Конкурентоспособность Северо- Западного региона в сфере социальной политики (на примере модели медицинского обеспечения в Санкт Петербурге).

Развитие добровольного медицинского страхования как сферы рынка медицинских услуг направлено на решение вопроса о дополнительном финансировании здравоохранения и обеспечения устойчивой динамики развития рынка медицинских услуг. Целью представленного исследования является рассмотрение региональных особенностей модели частного медицинского обеспечения (на примере Санкт- Петербурга), обеспечивающих высокие конкурентные преимущества системы социального обеспечения в Северо- Западном регионе. Общим направлением является выявление системы стимулов для развития конкуренции между субъектами системы здравоохранения, разработка мероприятий по контролю над затратами, что может быть использовано и в других регионах с целью повышения эффективности медицинского обеспечения населения. В рамках исследования в статье исследована сущность и содержание конкурентоспособности в сфере социальной политики региона; рассмотрены факторы формирования конкурентоспособности региона; выявлены теоретико-методологические основы управления конкурентоспособностью региона.

Актуальность исследования обусловлена важностью социальной политики в общественной и экономической жизни региона, необходимостью выявления факторов, обеспечивающих высокий уровень и качество жизни в регионе, соответствующий мировым стандартам. В статье анализируется понятие «конкурентоспособность», предложен инструментарий оценки конкурентоспособности социальной политики региона. Выявлены факторы, в наибольшей степени оказывающие влияние на конкурентоспособность регионов в части социального обеспечения (на примере дополнительного медицинского обеспечения) и предложены меры, направленные на ее повышение.

Понимание особенностей добровольного медицинского страхования (ДМС) Санкт- Петербурга позволяет более структурировано разработать комплекс мероприятий повышения конкурентоспособности данной отрасли. Это позволит повысить эффективность добровольного страхования для всех участников рынка: для потребителей услуг, для поставщиков и посредников. Обобщение результатов, полу-

ченных в ходе рассмотрения экономических и социальных особенностей добровольного медицинского страхования, и региональной специфики модели ДМС позволяет получить предпосылки для разработки стратегии модернизации медицинского обеспечения. Представленное исследование основано на результатах проведенного интервьюирования представителей страховых компаний и анкетирования независимых респондентов, углубленного изучения и анализа способов и условий реализации стратегии. Теоретической основой исследования послужили теоретические и прикладные разработки исследователей рынка медицинского обеспечения и страхования.

Конкуренцию на рынке медицинских услуг можно определить как процесс взаимодействия потребителей медицинских услуг (пациентов), поставщиков (медицинских учреждений) и посредников (страховых компаний), направленный на достижение целевых потребностей каждого. Конкурентоспособность региона в части дополнительного медицинского страхования представляет собой определенный набор взаимоотношений субъектов, направленный на достижение положительного результата, характеризующего качество медицинской услуги по выбранному набору установленных и принятых параметров. Социальные факторы конкурентоспособности региона должны включать в себя возможности обеспечивать высокий уровень и качество жизни; поддерживать устойчивые высокие темпы роста реального душевого дохода; обладать абсолютными и сравнительными преимуществами в целях обеспечения высокого уровня и качества жизни населения; генерировать постоянно растущие жизненные стандарты; обеспечивать рост количественных и качественных показателей, определяющих социально-экономическое развитие региона и потенциал дальнейшего его роста и совершенствования.

На сегодняшний день объем рынка ДМС страхования в Санкт- Петербурге составляет порядка 24 млрд. рублей в год, что представляет собой практически половину от объема московского рынка и третью часть от общероссийских показателей [6].

Добровольное медицинское страхование в Санкт-Петербурге развивалось в условиях практически полного отсутствия страховой культуры, дефицита свободных средств у населения и неразвитого медицинского рынка. В совокупности эти факто-

ры определяли скептическое отношение к добровольному страхованию не только страхователей, но и лечебных учреждений. В период 1995-2008 годов отношение к добровольному медицинскому страхованию изменилось. Полис добровольного медицинского страхования становится дополнением к государственно гарантированным медицинским услугам и частью социального пакета.

В Санкт-Петербурге добровольное медицинское страхование справедливо относится к одному из наиболее динамично развивающихся видов страховой деятельности. Расширение рынка ДМС происходит со своими сложностями и особенностями. По оценке рейтингового агентства «Эксперт РА», рынок ДМС в Санкт- Петербурге ежегодно расширялся на 10-15% и даже в условиях кризиса прогнозируется его стабильное развитие [11].

Добровольное медицинское страхование, как система, начало складываться в первой половине 90-х годов, но окончательно сформировалось к 1996 году [3].

