение. Не составят ли платные услуги конкуренцию добровольному медицинскому страхованию?*

А.Р.: Оплачивать медицинскую услугу напрямую или покупать полис ДМС – это дело выбора конкретного потребителя. Описания продуктов доступны на сайтах страховых компаний. На сайте нашей компании представлено несколько вариантов ДМС для граждан. Разница между полисом и приобретением медицинских услуг напрямую в клиниках в том, что, оплачивая страховку, человек приобретает более широкий спектр услуг, чем оплачивая разовые посещения врача. О защите интересов потребителя мы уже говорили. Полис может оказаться дешевле в силу «оптовых» цен, которые получают страховые компании от поликлиник.

Развитие платной медицины будет формировать дополнительные площадки по предоставлению медицинских услуг по программам ДМС. Это особенно важно для развития ДМС в регионах.

«ССТ»: *Как планирует развиваться «АльфаСтрахование» в области ДМС?*

А.Р.: Для нашей компании развитие направления ДМС представляется стратегически важным. Поэтому мы планируем двигаться вперед усиленными темпами. Пять лет назад мы сделали ставку на активное развитие бизнеса в регионах. Эта стратегия себя полностью оправдала. Мы заняли те позиции, которые планировали, поднявшись с тринадцатого места в рейтинге страховых компаний на рынке ДМС на шестое. Четыре года назад мы запустили проект «Медицина АльфаСтрахования». Мы строим свои поликлиники, сейчас их уже 12 – одна в Москве и 11 в регионах. Этот проект сделан с прицелом на региональную составляющую, потому что в регионах значительно меньше предложений, полностью отвечающих требованиям добровольного медицинского страхования.

На базе своих поликлиник мы предлагаем уникальный продукт, который принципиально отличается от предложений наших конкурентов. Корпоративным клиентам очень важно понимать, что за оплаченные страховые взносы будет оказываться медицинская помощь на высоком профессиональном и техническом уровне, сопоставимом с уровнем лечебных центров Москвы и Петербурга. Это ключевой фактор.

В наших лечебных центрах мы обеспечиваем единые стандарты сервиса и качества оказания медицинской помощи пациентам. Сейчас завершился первый этап развития нашего проекта, мы отлаживаем бизнес-процессы, дорабатываем информационные системы. Если все сложится удачно, то в итоге число поликлиник «Альфа – Центр Здоровья» будет доведено до 60.

«ССТ»: *Какими последними достижениями вашей компании в развитии ДМС Вы могли бы похвастаться?*

А.Р.: За последний год я бы отметил наши успехи в работе с крупными национальными клиентами. Кроме того, мы разработали эффективную систему проведения качественной и быстрой медэкспертизы. Теперь все лечебные учреждения, с которыми работает наша компания, работают в условиях, когда за лечением пациентов следят квалифицированные медицинские эксперты, которые всегда могут проконтролировать качество, и оно должно быть на высоте. Качество и удовлетворенность клиента мы считаем самым главным в своей работе.

Татьяна Робулец

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОТВЕТСТВЕННОСТИ ДИРЕКТОРОВ

СОБЫТИЕ

КОНФЕРЕНЦИЯ В РЭУ ИМ. ПЛЕХАНОВА

КРУГЛЫЙ СТОЛ ССТ И ТПП РФ