

Сборы на рынке добровольного медицинского страхования (ДМС) растут в деньгах, но в реальном выражении все съедает медицинская инфляция. Работодатели в кризис урезают наполнение программ ДМС, в итоге страховщики пытаются втянуть работников в софинансирование корпоративных полисов.

Цена корпоративного здоровья

Согласно последнему опросу Национального агентства финансовых исследований (НАФИ), 32% российских предприятий приобретают полисы ДМС для своих сотрудников (годом раньше таких было 36%) и 61% планируют оформлять их в следующем году. 4% руководителей собираются сократить пакет услуг по страховке и 5% – совсем отказаться от медполиса для сотрудников. Чаще всего обеспечивают страховкой своих работников крупные предприятия – 45% из них оформляют корпоративное ДМС. Среди средних предприятий так делают 35%, а малый бизнес страхует работников лишь в 28–29% случаев.

Страховщики, в свою очередь, демонстрируют увеличение сборов по ДМС: по данным ЦБ, в первом полугодии 2016 года их величина составила 91,2 млрд руб. (рост на 4,3%). При этом сборы растут вовсе не за счет привлечения новых клиентов, говорит замгендиректора «ВТБ Страхования» Алексей Володин. По его словам, увеличение премий в сегменте объясняется лишь тем, что даже самые экономичные программы стоят дороже, чем год назад. В среднем по рынку цены на пакеты ДМС поднялись на 10–20%. Причем 10% – это подорожание для безубыточных клиентов, уточняет управляющий директор управления урегулирования убытков по личным видам «Ренессанс Страхования» Наталья Харина.

Если говорить о наполнении программ ДМС, большим спросом пользуются традиционные продукты – поликлиническое обслуживание, стоматология, экстренное и плановое стационарное лечение. «Для коллектива из 200 человек при включении в программу медучреждений оптимального – не эконом и не люкс – уровня стоимость страхования на год составит порядка 25–30 тыс. руб. на сотрудника. Такая программа будет включать амбулаторное лечение, вызов скорой и стационар», – приводит пример госпожа Харина. По ее данным, около 70% предприятий добавляют за отдельные деньги стоматологию или другие расширения вроде страхования родственников.

В регионах комплексная программа ДМС на одного работника стоит в среднем 15–20 тыс. руб., в Москве – в 1,5–2 раза больше, оценивает вице-президент, директор по личному страхованию «СОГАЗа» Тамара Смирнова.

Еще один фактор роста цен – увеличение обращаемости к врачам. По оценкам партнера страхового брокера Finassist Александра Волобуева, ежегодно этот показатель растет на 3%, а в кризисный 2015 год увеличился на 8%. По итогам 2016-го стоит ожидать такой же динамики. «В кризис люди склонны больше переживать и, как следствие, чаще болеть, – рассуждает Волобуев. – Кроме того, опасаясь отказа работодателя от ДМС, люди спешат воспользоваться страховкой, пока она есть».

Страховщики экспериментируют и с новинками: появилось страхование от онкозаболеваний, в том числе с лечением за рубежом, программы «второго мнения», опции «Личный врач», «Врач в офис», некоторые корпоративные клиенты интересуются психологической поддержкой сотрудников. Но говорить о популярности новых продуктов пока преждевременно, считает директор департамента медстрахования «Ингосстраха» Светлана Вылегжанина.

90% сборов по ДМС приходится на корпоративный сегмент, оценивает Тамара Смирнова. Впрочем, в «Росгосстрахе» отмечают рост спроса на полисы ДМС со стороны физлиц, рассказывает вице-президент, руководитель блока «Медицина» Евгений Гуревич. Самые популярные программы – страхование иностранцев, полисы от критических заболеваний, летом – страховка от укуса клеща. Спрос на розничное ДМС формируют в основном люди, которые привыкли к страховке и не хотят ходить в муниципальные клиники, а ДМС на работе у них больше нет, объясняет гендиректор «Абсолют Страхования» Дмитрий Руденко. «Стоить такие полисы могут от 3–5, а в некоторых случаях – 10 тыс. руб. в год», – уточняет он.