В настоящее время большинство страховых компаний предлагают полисы комплексного страхования, предоставляя свободный выбор медицинских учреждений. Ранее по прикреплению работали некоторые недорогие амбулаторные базы, но в связи с резким ростом спроса на амбулаторные услуги и повышением издержек от этой практики они отказались. Количество фондовых договоров последнее время резко сократилось, но для некоторых государственных предприятий, компаний, которые работают по фондовым договорам длительное время, отдельные страховые компании заключают подобные договора.

Одновременно с формированием системы добровольного медицинского страхования в Санкт- Петербурге происходила реорганизация управления деятельностью страховых компаний. Осуществился переход от управления потоками денежных средств с целью минимизации расходов к более сложной системе управления, учитывающей как качественные, так и количественные факторы. В этих условиях происходит расширение сфер управления деятельностью: от контроля за минимизацией расходов и перераспределения обязанностей предоставления медицинских услуг к усилению значения добровольного медицинского страхования, как гарантии медицинской помощи при использовании рискового механизма. Также можно просле-

дить гибкость и адаптивность системы управления в соответствии с условиями рынка.

Рассматривая основные тенденции рынка, следует отметить следующее. Спрос на добровольное медицинское страхования зависим от основных экономических показателей: платежеспособного спроса, целей и приоритетов политики, экономического роста. На протяжении 2000–2007 годов показатели увеличения страховых премий колебались от 10% до 40% [1].

Точно оценить темпы роста в 2008 году достаточно сложно, что связано с ухудшением общеэкономической ситуации. В 2008 году по данным аналитического центра «Эксперт Северо-Запад» страховые компании в среднем увеличили сборы на 27,97%, при этом доля взносов по личному страхованию составила 16,7%. Прослеживая динамику, можно сказать, что доля личного страхования за последние три года сократилась с 19,8% в 2006 году, 18% в 2007 до 16,7% в 2008 году [9; 10]. Это можно объяснить тем, что, в связи с сокращением получаемых доходов, начались отказы от пролонгации договоров личного страхования или упрощение существующих программ. Говоря о добровольном медицинском страховании можно отметить рост собираемых премий. С 2006 года, когда доля ДМС в совокупном объеме собранных премий по СЗФО составила чуть больше 12%, объем собранных премий увеличился на 3% и составил в среднем по рынку примерно 15%. В некоторых страховых компаниях прирост собираемых премий возрос примерно на 30-40% в денежном выражении и на 10-15% по числу застрахованных [8]. Динамика страховых выплат показывает стабильность: так в 2006 году выплаты по личному страхованию, исключая страхование жизни, составили 21,5% от совокупного объема выплат, в 2007 году – 20%, в 2008 году – 21,6% [7]. Динамика развития данного показателя - положительна, то есть можно предположить финансовую стабильность страховых компаний. Подводя итоги, можно сказать, что наиболее стабильные игроки, занимающие лидирующие позиции на рынке ДМС, показали рост на уровне 11% – 17% по отношению к 2007 году; прирост заключенных договоров составил от -4,29% до 21%; уровень выплат увеличился в среднем на 5% – 14%. Относительно динамики показателей 2009 года существуют пессимистические прогнозы о падении собираемых премий от 10 до 25% от объема предыдущих периодов [11]. Стабилизация рын-

ка произошла лишь в первом полугодии 2010 года, когда можно отметить первую прибыль страховщиков. Согласно данным Федеральной службы страхового надзора, объем премий страховых компаний в Санкт- Петербурге в первом полугодии 2010-го составил 3,808 млрд. рублей против 3,46 млрд. за соответствующий период прошлого года [11]. Стабилизация связана с эффектом возврата корпоративных клиентов на рынок, повышением спроса на платную медицину, повышением заболеваемости населения и спросом на социальные программы поддержки персонала.

По данным сайта «Медицинская страховая биржа» в 2010 году объем рынка ДМС страхования в Санкт- Петербурге составил примерно 24 млрд. рублей, что представляет собой практически половину от объема московского рынка и третью часть от общероссийских показателей [6].

Несмотря на рост сбора премий ДМС, начавшийся в 2010 году, количество застрахованных сокращается. По информации Союза страховщиков, в Санкт-Петербурге в 2008 году было 810 тыс. клиентов с полисами ДМС, в 2009-м – 680 тыс., в 2010-м – всего 645 тыс.

По итогам 2011 года и первого полугодия 2012 года можно отметить некоторое увеличение портфелей по ДМС ведущих страховщиков- средний рост составил от 30 до 50%. Частично это связано с перераспределением портфелей (смена страховой организации крупными страхователями), ростом стоимости услуг лечебно- профилактических учреждений.

