Елена ШАРОВА,
главный редактор журнала «Современные страховые технологии»

Изменение рынка ДМС

Если перед работодателем встает вопрос об экономии издержек, то в первую очередь под нож идет соцпакет, а в нем – страховая медицина. Какие шаги предпринимают страховщики, чтобы по возможности сохранить уровень продаж программ ДМС?

Общая ситуация и тренды

С начала года рынок ДМС заметно изменился. Если говорить о тенденциях, то это

- снижение расходов на медицинское страхование из-за падения доходов компаний и граждан
- снижение ценности соцпакета для работодателя за счет роста числа соискателей
- рост стоимости медицинских услуг из-за удорожания импортных лекарств
- более интенсивное использование страховой медицины из-за неопределенности будущего как в смысле сохранения работы, так и в смысле продления полиса ДМС.

Что касается падения объемов продаж, то в «Росгосстрахе» его оценивают примерно в 10%. В РОСНО ожидают снижение рынка ДМС в 2009 году примерно на 15%, и его рост в 2010 году на 10-12%.

Несмотря на наметившиеся негативные тренды Илья Селкин, руководитель Центра развития личного страхования ОАО «Росгосстрах», считает ДМС не обременением бюджета, а возможностью сократить издержки. Это связано с введением налоговых поправок, согласно которым необлагаемая сумма расходов на оплату труда увеличена с 3 до 6 %. «Для многих компаний налоговые поправки – дополнительный стимул к продолжению сотрудничества со страховщиками в области ДМС», – убежден Илья Селкин.

Если говорить о том, какие предприятия сильнее всего пострадали от кризиса, то большинство экспертов называют малые и средние. Однако единого мнения по этому вопросу нет. Так, Нина Егоркина, заместитель Директора Центра методологии и контроля медицинского страхования ОАО РОСНО, считает, что правильнее говорить не о разме-

ре компании, а об отрасли, в которой она работает. К наиболее пострадавшим, как известно, относится банковский и инвестиционный сектора.

Оптимизируемся...

Предприятий, которые полностью отказались бы от программ медицинского страхования, по общему мнению экспертов рынка, немного. Большинство корпоративных страхователей стремятся сохранить ДМС для сотрудников, но из-за уменьшения бюджетов просят, как сейчас принято выражаться, оптимизировать программы. Исключение здесь составляют только пивные заводы, кадровики которых уверенно смотрят в будущее и не боятся массовых сокращений. Некоторые крупные страхователи, объявляя тендеры, сразу называют суммы, которые они готовы потратить на медицинское страхование. Такой подход вынуждает страховщиков реструктурировать программы. В числе стандартных схем реструктуризации можно назвать

- смену более дорогих лечебных учреждений на менее дорогие
- минимизацию числа лечебных учреждений, указанных в полисе
- отказ от некоторых видов медицинской помощи (в первую очередь – от помощи на дому, плановой госпитализации и стоматологии, за исключением острой боли)
- изменение состава застрахованных – в их числе остаются только топ-менеджеры, а рядовым сотрудникам предлагается самим оплатить медицинские программы, полностью или частично.

Подавляющее большинство страховых компаний запускает новые продукты – в том числе малобюджетные – которые соответствуют изменениям конъюнктуры рынка. У них разное наполнение и цены, так что се-

годня клиенту предоставлено гораздо больше возможностей приобрести полис, наиболее точно отвечающий его запросам и бюджету. Так, в страховой компании «ЭРГО-Русь» разработали несколько предложений, и если их объединить, то получится программа, включающая экстренную госпитализацию, экстренную стоматологию и регламентированное амбулаторное лечение. Программы с различными вариантами ограничений, позволяющими формировать пакеты ДМС разной стоимости для различных категорий сотрудников, сегодня наиболее востребованы, считает Нина Егоркина.

Еще одним веянием времени стали целевые программы, в том числе, отражающие состояние здоровья застрахованного. Это программы профилактического, реабилитационного лечения, острого заболевания, программы ведения хронических заболеваний, диспансерные программы для постановки диагноза, программы лечения определенных патологий.

