# ИСТОЧНИК ЗДОРОВЬЯ

Добровольное медицинское страхование — один из источников финансирования развития здравоохранения. О проблемах и перспективах развития ДМС рассказал старший вице-президент — руководитель центра добровольного медицинского страхования САО «ВСК» Андрей Абрамов.

**Современные страховые технологии: Достаточно ли сейчас денег в системе ОМС?**

**Андрей Абрамов**: В 2012–2014 годах правительство влило в здравоохранение достаточно большое количество средств. Проведена модернизация оборудования и самих лечебных учреждений. Однако зачастую дорогостоящие исследования, которые нужно проводить оперативно, чтобы избежать перехода заболевания в хроническую форму или другую стадию, в системе ОМС занимают слишком долгое время. Вместе с тем, за наличный расчет или по программе ДМС исследование можно сделать в день обращения или на следующий день. Но тариф здесь, конечно, другой. Даже государственная медицина за наличную оплату работает существенно быстрее на том же оборудовании, чем через систему ОМС.

**ССТ: Что значит — другой тариф? Ведь себестоимость исследования, которое проводится в одной и той же клинике, на одном и том же оборудовании, не меняется?**

**А. А.**: Программа госгарантий и программа ДМС по наполнению мало чем отличаются. Исключение составляет сервис — одномест-

ные палаты, особое питание и пр. Сам тариф другой: по ОМС прием терапевта стоит около 300 рублей, в ДМС — больше 1000 рублей.

Система ОМС остается дефицитной. При минимальных тарифах, которые есть на сегодня, клиника нормально развиваться не может — может только выживать. Перед государственными, ведомственными клиниками стоит задача повышать коммерческую составляющую. А это означает, что либо сам пациент платит за медицинские услуги, либо их оплачивает страховая компания по программе ДМС.

До оплаты услуг гражданин должен быть ознакомлен, что эту услугу он может получить бесплатно. Но человек платит, потому что хочет получить услугу в удобные для него сроки. Он платит за сервис, за качество и за быстроту. Либо для этого используются страховые продукты из линейки ДМС.

Развитие государственной медицины — дело хорошее, но если взять ВВП страны, то не самая большая цифра денежных средств идет на здравоохранение. В развитых странах это и 6 %, и 7 %, и больше, а у нас — порядка 3–4 %. Дальнейшее совершенствование медицинского обеспечения населения без значительных финансовых вливаний, наверное, вряд ли возможно. Как один из вариантов — это медицинское страхование.

Если говорить о тренде развития ДМС, то на протяжении последних 5–7 лет динамика по сборам премий составляет от 3 до 5 %. Это даже меньше процента инфляции! Весь рынок ДМС за прошлый год составил около 140 млрд рублей. Возможно, некоторые страховщики работают на грани рентабельности.

**ССТ: Но ведь население огромные суммы платит непосредственно за платные медицинские услуги?!**

**А. А.**: Объем денежных средств, которые попадут в клиники по коммерческим каналам, составит около 600 млрд рублей. Доля ДМС в объеме всего финансирования медицины составляет только 7%. Я имею в виду сумму затрат, включая затраты на ОМС, платные услуги, добровольное медицинское страхование, и еще с учетом теневого сектора.

**Андрей Абрамов**

*Старший вице-президент – руководитель центра добровольного медицинского страхования САО «ВСК»*

Всего же в России сумма затрат на медицину более 2 трлн руб. На западе страхование за счет средств работодателя в различных комбинациях с платежами работников может составлять до 49 % от суммы всего финансирования на медицину.

**ССТ: Может быть, нет правильных интересных предложений от страховщиков?**

**А. А.**: Если взять корпоративный сегмент, то страховщики активно предлагают франшизные продукты: при каждом посещении врача застрахованный сам оплачивает некоторую сумму. Это приведет к существенному снижению тарифа, ведь, оплачивая лечение из собственного кармана, человек будет более разумно подходить к необходимости обращаться к врачу.

Но до тех пор, пока на рынке есть страховщики, которые готовы работать на минимальном тарифе, рискуя платежеспособностью, но не предлагая франшизы, работодатель не будет рассматривать вари-

антов программ с франшизой. Не исключаю, что некоторые страховые компании ждут дна маржинальности, когда тариф станет абсолютно невыгоден без франшизы, либо страхователи существенно увеличат бюджет ДМС.

Когда страховщики не смогут обеспечивать качественный сервис и медицинское сопровождение на тех тарифах, которые есть сейчас, начнется массовый переход к бюджетным франшизным продуктам. Могу провести параллель с каско — сейчас там франшиза весьма популярна. Я оцениваю горизонт перехода в 2–3 года.

**ССТ: С корпоративным ДМС понятно, но ведь большую часть средств за платные медицинские услуги вносят граждане. Могут ли страховщики предложить интересные продукты по ДМС для них?**

**А. А.**: Мы тоже озадачены этим вопросом. На рынке сегодня весьма ограниченное количество программ для физических лиц. Это связано с тем, что если использовать исключительно рисковый договор, то страховщик должен иметь возможность провести качественную оценку риска — андеррайтинг. В текущих условиях у страховщика такой возможности нет. Объективность и достоверность данных, предоставленных клиентом, он проверить не может.