По прогнозам представителей страховых компаний в ближайшие три года, возможно, некоторое замедление темпов роста рынка ДМС, так как цены на страховые программы могут подойти к пределам платежеспособного спроса. Как следствие, увеличится конкурентная борьба за покупателя, в том числе ценовая.

В ближайшей перспективе рост спроса на ДМС будет ограничен финансовыми возможностями предприятий. Увеличение отчислений на ОМС с 3,1 до 5,1%, может привести к некоторому сокращению бюджетов на ДМС. Особенно ощутимо эта мера повлияет на еще неустойчивый спрос со стороны малого и среднего бизнеса, выросший с расширением налоговых льгот в 2009 году.

На фоне прогнозируемого снижения темпов роста рассматриваются различные способы сохранения уровня страховых премий по добровольному медицинскому

страхованию. Например, основной акцент может быть сделан на минимизацию издержек и на поддержания цен на услуги. Снижение издержек может быть достигнуто упрощением страхового продукта, снижением количества услуг, или жестким администрированием со стороны страховщика. В качестве инструмента сохранения рынка добровольного медицинского страхования, можно рассматривать получение скидок от лечебных учреждений. В то же время политика государственных лечебных учреждений изменилась в сторону сокращения размера скидок. Иногда розничные цены оказываются ниже, чем для оптовых покупателей, что связано с разрешением государственным медицинским учреждениям оказывать платные услуги в рабочее время.

Общепринятым способом сохранения собираемых премий, рассматриваемым на рынке, является повышение стоимости программ. По итогам 2007 года показатель «инфляции медицинских расходов» достиг почти 30% [10]. В то же время прослеживается интересная тенденция: опережающий рост цен на медицинские услуги относится в первую очередь к государственным и муниципальным ЛПУ и во вторую – к ведомственным и федеральным медицинским учреждениям. Тарифная политика частных клиник дифференцирована в зависимости от ценового сегмента, в котором они работают: чем сегмент выше, тем реже и незначительнее повышение цен на услуги. По итогам первого полугодия 2012 года медицинская инфляция составила 6-10%, что побудило страховые компании увеличить и стоимость программ. Наибольшее изменение тарифов зафиксировано за последние два года (повышение цен происходит раз в полгода, а порой и раз в квартал). Например, по итогам 2011 года по некоторым данным, уровень инфляции составил до 30% [2]. При этом стоимость услуг является одной из самых высоких. Так, еще в 2009 году, стоимость одного платного посещения клиники составляла свыше 800 рублей, что было существенно выше, чем в среднем по стране. Причина высокого роста цен – повышение платы за аренду помещений, заработной платы персонала, которая, выше средней по стране на 15-25%, а также растущие в цене лекарства зарубежного производства.

Союз страховщиков Санкт- Петербурга и Северо- Запада отмечает, что с начала 2011 года на первое место вышло негативное воздействие медицинского фактора, а именно, повышение цен на услуги и предоставление излишних процедур. Влияние

страховщиков на ценовую политику ЛПУ ограничено, а резкое повышение тарифов невозможно в силу медленного восстановления рынка.

Подход ЛПУ к пересмотру цен достаточно дифференцирован. В зависимости от формы собственности и профиля учреждения повышение составляет от 5 до 35% Если представлять ситуацию в общем виде, то наиболее быстро растут цены в государственных лечебных учреждениях. По итогам мониторинга, проведенного Союзом страховщиков, в течение 2010 года наиболее сильно подорожали услуги федеральных и муниципальных медорганизаций (на 15%), в меньшей степени – ведомственных (8,1%) и коммерческих (11,1%) [2].

Существуют различные варианты воздействия на ЛПУ: прежде всего изменение потоков застрахованных. Страховщики могут направлять застрахованных в первую очередь в те клиники, которые предлагают наиболее привлекательные цены при том же уровне качества помощи, что у их конкурентов.

Но главный инструмент воздействия, по опыту страховщиков, – личные отношения менеджеров, а именно индивидуальные договоренности между ЛПУ и страховщиком. ЛПУ с качественным сервисом и адекватными ценами выгодно для страховщиков, и гарантировано получает достаточный объем финансирования.

Основными участниками изменения тарифной политики становятся государственные клиники. Показательна доля ДМС в общих сборах медицинских учреждений. По усредненным данным доходы клиник за счет ДМС составляет от 20-30%. В бюджеты среднеценовых частных клиник, ведомственных медицинских учреждений доля поступлений достигает 30 – 60%. Для поставщиков медицинских услуг работа со страховыми компаниями выгодна по нескольким причинам:

1) возможность получить большие доходы, нежели работая в рамках платных услуг. При условии, что пациент сам оплачивает лечение, некоторые процедуры могут быть слишком дорогостоящими для него. При лечении в рамках ДМС пациент тратит средства страховщика, а значит, может пройти лечение на большую сумму;

2) гарантированный поток пациентов. При условии положительных оценок работы клиники, при наличии оборудования, при выгодной тарифной политике страховая компания будет направлять застрахованных именно в эту клинику;

3) реклама медицинского учреждения. При условии получения качественного лечения, даже если договор страхования не пролонгируется, застрахованный будет продолжать обслуживание в клинике на платной основе.