Елена Базилевич, начальник отдела Управление по работе с корпоративными клиентами Департамента медицинского страхования ОСАО «Ингосстрах», полагает, что в период кризиса должны увеличиться продажи полисов

Наши эксперты:

Илья СЕЛКИН,

руководитель Центра развития личного страхования ОАО «Росгосстрах»

Елена БАЗИЛЕВИЧ,

начальник отдела Управление по работе с корпоративными клиентами Департамента медицинского страхования ОСАО «Ингосстрах»

Наталья КАРИМОВА,

директор Департамента личного страхования ЗАСО «ЭРГО-Русь»

ДМС физическим лицам. В наибольшей мере это коснется сотрудников малых и средних предприятий, руководство которых приняло решение отказаться от соцпакета. Учитывая расширение продаж полисов ДМС физическим лицам, "Ингосстрах" запускает новые стандартные продукты – «Платинум», «Премиум», «Оптимал» и «Рационал».

По оценкам специалистов, наиболее популярные программы ДМС обходятся физическим лицам примерно в 850-1100 долларов, однако СК «Якорь» при переходе на индивидуальное страхование сохраняет тарифы корпоративного страхования, если численность застрахованных и содержание программ остаются неизменными.

Пожалуй, самую большую проблему при оптимизации страховых программ представляют крупные организации, в которых уже запланированы сокращения и которые, тем не менее, страхуют по ДМС весь (или почти весь) персонал. При этом зачастую руководители HR-служб даже не могут точно сказать, какой будет численность персонала через полгода.

В этой ситуации возвращать часть премии страховые компании, конечно, не готовы – слишком убыточно. В свою очередь

Маргарита МАРТЫНОВА,

заместитель директора Дирекции продаж ОАО СО «Якорь»

Нина ЕГОРКИНА,

заместитель Директора Центра методологии и контроля медицинского страхования ОАО РОСНО

страхователи тоже не хотят платить за сотрудников, которые в скором времени не будут работать на предприятии. Оригинальное решение для такой ситуации нашли в СК «ЭРГО-Русь».

«Мы предложили для всех новых сотрудников ввести только экстренную медицину. Подобная мера позволит существенно уменьшить расходы, – рассказывает Наталья Каримова, директор Департамента личного страхования ЗАСО «ЭРГО-Русь». – Для сотрудников, которые могут попасть под сокращение, имеет смысл приобретать только программы короткого действия, например, программы острого состояния».

Для преодоления влияния кризиса на рынок ДМС главный акцент в компании «ЭРГО-Русь» делают на программах с заявленным страховым случаем.

«Страховка не предполагает лечение патологии, накопившейся за много лет, а предполагает лечение острой патологии и обострившихся хронических заболеваний, – говорит Наталья Каримова. – Поэтому мы стараемся исключать из полиса те заболевания,

которые уже имелись у застрахованного к моменту заключения договора, особенно в области стоматологии. Для проведения плановых медицинских мероприятий надо приобрести программы профилактики, реабилитации или индивидуальные программы, которые позволяют вести наблюдение хронических болезней».

В результате обращения застрахованных, не подпадающих под категорию страхового случая, «ЭРГО-Русь» не оплачивает. В спорных ситуациях компания привлекает медико-экономическую экспертизу. А поскольку во время кризиса они возникают чаще, чем в спокойное время, блок медико-экономической экспертизы компании был усилен.

Кроме того, в СК «ЭРГО-Русь» ввели франшизу на амбулаторное лечение. Наталья Каримова аргументирует правомерность такого шага медико-экономическими стандартами, согласно которым на формирование нового заболевания требуется примерно два-три месяца. Значит, в течение этого периода застрахованный вправе обращаться в лечебное учреждение только в случае острого заболевания.

Приток новых клиентов

По вопросу притока новых клиентов мнения экспертов расходятся. С одной стороны, многие компании, которые планировали впервые заключить договор ДМС для определенных категорий сотрудников, свое решение отложили на неопределенный срок. С другой – происходит изменение концентрации рынка. Например, в «Ингосстрахе» отмечен рост объема продаж по новому бизнесу за I квартал 2009 годы по сравнению с аналогичным периодом 2008 года на 56%. Однако клиенты переходят не только в компании из первой десятки. Например, приток новых клиентов наблюдается в компании «Якорь», где запланировали на 2009 год рост портфеля по ДМС на 10-15% по сравнению с 2008 годом. Что касается имеющихся клиентов, то по словам Маргариты Мартыновой, заместителя директора Дирекции продаж ОАО СО «Якорь», большинство из них (примерно 80%) кризис пощадил. Эти страхователи сохраняют медицинские программы в прежнем объеме. 17% просят уменьшить стоимость пакетов ДМС, а около 3% отложили решение на неопределенный срок.