Несмотря на подорожание программ ДМС, в конечном итоге рост рынка обнуляет медицинская инфляция. Например, стоматологические материалы из-за роста курса валют в прошлом году подорожали где-то на 60%, говорит Александр Волобуев. В 2015-м мединфляция составила около 15%, а в этом – порядка 12%, оценивает Наталья Харина.

Где спряталась скидка

Основная волна отказов от продления договоров ДМС со стороны малого и среднего бизнеса прошла в 2015 году. Крупные предприятия эту часть соцпакета сохраняют, но стремятся найти вариант подешевле. «Экономия на ДМС, как и на других видах добровольного страхования, будет сохраняться до улучшения экономической ситуации в стране», – считает руководитель управления страховых рейтингов НРА Татьяна Никитина.

У некоторых предприятий премия по ДМС снижается за счет сокращения штата, добавляет директор департамента андеррайтинга и методологии ДМС «АльфаСтрахования» Александр Лапунов. Вместе с тем в портфеле компании даже сейчас есть клиенты, которые увеличивают расходы на страховку, например некоторые предприятия финансового сектора.

Самый простой способ экономии – смена страховщика – позволяет сократить бюджет примерно на 15%, рассказывает Александр Волобуев, но эффект сохраняется не более чем на год. «Одна крупная фармкомпания застраховалась у страховщика, предложившего на тендере самую низкую цену на рынке. Сотрудники обращались в клинику очень часто, и страховщик, понимая, что договор уже становится для него убыточным, просто перестал согласовывать услуги – пациентам начали отказывать. Договор расторгли спустя девять месяцев и перешли к другому страховщику с более адекватной ценой», – приводит пример Волобуев.

Другой вариант экономии – отказ от ряда дорогих клиник – позволяет сберечь около 10% бюджета, эффект держится год-два. Такой способ может вызвать недовольство сотрудников, но бывают и удачные примеры. «Инжиниринговая компания оптимизировала программу ДМС. При анализе статистики посещения выяснили, что из 600 человек только 46 посещали самую дорогую клинику. Этим людям оставили ее, а основной массе коллектива предложили более дешевую. Поскольку они в дорогую и не ходили, то экономии не почувствовали, но бюджет удалось сократить с 15 до 9 млн руб.», – рассказывает господин Волобуев.

Исключение из покрытия клиник с неадекватным соотношением цены и качества – самый распространенный способ экономии, подтверждает директор центра андеррайтинга и развития продуктов ДМС «Альянс Жизнь» Иван Командный. Еще можно удешевить полис, ограничив прямой доступ в клинику, добавляет Дмитрий Руденко: например, в перечне программы ДМС указаны десять клиник-партнеров, но в пять из них можно

попасть только по назначению врача.

Самое кардинальное решение – сокращение объема услуг по страховке – обычно очень плохо воспринимается коллективом, говорит Волобуев. Зато экономия может быть существенной: коллектив из 100 человек, отказавшись от стоматологии, снизит стоимость страхования на 20–25%, приводит пример Наталья Харина. Распространен также отказ от вызова врача на дом.

Есть на рынке примеры страховки в складчину: чем больше людей страхуется по программе, тем выгоднее цена на одного. Коммуникационное агентство PR Inc., где работают 30 человек, договорилось с холдингом с численностью персонала 300 человек страховать совместно. «Это позволило сохранить объемы ДМС при снижении стоимости полиса на 50% по сравнению с индивидуальным страхованием», – говорит основатель агентства Ольга Дашевская.