Следствием увеличения цен со стороны лечебных учреждений является рост страховых тарифов. Не смотря на повышение тарифов со стороны поставщиков услуг, конечная стоимость программ за последнее время практически не изменилась – в среднем увеличение составляет 5 – 10% в год. В качестве основной причины незначительного повышения выступает комплексность страхового продукта – стоимость определяется целым рядом различных факторов. Это и фактор сезонности, и динамика количества обращений в лечебные учреждения, и влияние конкурентов, и цены на медицинские услуги. В тоже время можно отметить, от 60 до 90% стоимости программы зависит от цены медицинской услуги. Следовательно, при перманентном повышении тарифов, страховые компании вынуждены будут значительно повысить стоимость программ.

Некоторые страховые компании используют обратную стратегию – применение демпинга, то есть занижение цен. Это может использоваться, если компания только выходит на петербургский рынок ДМС и старается закрепиться на нем, и если этот метод укладывается в стратегию быстрого расширения рыночной доли. Но в любом случае это должны быть кратковременные меры. Например, по результатам 2007 – 2008 годов некоторые страховые компании, продавая страховки по демпинговым ценам, оказались неплатежеспособными и потеряли крупных клиентов. Следовательно, соблюдение баланса между расходами и прибылью страховщиков позволяет оставаться на рынке только финансово устойчивым участникам.

Помимо сохранения прежних доходов, порой вынужденное повышение цен можно связать с дефицитом качественных медицинских услуг в среднем и дорогом ценовом сегменте, то есть с монополизмом некоторых поставщиков. Не смотря на увеличение количества частных клиник и их отделений в районах города, улучшение сервиса и создание условий для сотрудничества со страховщиками по программам ДМС, спрос на услуги медицинских учреждений растет быстрее предложения. В Санкт- Петербурге существует дефицит стационаров и амбулаторных баз. Не смотря на большое число медицинских баз, существует дефицит среди

поставщиков, которые оказывают услуги гарантированного качества и разрешают проводить экспертизу счетов и оказанного лечения.

По ряду услуг список поставщиков имеет ограниченный характер. Так, например, в части лечения инфекционных заболеваний, кардиохирургии, стационарного лечения, вследствие ограниченного перечня поставщиков, политику определяет ЛПУ, а не страховая компания. Как результат, отсутствие здоровой конкуренции и монополизм поставщиков подобных услуг.

Не смотря на ряд отрицательных моментов, связанных с лечебными учреждениями, существует и положительная динамика в этой области. Государственные и ведомственные лечебные учреждения дифференцируют услуги по разным ценовым категориям, открываются специализированные отделения, с целью разделения потоков пациентов по ОМС и ДМС. На этом фоне частные клиники вынуждены проводить более сдержанную тарифную политику. Таким образом, происходит совершенствование технологии работы, как страховыми компаниями, так и лечебными учреждениями.

Как мы видим, система управления становится ориентированной на организационное развитие. Страховые компании строят стратегические планы, с использованием различных инструментов управления. В процессе планирования определяются: цель, приоритеты, стратегический выбор рынка сбыта, потенциал компании. Важную роль играет наличие необходимых ресурсов для реализации стратегии (система контрактации, внутренние ресурсы компании). Обязательным элементом данной схемы является управление текущей и перспективной деятельностью компании, направленное на координацию финансовой и клиентской составляющих.

На протяжении последних шести лет на рынке Санкт- Петербурга прослеживается устойчивый рост корпоративных клиентов. Так вслед за компаниями с иностранным капиталом в сферу добровольного медицинского страхования были привлечены крупные российские холдинги. В настоящее время наиболее активно страхуются средние и малые предприятия.

Рост числа корпоративных клиентов можно объяснить следующими причинами: переходом компании на качественно новый этап развития, то есть необходимостью предоставления сотрудникам дополнительных гарантий, экономией времени на по-

лучение профилактической помощи и лечения. Вторая причина – состояние рынка трудовых ресурсов, на котором прослеживается конкуренция среди работодателей за квалифицированные кадры. В тоже время для российских компаний полис добровольного медицинского страхования в большей степени является инструментом привлечения квалифицированных кадров, нежели элементом риск-менеджмента. Для компаний с иностранным капиталом приобретение полиса ДМС является обязательным элементом социального обеспечения, что связано с многолетним опытом страхования и с представлением о реальной стоимости этого рода услуг. Улучшение финансовых показателей международных компаний, которые составляют большую часть страхового портфеля, позволяет им приобретать не только базовые пакеты, но и расширенные программы медицинского обеспечения.