В этой ситуации будут происходить два явления. Первое — антиселекция: программы будут покупать только граждане, которым требуется серьезная медицинская помощь. Кроме того, есть риск, что граждане будут скрывать реальное состояние своего здоровья, пытаясь купить наиболее дешевый полис и максимально по нему лечиться. Второе — понимая возможные риски, страховщики будут завышать стоимость программ, и они станут недоступны по цене для большинства граждан. Наша компания вкладывает значительные средства как интеллектуальные, так и материальные в развитие цифровых технологий, сегодня уже можно приобрести значительный пул продуктов через личный кабинет застрахованного, причём со значительной скидкой, мир не стоит на месте, не стоим и мы, развивая диджитал, мы надеемся в первую очередь дать лучший сервис нашим клиентам, лучшие продукты и лучшие цены. Мы проводили исследование и выяснили, что жители Москвы готовы платить за индивидуальный полис ДМС не более 10–12 тыс. рублей в год.

Для того чтобы выходить на массовый рынок с продуктом ДМС, нужно дорабатывать IT-системы. Без IT-решений выписывать на коленке полис — это вчерашний день. Кроме этого, для выхода в массы нужна система дистрибуции. Это или агенты, или другие посредники. В частности, мы разговаривали с аптечными сетями, но не нашли интереса к продаже полисов ДМС для граждан.

**ССТ: Но ведь когда-то банки также относились к продаже страховок. Сейчас ситуация существенно поменялась.**

**А. А.**: Да, но в банках люди зачастую не понимают, что они купили страховку — они идут за кредитом!

**ССТ: Нужен ли страховщикам доступ к истории болезни человека, чтобы точно рассчитать стоимость полиса?**

**А. А.**: Ничто не мешает человеку самому принести все медицинские документы и попросить посчитать полис. Но этого пока не происходит по описанным выше причинам.

Тот объем денег, который вращается в сфере медобслуживания физических лиц открывает существенные возможности для развития добровольного медицинского страхования. Задача страховой компании — сделать такой страховой продукт, который будет интересен в первую очередь клиенту, а также клинике и самой страховой компании.

Не нужно забывать, что успешное продвижение продуктов индивидуального ДМС сильно зависит от нашей ментальности. Здоровый человек не задумывается о покупке медицинской страховки, а для больного это уже слишком дорого или вообще невозможно. Задача — смена ментальности. Существенным подспорьем в этом были бы налоговые льготы для граждан. Например, при покупке полиса ДМС — возмещение

Мы решили дать возможность нашим застрахованным посоветоваться с врачом дистанционно – по телефону или по скайпу. Теперь наши застрахованные могут без ограничения консультироваться по широкому спектру нозологий круглосуточно.

НДФЛ. Ведь возмещаются же чеки на оплату медицинских услуг?

**ССТ: Какие продукты Вы считаете самыми интересными в своей компании?**

**А. А.**: Я расскажу о новом базовом продукте для корпоративного сегмента. За основу мы взяли практически классический продукт, но после ряда исследований мы его наполнили важными дополнительными сервисами. Так, мы включили помощь психолога неограниченное количество раз. Мы живем в стрессовой атмосфере. Она окружает нас и дома, и, особенно, на производстве. Испытывая стресс и депрессию, люди чаще болеют, снижается производительность труда. До 30-35 % заболеваний носят психосоматический характер. Своевременная психологическая помощь существенно снижает уровень заболеваемости коллектива. Мы эту опцию включили с начала года, и сейчас у нас великолепные отзывы от страхователей. Ряд крупных компаний включили эту опцию как обязательную в конкурсную программу.

Следующая опция — услуги телемедицины. Люди, когда у них что-то начинает болеть, надеются, что пройдет само или пытаются лечиться самостоятельно. В результате они попадают к врачу уже с запущенным случаем. Мы изучили западный опыт и увидели, что внедрение телемедицины существенно влияет на продолжительность и тяжесть заболеваний. Мы решили дать возможность нашим застрахованным посоветоваться с врачом дистанционно — по телефону или по скайпу. Теперь наши застрахованные могут без ограничения консультироваться по широкому спектру нозологий круглосуточно. У нас даже есть консультант по грудному вскармливанию!

Третье расширение — второе мнение по критическим диагнозам. Здесь нашими партнерами выступают израильские специалисты. Раз в год человек, у которого диагностирована одна из восьми нозологий, при предоставлении документов получает мнение независимого специалиста. В чем тут суть: постановка критического диагноза прекращает действие полиса ДМС в отношении застрахованного. Человек остается со своей бедой один на один. Но, как выясняется, в 30 % случаев диагноз ставится неверно. Кроме того, второе мнение специалиста позволяет составить план лечения. Наша задача — дать человеку объективное понимание плана его лечения.

Четвертое — онкозащита. Если человеку диагностируется это заболевание, он начинает лечиться в онкодиспансере. Наша задача — верификация диагноза на базе ведущих московских клиник, дообследование, если необходимо, составление плана лечения ведущими экспертами страны и прикрепление врача-куратора, который помогает необходимое лечение получить. То есть человек получает лечение в рамках ОМС, но не остается один. Мы ему обеспечиваем всю необходимую экспертную и юридическую поддержку.

Это только часть опций. На самом деле их несколько больше. Все эти опции мы предлагаем без увеличения базового тарифа программы.

Сегодня любое акционерное общество, в том числе и страховые компании, созданы для получения прибыли, но медицина — это особая отрасль и мы считаем для себя основной задачей — здоровье доверенного нам коллектива или гражданина. Через качественную работу с застрахованными, мы видим для себя возможность сохранения данных клиентов на будущие периоды и, как следствие, получение положительного финансового результата.