Но лучший вариант экономии – рационализация потребления, считает Александр Волобуев. Это означает, что нужно не просто вычеркивать часть программы, а отслеживать, как сотрудники пользуются страховкой. «У компании была дорогая страховая программа – 35 тыс. руб. на человека. Опрос показал, что 60% сотрудников – молодые программисты, которые ДМС вообще не пользуются, – приводит пример Волобуев. – В итоге для людей до 25 лет пакет сократили до экстренной медпомощи, улучшив условия для людей более старшего возраста – среднего и руководящего персонала, которым нужно создавать элементы «золотых наручников». Удалось сэкономить около 2 млн руб. – это порядка 20% бюджета». Можно сократить расходы, если страховать только топ-менеджеров или сотрудников с определенным стажем, отмечает Татьяна Никитина.

Но есть способ не отказываться от качественного лечения и дорогих клиник и при этом сберечь деньги организации. Это можно сделать очень просто – переложить часть затрат на ДМС на сотрудника.

Вовлечение в оплату

Активно предлагать корпоративное ДМС с участием работников в оплате страховщики

начали в прошлом году. Основных схем здесь две: софинансирование, когда работодатель и работник делят оплату полиса в определенных долях – 50/50, 30/70 и т.д., или в случае применения франшизы, когда пациент оплачивает часть счета при каждом обращении к врачу.

«Средняя стоимость посещения терапевта в Москве – 1200 руб., если установлена франшиза 10%, то пациент вносит только 120 руб.», – приводит пример Александр Волобуев. В этом случае за саму страховку платит работодатель, но введение, например, 10-процентной франшизы может удешевить полис на 25%, оценивает Иван Командный: «При средней стоимости медицинского плана в Москве 35 тыс. руб. на сотрудника франшиза позволяет снизить стоимость до 27 тыс. руб.».

Франшиза обычно не распространяется на экстренную и стационарную помощь. Она оправдана в поликлинике и стоматологии, где проблема рационального потребления особенно остра, считает Командный. Имеются в виду излишние врачебные назначения, которые клиники могут практиковать ради увеличения заработка. «Я сам был свидетелем – выходит медсестра и объявляет на весь коридор: «Окулист свободен! Кто хочет проверить зрение?» Ни о каких показаниях, естественно, мы не говорим, – рассказывает Дмитрий Руденко. – В итоге в минусе оказываются все, кроме клиники, в том числе и сам пациент. Счет выставляется страховщику. Страховщик перекладывает тариф на работодателя. А работодатель почешет затылок и скажет: нет, так я страховать не готов, дороговато».

Поэтому для работодателя франшиза выгоднее, отмечает Волобуев. «При софинансировании ты уже заплатил за полис. А при франшизе лишний раз подумаешь, идти ли к врачу», – рассуждает он.

Софинансирование имеет и свои плюсы – услугой пользуются те, кому она действительно нужна, и здесь можно реализовать политику шведского стола: работодатель гарантирует сотруднику минимальный объем медпомощи (например, за 10 тыс. руб. в год), а опции он может покупать за свои деньги.

Но варианты соплатежей на нашем рынке пока не прижились. Франшиза вообще в российском страховании слабо развита, констатирует директор по страховым рейтингам «Эксперта РА» Ольга Басова. Не очень охотно принимают франшизу HR-директора, говорят страховщики, а кроме того, не все клиники технически готовы разбивать счет

при оплате. Впрочем, в «Альянсе» придумали списывать с пациента франшизу через личный кабинет.

Низкорентабельные пациенты

Выплаты по ДМС растут медленнее, чем сборы: по данным ЦБ за первое полугодие 2016 года, увеличились они на 1,6% – до 48,2 млрд руб., что составляет 52,5% премий за тот же период. При этом страховщики уверяют, что направление для них балансирует на грани рентабельности. Исторически ДМС является либо убыточным, либо низкоприбыльным бизнесом, говорят опрошенные «Деньгами» страховщики. Причин тому несколько. В этой сфере очень высока вероятность наступления страхового события, объясняет Светлана Вылегжанина. Кроме того, играет роль конкуренция на рынке ДМС и значительная инфляция медуслуг, добавляет Евгений Гуревич.