Особенностью рынка Петербурга является и развитие собственных медицинских центров страховых компаний. Одной из причин роста инвестиций в собственные медицинские центры может быть высокая стоимость качественной помощи в хорошо оснащенных лечебных учреждениях. Амбулатории и стационары, предоставляющие высококачественные медицинские услуги и сервис на высоком уровне включаются страховщиками в элитные страховые программы, спрос на которые весьма ограничен. Таким образом, главное назначение собственных центров СК – предложение программ и обслуживание застрахованных в среднем ценовом сегменте.

С экономической точки зрения инвестирование в собственные медицинские центры позволяет страховщикам защититься от постоянного роста тарифов на рынке медицинских услуг. В тоже время собственные лечебные мощности позволяют страховщикам обеспечить полный контроль над медицинскими назначениями и курсами лечения, что практически невозможно при приобретении услуг на рынке.

К недостаткам открытия собственных медицинских центров можно отнести следующие: невозможность получения высокой прибыли, «сокращение» программы застрахованного (не смотря на то, что программа включает достаточное количество медицинских учреждений, основные специалисты и процедуры будут предоставлены в медицинском центре компании). Стоимость услуг в медицинском центре в среднесрочной перспективе может приблизиться к рыночным ценам: бесконечно

удерживать рост цен на услуги собственного медицинского центра невозможно, особенно в тех случаях, когда ставится задача его развития. Наконец, медицинский центр из сильного конкурентного преимущества может превратиться в статью затрат для страховой компании. Необходимость загружать собственные медицинские мощности заставляет страховщиков приоритетно развивать программы, в которых собственный медицинский центр является базовым лечебным учреждением.

Таким образом, с одной стороны, наличие собственного медицинского центра приносит страховой компании очевидные финансовые выгоды. С другой стороны, этот же фактор минимизирует привлекательность страховой компании для страхователей, которые предполагают лечиться в разных лечебных учреждениях города.

С точки зрения управления страховой компанией расширение собственных мощностей способствует с одной стороны модернизации, с другой упрощению контроля. Компания развивает собственное инвестирование и получает возможность рационализировать расходы.

Еще одной тенденцией на рынке ДМС в Петербурге становится рост числа слияний и поглощений на рынке страхования. Так за первое полугодие 2007 года были куплены контрольные пакеты акций двух крупных страховщиков: СК «РОСНО» (вместе с СК «Прогресс-Гарантом») одним из лидеров мирового рынка страхования – компанией Альянс (Allianz SE) и приобретение компании НАСТА швейцарской «Цюрих Финансиал Сервис» (Zurich Financial Services). В 2009 году произошло поглощение страховой компании «Русский мир» компанией «Россгострах». Влияние интеграционных процессов связано, прежде всего, с возможными перспективами российских страховщиков. Оптимальным вариантом влияния, учитывающим специфику российского рынка, может стать сохранение существующих программ страхования при внедрении моделей экономического контроля со стороны иностранных страховщиков. На практике в рамках создания финансовых групп западные страховщики могут расставлять акценты, определяя какие виды страхования будут приоритетными для каждой компании из группы. Это позволяет развивать страхования по каждому виду и проводить структурированный контроль финансовых результатов. Приход иностранных страховщиков может положительно сказаться на российских компаниях. Усиление конкуренции заставляет страховщиков соответствовать

международным стандартам ведения бизнеса, в результате чего в долгосрочной перспективе на рынке могут остаться только сильные компании, которые четко представляют себе свое развитие.

Рынок ДМС в Санкт- Петербурге остается рынком корпоративных клиентов, что и определяет его предпочтения. Определился круг основных крупных операторов. Перечень таких компаний ограничен, их доля составляет более 50% в общей структуре рынка. Резких изменений в клиентской базе не происходит. Более мелкие страховые компании уходят с рынка или выполняют заказ строго определенной группы клиентов, объединенной по корпоративному или другим признакам. Продолжается развитие регионального рынка, как с точки зрения появления коммерческих структур – потенциальных клиентов, так и с точки зрения развития ЛПУ и объемов медицинской помощи, оказываемой ими. Портрет среднестатистического владельца полиса выглядит примерно так: мужчина в возрасте до 45 лет или женщина от 25 до 40 лет с хорошим состоянием здоровья. В общей сложности на сегодняшний день в Санкт- Петербурге владельцы полисов добровольного медицинского страхования составляют более 10% от общего числа населения, что превышает общие показатели по стране примерно на четверть [6].