«Перезаключение договоров идет постоянно, и невозможно предсказать, в какой ситуации наши клиенты окажутся летом, – рассказывает Маргарита Мартынова. – Поэтому мы стараемся заранее получать от партнеров информацию о ситуации в компании. Если они планируют сни-

жение страховых бюджетов, мы предлагаем варианты, которые считаем допустимыми».
А чтобы клиент не сопоставлял мелкие внутренние недоработки с кризисом, скорость обработки информации увеличили. В результате качество обслуживания даже немного повысилось.
При том что эксперты отмечают тенденцию к уменьшению премий по договорам, число договоров может и увеличиваться, так что общий объем продаж не падает.

Взаимоотношения с медицинскими учреждениями

Как уже было сказано выше, боясь лишиться не только корпоративного полиса ДМС, но и работы, люди начинают очень активно использовать страховую медицину.
В то же самое время в ряде клиник существуют установки на получение с каждого застрахованного гораздо больших сумм, чем это предусмотренно полисом.
Так, Илья Селкин отмечает два основных вида мошенничества со стороны лечебных учреждений. Первый – замена установленного диагноза на более опасный, что приводит к многочисленным анализам и исследованиям. Второй – назначение дополнительных исследований и процедур, не являющихся необходимыми с медицинской точки зрения. В результате убыточность по ДМС возрастает.
Чтобы исключить возможность возникновения подобных ситуаций, в СК «Якорь» ведут работу в двух направлениях: с клиентами и медицинскими учреждениями.
Клиентам постоянно напоминают, что при перезаключении страхового договора его цена будет зависеть от полученных в прошлом году медицинских услуг, поэтому просят сообщить застрахованным, чтобы они без особых оснований лечебные учреждения не посещали. Руководителям HR-подразделений регулярно отправляют статистику по использованию услуг медицинских учреждений. Эта работа ведется постоянно, по инициативе страховой компании, а не по запросам предприятий, чтобы к моменту перезаключения договора не возникало вопросов, почему изменились тарифы.
С другой стороны, СК «Якорь» контролирует работу лечебных учреждений. Представители блока медицинской экспертизы работают с медицинскими картами на местах и проверяют целесообразность назначений.
Особого внимания подразделений ДМС требуют клиники, у которых высокие (до 40%) наценки на медицинские услуги. Они известны страховому рынку и дислоцируются главным образом в Москве. К обычным методам

борьбы со счетами «в особо крупных размерах» (выезд эксперта в клинику, изымание карты, анализ назначений) в этом случае добавляется разъяснительная работа о возможной смене партнера.

«В связи с кризисом взаимоотношения с медицинскими центрами более жестко регламентируются, – комментирует ситуацию Маргарита Мартынова. – Мы более строго контролируем их работу, а они более тщательно отслеживают сроки оплаты счетов. И их можно понять, потому что несколько страховых компаний уже прекратили свое существование».

Однако есть клиники, где вполне адекватно реагируют на кризис и готовы сотрудничать со страховыми компаниями в плане снижения стоимости полиса. Так, по информации, полученной от Натальи Каримовой, компания «ЭРГО-Русь» впервые стала получать жалобы от лечебных учреждений на застрахованных. Например, когда те предлагают врачам трактовать случай, не относящийся к разряду страховых, как страховой или когда в стационарах требуют профилактических действий под видом острого лечения.

Чтобы контролировать лечебные учреждения было легче, Наталья Каримова предлагает уменьшить их перечень в одном страховом полисе.

В «Ингосстрахе» к снятию проблем взаимоотношений с лечебными учреждениями подошли глобально. Компания продолжает открывать собственные клиники. Так, в 2009 году были открыты новые клиники сети «Будь здоров» в Санкт-Петербурге и Саратове, а в Москве в дополнение к двум имеющимся клиникам планируется добавить третью.

Цены на медицинские услуги растут, но Наталья Каримова считает, что под давлением общей ситуации на рынке, они скоро будут уменьшаться.

«Парадоксально, но сегодня мы ведем переговоры с клиниками и лечебными корпорациями только о том, чтобы уменьшить наценки на медицинские услуги, практически не уменьшая объема медицинских услуг», – продолжает Наталья Каримова.

Неплатежи возникают из-за отсутствия денег

Есть мнение, что в кризис нужно максимально экономить на выплатах, затягивая оплату счетов медицинским центрам. Наши спикеры единодушно считают, что это путь компаний, которые готовятся к закрытию. Они известны на рынке, и всем понятно, что неплатежи возникают не из-за решения руководства, а из-за элементарного отсутствия денег, отсутствия резервов. Такие компании до кризиса жили только на наличных.