Часто страховщики используют ДМС как «продукт входа», получая от клиентов контракты по другим, более прибыльным видам страхования, отмечает Алексей Володин. Однако при грамотном андеррайтинге ДМС остается хоть и низкомаржинальным, но доходным видом, уверяют страховщики. «Если им заниматься серьезно, продуманно и не бросаться в авантюры, то ДМС принесет доход, немного превышающий операционные расходы страховой компании», – говорит Александр Лапунов из «АльфаСтрахования». Свою роль играет эффект масштаба, добавляет Тамара Смирнова из «СОГАЗа»: большой портфель позволяет получать приемлемый финрезультат даже при скромной марже. «Если бизнес убыточен, то его закрывают. Раз рынок ДМС в России существует уже более 25 лет, значит, он приносит доход», – подытоживает начальник управления продуктов медстрахования «РЕСО-Гарантии» Марина Черноморова.

Несмотря на кризис и невысокую маржу ДМС, ряд страховщиков продолжают открывать собственные клиники – они есть у «АльфаСтрахования», «Ингосстраха», «РЕСО-Гарантии», «Ренессанса» и других. Так, в начале мая в Сочи открылся многофункциональный медцентр «Ингосстраха» «Будь здоров» – 15-й по счету в этой сети. Компания вложила в клинику 200 млн руб., а всего с 2005 по 2015 год инвестировала в собственную сеть медучреждений 2,5 млрд руб.

Своя сеть клиник – удовольствие не из дешевых, признает Светлана Вылегжанина, но в кризис они помогают сдерживать рост стоимости услуг с сохранением контроля

качества. «Страховщик может рассчитывать на лояльность клиники, отсутствие раскрутки клиента, стабильность ценовой политики», – объясняет Марина Черноморова. Клиники – элемент имиджа страховщика, добавляет она. Собственные медцентры позволяют избежать приписок расходов по услугам, которые не оказывались пациентам, говорит Ольга Басова из «Эксперта РА». Кроме того, это повышает мобильность страховщика и дает возможность оказывать редкие или уникальные услуги, добавляет Наталья Харина.

Однако при таком подходе страховщики привязаны к своим ЛПУ и ограничены в выборе медучреждений для клиентов, говорит Евгений Гуревич из «Росгосстраха». При этом ни одна компания не способна обслуживать застрахованных только на базе собственных клиник, признает Тамара Смирнова: лидер рынка ДМС «СОГАЗ» работает более чем с 7 тыс. медучреждений.

Союз клиники и страховщика грозит конфликтом интересов: компания не может объективно рекомендовать потребителю лучшие клиники, так как заинтересована отправлять его в свои. «Сами клиники могут легко использовать нерыночные инструменты управления убыточностью, например снижая количество услуг», – отмечает Иван Командный.

«Часто задача терапевта страховой компании, в отличие от клиники, где вы обслуживаетесь напрямую, – сэкономить, уменьшить число обращений, – говорит Александр Волобуев. – К специализированным врачам и в более дорогую клинику попасть труднее – например, запись идет на неделю вперед. И страховая компания может предложить более дешевую клинику, но зато вы сразу окажетесь у интересующего вас врача». Впрочем, не все страховщики ставят такие задачи перед своими ЛПУ, добавляет он. Возможен, рассказывает Татьяна Никитина, и обратный конфликт: когда страховщик стремится к уменьшению стоимости медуслуг, а клиника – наоборот.

«Альянс Жизнь» считает такую стратегию неоправданной. «В сегменте коммерческой медицины те проекты, которые есть сегодня на рынке, не обеспечивают бизнесу даже среднюю рентабельность. Они выступают скорее как способ предлагать более дешевые страховые решения», – говорит Иван Командный. Клиники окупаются, иначе бы они не создавались, возражает Марина Черноморова.

Наличие коммерческой клиники у СК следует рассматривать как параллельный бизнес, который может быть как удачным, так и неудачным, подытоживает Евгений Гуревич. Судя по тому, что в последнее время страховщики в основном заняты открытием клиник, это направление остается для них привлекательным.

Источник: [Коммерсантъ Деньги](#) , № 36, 12.09.16

Автор: Вебер Е.