Каждый из участников рынка определяет политику поведения и развития рынка. Назвать основных участников в данном случае невозможно. Приоритеты развития зависят от клиентов, а возможность их реализации от взаимодействия с медицинскими учреждениями.

Специфичностью рынка Санкт- Петербурга является низкая рентабельность ДМС в сравнении с другими видами добровольного страхования. Связано это с нормативами, по которым предприятия считают бюджеты на страхование, и неизбежностью наступления страховых случаев. Понятие рентабельности для личного страхования несколько отличается от традиционной трактовки этой категории. Для страховой компании ДМС – важный инструмент привлечения клиентов и позиционирования на рынке. Для клиента ДМС – наиболее понятный вид страхования, который позволяет оценить страховую компанию, ее нацеленность на страхователей. Получается, что, несмотря на невысокую рентабельность в частных случаях, добровольное медицинское страхование является важной составляющей предложения страховой

компании. И, следовательно, его низкая рентабельность в абсолютном исчислении не означает низкую рентабельность в пакете страховых программ.

Негативные последствия для развития добровольного медицинского страхования имеет отсутствие единых стандартов качества оказываемых медицинских и сервисных услуг, принципов формирования цен на эти услуги, аттестации медицинских учреждений и медработников. Под стандартизацией в данном случае понимается введение единых рекомендаций и нормативов, единообразной системы кодировки и классификации, упорядочения терминологии, регламентации основных процедур и мероприятий. Такого рода стандарты представляют собой инструмент управления лечебно-профилактическими учреждениями». В настоящее время действуют стандарты Министерства здравоохранения и социального развития, приспособленные для очень ограниченного круга заболеваний. Из-за дефицита средств в системе государственного здравоохранения они рассчитаны на модель предоставления услуг минимально необходимого уровня. Страховые компании, работающие в ДМС, и частные лечебные учреждения вынуждены разрабатывать собственные.

С системой стандартизации напрямую связан контроль качества медицинской услуги. В настоящее время многие петербургские клиники создают собственные системы контроля качества. Делая акцент на основной цели медицинского обеспечения, следует отметить, что качество в медицине состоит из тех же трех слагаемых: качество самого продукта (диагностика и лечение заболевания); качество организации процесса производства услуги; качество сервиса, сопутствующего оказанию услуги конечному потребителю. Так внутренняя система качества существует в элитных клиниках, таких как «Скандинавия», Медицинский центр «XXI век», клиника имени Н.И. Пирогова. Систему управления и контроля качества сервиса становится неотъемлемым элементов функционирования частной медицины.

Программы добровольного медицинского страхования в Санкт- Петербурге аналогичны программам в других регионах. В целом все страховые компании предлагают идентичные по перечню услуг программы. Стандартная программа включает услуги диспетчерской службы, личного врача, амбулаторную помощь, скорую помощь. Разница в предлагаемых программам заключается в перечне нестраховых событий, в объеме предоставляемых услуг (ограниченное или неограниченное количе-

ство предоставляемых услуг), в дополнительном сервисе (например, время работы диспетчерской службы, предоставление медицинской помощи в регионах, менеджерское сопровождение договоров, контроль со стороны врача-эксперта). Иными словами, при выборе страховщика оценивается весь комплекс предоставляемых услуг, а не только наполняемость программы.

Критерием дифференциации региональных программ является список входящих лечебных учреждений. Количество медицинских баз, входящих в программу страхования, отличает программу в Санкт- Петербурге, например, от московских программ страхования. Московские программы включают не более пяти медицинских центров, где проводятся все обследования и назначения. Основной принцип программ – прикрепление к определенной базе, что объясняется универсальностью центров, где может быть предоставлен полный перечень услуг. В Санкт-Петербурге универсальных центров не существует. Поэтому программы включают большое число медицинских баз, которые обеспечивают комплексное лечение.

Система управления зависит от особенностей рынка страхования. С одной стороны управление должно учитывать дифференциацию программ, необходимость включения большого числа медицинских учреждений, контроль качества при отсутствии стандартов. С другой стороны, преобладание корпоративных клиентов, укрупнение участников рынка, стандартизация перечня услуг по программам упрощают механизм управления.

Заключение договора ДМС дает ряд льгот для юридических лиц, что оказывает положительное влияние на динамику отрасли. Добровольное медицинское страхование сотрудников компаний развивается активно в том числе и потому, что при заключении договора страхования юридическому лицу предоставляются значительные налоговые льготы. Согласно п.16. ст. 255 НК компания имеет право уменьшить налогооблагаемую базу на сумму уплаченных взносов, но не больше 6% от суммы расходов на оплату труда.

В отрасли прослеживается вертикальная интеграция: конкурентоспособность компаний усиливается. Не смотря на идентичность программ, страховщики включают различные дополнительные услуги, расширяют перечень ЛПУ, область страхового покрытия.

В тоже время страховой продукт является слабодифференцированным, различия в программах минимальные. За период развития и становления рынка добровольного медицинского страхования произошли не только количественные, но и качественные изменения. Как инструмент конкурентной борьбы используется ценовой демпинг и качественное изменение программ – расширение перечня медицинских учреждений, включенных в страховую программу. Страховые компании, считающие качественный сервис своим конкурентным преимуществом, увеличивают число медицинских баз, как общего, так и узкоспециализированного профиля (например, оказывающих реабилитационные, физиотерапевтические услуги, а также применяющие методики нетрадиционной медицины).

Также увеличивается перечень услуг в программах ДМС. Так расширение происходит за счет включения ранее нестраховых методов лечения – мануальной терапии и иглорефлексотерапии, высокотехнологичной диагностики без ограничений.

В настоящее время примерно 90% собираемых премий по ДМС обеспечивается корпоративными клиентами – юридическими лицами.

Ухудшение экономической ситуации неблагоприятно сказывается на развитии рынка добровольного медицинского страхования. В условиях экономического спада 2009 года прогнозируемое снижение числа застрахованных составило 15%. Основная деятельность страховых компаний была направлена на сохранение имеющегося портфеля и динамики финансовых показателей на уровне 2007 – 2008 годов. Основные усилия были направлены на пролонгацию договоров с уже существующими клиентами. Эта задача осложнялась необходимостью индексации тарифов на страховые программы, невозможностью предоставления скидок при безубыточности прошлых договоров. Как отмечают специалисты рынка ДМС: если не произойдет каких- либо глобальных экономических изменений, в 2013 году следует надеяться на продолжение позитивной динамики роста ДМС на 10-15%.

С другой стороны, добровольное медицинское страхование является частью социального пакета, и в настоящее время для многих компаний это является показателем надежности и устойчивости. Для сохранения сложившихся условий компании могут прибегнуть к следующим вариантам: корректировка программ в сторону уменьшения пакета рисков и стоимости, сохранение контрактации с выбранным страхов-

щиком без проведения тендеров, предложения всем сотрудникам одинаковых программ без деления по уровням персонала. Снижения затрат может быть обеспечено за счет полной минимизации программ – например, уже сейчас на рынке существуют программы, включающие только экстренную помощь и госпитализацию; или весь перечень услуг может предоставляться в собственном медицинском центре. Самым негативным вариантом решения проблемы «удешевления программ» может стать сокращение комплекса предоставляемых услуг – по страховому полису будет предоставляться только ограниченный перечень самых дешевых услуг, а остальное будут оплачиваться пациентом.

Если страховая компания выбирает только предложение предельно низких цен, то это становится невыгодно как страхователю, так и страховой компании. Основной целью страховой компании является получение прибыли, следовательно, демпинг ухудшает финансовый результат страховой компании, и не способствует получению полного комплекса услуг для застрахованных. Как результат, сложившиеся экономические условия будут способствовать разделению рынка между экономически рациональными страховыми компаниями.

Существуют различные прогнозы специалистов страхового рынка относительно динамики роста рынка. Так основные участники рынка предполагают положительную динамику роста, но с более низкими темпами, нежели существовавшие ранее.

Изменение темпов развития ДМС будет происходить на фоне роста его убыточности. Так медицинские учреждения для сохранения предыдущих норм прибыли будут повышать тарифы. Вследствие безальтернативности поставщиков услуг, страховые компании вынуждены будут платить, что приведет к убыточности страховой деятельности [5] или перманентному повышению тарифов. В тоже время, анализируя общие тенденции экономики, можно отметить что рост стоимости страховых услуг будет происходить на фоне всеобщего подорожания услуг, а, следовательно, будет незаметен.

По данным сайта «Эксперт Северо- Запад» [11] в 2009 году в СЗФО уровень выплат по ДМС действительно был выше, чем по стране в целом: 90 и 84% соответственно. В прошлом году показатели сравнялись и составили примерно 76%. Но уровень выплат – не единственный показатель успешности деятельности компании. На

убыточность оказывают влияние и размер комиссий, резервов, заложенных под еще не заявленные, а также заявленные, но не оплаченные убытки, расходы на ведение дела. Относительная величина расходов на урегулирование убытков зависит от размера компании и ее технологичности. Так, в Европе и США практически 90% средств, собранных по ДМС, направляется на оплату медицинских услуг, оказанных застрахованным. В России нормальный уровень выплат по ДМС достигает 70-75%, у крупных страховщиков примерно 80%, из чего можно сделать вывод, что общая ситуация на рынке ДМС на Северо- Западе пока удовлетворительная, можно даже сказать, устойчивая.

Среди аналитиков рынка ДМС существуют мнения и о достаточно высоких темпах роста рынка в Санкт- Петербурге. Например, сектор добровольного медицинского страхования Москвы уже близок к насыщению, а значит, дальнейшие развитие будет происходить в регионах. При этом Санкт-Петербург и Ленинградская область являются наиболее перспективными направлениями для развития ДМС, так как здесь сочетается высокий уровень жизни населения, обилие крупных промышленных центров, а также компаний среднего и малого бизнеса, развивающихся в направлении современных и европейских тенденций. Таким образом, перспектива занять лидирующие позиции в сфере ДМС у Санкт- Петербурга более, чем реальная.

Обобщая информацию, представленную в статье, можно сделать следующие выводы:

- Рынок добровольного страхования Петербурга имеет определенную специфику. Среди особенностей выделены отсутствие функциональной зависимости между страховым тарифом и качеством услуг; невысокая информированность потребителей о существующих пакетах медицинских услуг; отсутствие стандартов медицинской помощи; ограниченный перечень поставщиков услуг и др.
- По результатам исследования установлено, что на развитие взаимовыгодного партнерства страховых компаний и лечебных учреждений оказывают негативное влияние слабая мотивация на покупку полисов, увеличение стоимости медицинских услуг, демпинг мелких страховщиков, стремление страхователей к снижению стоимости полиса ДМС. Конкуренция на рынке медицинского обеспечения должна привести к оказанию качественных медицинских услуг для пациентов, совершенствова-

нию сервиса, улучшению финансового результата, увеличению количества обслуживаемых по программам ДМС.

- Во взаимодействии системы «страховая компания – медицинское учреждение» наиболее «острыми моментами» являются: опережающий рост цен на медицинские услуги, завышение количества оказанных услуг, уровень работы экспертной службы отдельных страховых компаний, несвоевременная оплата оказанных медицинских услуг.
- Конкурентоспособность региона в сфере социальной политики позволяет обеспечить высокий стандарт качества жизни на основе инновационного подхода к использованию уже имеющегося ресурсного потенциала, адекватного условиям современного рынка. К основным факторам конкурентоспособности в части добровольного медицинского страхования целесообразно отнести ускоренное, эффективное, относительно конкурентов, использование ресурсного потенциала отрасли; обеспечение долгосрочных конкурентных преимуществ за счет инновационного развития системы здравоохранения.
- К факторам, в наибольшей степени влияющим на конкурентоспособность региона в части добровольного медицинского страхования, относятся выравнивание интересов участников, налаживание длительной системы контрактации, развитие собственного медицинского сервиса, формирование программ в соответствии с запросами потребителей.
- Обеспечение конкурентоспособности страховой компании на рынке медицинских услуг включает перечень последовательных мероприятий: от организации медицинского сервиса до продвижения бренда компании на рынке. Эффективное использование рыночных инструментов в управлении компанией позволит оптимизировать издержки страховой компании и занять определенную позицию на конкурентном рынке.
- В современных условиях развития медицинского обеспечения конкурентоспособность становится решающим фактором инновационного развития экономики здравоохранения и одной из основных целей стратегии развития региона.

Список использованной литературы

1. Денисенко Е. Счетчик включен // «Эксперт Северо-Запад». 2007. №16. С.40-48.
2. Денисенко Е. ДМС: на что жалуетесь// «Эксперт Северо-Запад». 2011. №38: http://expert.ru/northwest/2011/38/
3. Скляр Т.М., Баранов И.Н. Оценка перспектив добровольного медицинского страхования // Менеджер здравоохранения. № 5. 2004. С.60-62.
4. Сологуб А. Зона рискованного страхования // Эксперт Северо-Запад. 2009. №7. С.24-32
5. Porter M.E., Teisberg E. Redefining Health Care. Boston: Harvard business school press, 2006. 506 p.

Электронные источники:

6. Сайт Медицинской страховой биржи: http://dms-exchange.ru/
7. Сайт РосМедСтрах: http://www.rosmedstrah.ru/
8. Сайт Союза Страховщиков: http://www. http://www.ins-union.ru
9. Сайт Страхование сегодня: http://www.insur-today.ru/
10. Сайт Эксперт Ра: http://www.raexpert.ru/
11. Сайт Эксперт Северо-Запад: www.expertnw.ru